

## Manejo psíquico del niño enfermo

Por el Lic.

LUIS CABRERA DELGADO\*

Delgado Cabrera, L. *Manejo psíquico del niño enfermo*. Rev Cub Ped 52: 4, 1980.

Se analizan los factores emocionales que influyen en la enfermedad del niño, así como las reacciones de los familiares frente a éstos y el carácter nocivo, en muchos casos, de su manejo. Se recomiendan algunas medidas para el enfrentamiento por parte del equipo de salud de toda una serie de situaciones en relación con el diagnóstico y tratamiento de los niños enfermos; se enfatiza en el hecho de su ingreso o de intervenciones quirúrgicas. Se plantean algunos criterios con relación a la terapia ocupacional donde se destaca la necesidad de aplicar ésta en los hospitales pediátricos.

### INTRODUCCION

El objetivo más temprano en la atención de niños se centraba principalmente en la enfermedad, ignorándose por completo los factores afectivos y necesidades psíquicas.

Estos criterios comenzaron a cambiar a partir de los estudios de Spitz sobre la privación emocional en los niños hospitalizados, hasta los momentos actuales, donde por ejemplo, en nuestra patria se le concede la atención necesaria a estos aspectos y donde desde hace años se ha generalizado el plan de madres acompañantes, dedicándose además, el capítulo I de las Normas de Pediatría al manejo psíquico del niño hospitalizado.

"Los niños con cualquier trastorno crónico tienden a presentar mayor frecuencia de problemas de ajuste que un grupo aleatorio de niños sanos".<sup>1</sup>

Con la mejoría de los tratamientos de muchas enfermedades aumenta la atención a niños con enfermedades crónicas y aquí entra el psicólogo que ayuda a compensar en el niño los efectos destructores de la enfermedad, a enfrentar las limitaciones, ansiedad y desaliento, resentimiento y desesperación, así como a dominar la rapidez de la evolución, la gravedad y frecuencia de las complicaciones.<sup>2</sup>

En estos casos no es sólo el niño quien necesita atención del psicólogo, sino también la familia. *Steimbraner*<sup>2</sup> plantea que en dependencia de las relaciones y unidad familiar preexistente, las enfermedades crónicas producirán rechazo, incredulidad, ansiedad, depresión, culpa o resentimiento.

### Desarrollo

El niño es un individuo en crecimiento y por esta razón las características y la extensión del tratamiento dependerán de la etapa en que aparezca la enfermedad. Debe por lo tanto conocerse:

\* Jefe del servicio de psicología. Hospital pediátrico docente "José L. Miranda", Santa Clara.

- la personalidad y necesidades premórbidas
- la percepción de la enfermedad y del tratamiento
- su efecto en el niño y en la familia.

Las características de la personalidad en desarrollo del niño influirán en la respuesta a su padecimiento; así por ejemplo un niño con pobre desarrollo de su independencia tendrá dificultades en separarse de la familia para ingresos hospitalarios, planes vacacionales especiales, etc.; el niño fóbico mostrará temores intensos al tratamiento, el niño hiperactivo no tolerará el reposo, el niño retraído disminuirá su socialización, mientras que el niño seguro e independiente enfrentará mejor su enfermedad.

Es necesario además valorar toda una serie de factores que pueden modificar el ajuste, aun de este niño normal, a su enfermedad.

Las restricciones y el aislamiento por reposo, quemaduras u otra causa que necesariamente aumentará la ansiedad y los sentimientos de desagrado y que limitarán las posibilidades de desarrollo intelectual, afectivo y social del niño, puede también aumentar el temor y ante el aislamiento aumentar la fantasía.

En un intento de ayudar al niño, la familia puede tender a satisfacer sus necesidades para proporcionarle mayor comodidad, lo que interferirá su deseo de independencia, la confianza en sí mismo y la iniciativa, todo lo cual impedirá en muchos casos la rehabilitación.

El dolor y las deformidades aumentan la ansiedad y las complicaciones; de esta última son mayores a medida que nos acercamos a la adolescencia, por la preocupación en esta edad por la imagen corporal.

El temor a la muerte en los padres los puede conducir a tener actitudes inadecuadas de sobreprotección, lástima o permisividad con los hijos.

Las faltas frecuentes a la escuela producto de la enfermedad causará retardo en el aprovechamiento escolar e interferirá con las relaciones sociales.

Algunos medicamentos pueden afectar el estado de conciencia, la conducta o la imagen corporal y siempre serán un recordatorio constante de la enfermedad, un símbolo de dependencia o debilidad y generalmente son rechazados al igual que la dieta por los adolescentes.

*Wolfish*<sup>3</sup> recomienda para el tratamiento con los adolescentes, y nosotros creemos que aplicables a todas las edades con el ajuste de las mismas, las siguientes medidas.

- Mejorar el estado físico del enfermo.
- Hacerlo participe en las decisiones acerca de su tratamiento.
- Debe dársele a conocer la naturaleza de su enfermedad.
- Intensificar la responsabilidad de su propio cuidado, disminuyendo así la dependencia.
- Procurar que adquieran intereses en algunas actividades compensatorias.
- Relacionarlos con personas con intereses semejantes y no con aquellas que tengan las mismas enfermedades o limitaciones.

Este autor estima que la invalidez emocional se considera como un fracaso terapéutico.

Al enfrentar la atención de un niño con una enfermedad crónica o invalidante debemos tener en cuenta además a su familia y analizar los factores que influyan en las reacciones de la misma.

Cuanto más debilitante sea la enfermedad y más grave el pronóstico especialmente en un niño que ha gozado de buena salud, mayores serán las lesiones que sufrirá la familia. Si la enfermedad tiene un carácter congénito puede intensificar los sentimientos de culpa y responsabilidad de los padres.

Si la enfermedad aparece desde el nacimiento la familia nunca considerará al niño como normal y deformará su proceso de desarrollo. Si aparece después que el niño ha establecido su sitio en la familia sufrirán una sensación mayor de pérdida y depresión y se ven

obligados a deponer sus esperanzas y planes en relación con el hijo. Si existen otros hijos sanos éstos pueden mitigar los sentimientos de congoja de los padres, pero si tienen otros hijos enfermos mayor será la dificultad de adaptarse a la enfermedad.

Muchas enfermedades entrañan un programa de tratamiento y restricciones caseras que pueden tener la aceptación excesiva del niño, lo que indicará pasividad y depresión patológica más que salud mental o serán resistidas, lo que conllevará tensión emocional para los padres, impaciencia, resentimiento, culpa o descuido.

La evolución normal del niño hacia la independencia puede manifestarse en la oposición del régimen del tratamiento y esto alterará no sólo la relación con ella sino también la atmósfera emocional de la familia.

La enfermedad afecta inevitablemente a todos los miembros de la familia, pero esta afectación será mayor cuando existan alteraciones emocionales previas.

La enfermedad conlleva en muchos casos la hospitalización o la intervención quirúrgica y los padres sufrirán el peso de presiones adicionales, ya que tienen que ver a sus hijos sufrir y ser totalmente incapaces de confortarlos y en algunos casos tomar decisiones que determinarán la vida del niño sin la seguridad que decidió lo más correcto.

Entre las reacciones emocionales más frecuentes de la familia con hijos con enfermedades crónicas, tendremos:

—El rechazo, que aunque es una respuesta muy frecuente, puede ir disminuyendo a medida que la capacidad de la familia sea suficiente para dominar las exigencias de la enfermedad, pero puede mantenerse interfiriendo la capacidad de aprendizaje el adaptarse a la misma y satisfacer las necesidades del niño, y de este modo perpetuará la crisis desencadenada por la enfermedad.

—La ansiedad que será sentida en mayor o menor grado sobre la salud y supervivencia real de sus hijos y puede originar sentimientos excesivos y protección, así como dificultades para disciplinarlos.

—Los sentimientos de culpa y de incapacidad para procrear un niño normal puede desarrollar desesperación y depresión.

Las reacciones de la familia no son exclusivas de los padres, los hermanos también pueden desarrollar conflictos emocionales a partir de la aparición de un enfermo en el hogar.

El tratamiento satisfactorio de los aspectos emocionales de la enfermedad crónica se basa en el reconocimiento de que la enfermedad en un niño traerá consecuencias importantes en la salud mental, relaciones y en algunos casos en la existencia misma de la familia.

Cuanto mayor puedan los padres resolver los sentimientos de ansiedad, depresión, responsabilidad o resentimiento, tendrán mejores capacidades para satisfacer las necesidades físicas y emocionales del niño, resolver la crisis creada por el diagnóstico y las tensiones adicionales con el mínimo daño.

A la familia debe dársele un diagnóstico claro y definitivo, al nivel que sean capaces de comprender, ya que asimilarán y entenderán si emocionalmente están preparados, de lo contrario pueden deformar lo que realmente se les ha dicho para obtener una falsa tranquilidad o confirmar sus peores temores. Si se les apresura la información o se les hace partícipes de las posibilidades diagnósticas se provocará una ansiedad innecesaria.

En relación con el niño debemos conocer el concepto que tiene de la enfermedad y ayudarlo a resolver su ansiedad, permitirle expresar sus temores y dudas —aspecto que los padres generalmente reprimen. Debe mantener contacto social con sus compañeros e incorporarlo al proceso escolar aun den-

tro de su hospitalización, y producto de la importancia del juego para el niño se deben crear condiciones para que pueda jugar cuando esté en cama. En estos aspectos desempeñan una función de primer orden los terapeutas ocupacionales.

La hospitalización del niño trae como consecuencia su separación de las figuras protectoras de su ambiente, la estancia en un medio extraño y al propio tiempo la probabilidad de ser objeto de intervenciones médicas impresionantes y dolorosas, la permanencia entre personas desconocidas y que muchas veces tienen la significación de personajes malos o punitivos, fomentado por la familia, la observación de intervenciones dolorosas o el fallecimiento de otros pacientes, todo lo cual puede traer, en un número considerable de niños, trastornos emocionales y de conducta, durante y después del ingreso, los cuales pueden influir negativamente en su evolución.

Es difícil para un adulto imaginar la desolación y miedos tremendos del niño recién ingresado enfermo o los que vayan a ser operados, en particular si ésta constituye su primera experiencia o si las anteriores que ha tenido lejos de casa han sido traumáticas.<sup>4</sup>

El hecho que se añada al trauma psíquico-operatorio al ingreso hospitalario hace que sea urgente crear en todos los servicios quirúrgicos infantiles condiciones que favorezcan una preparación psíquica preoperatoria que contribuya a disminuir la ansiedad del niño. Una operación de un niño puede verse como un daño de sorpresa al que ha sido conducido por los padres y el médico. La posibilidad de esta interpretación por el niño ilustra la necesidad de preparación previa por parte del médico y del psicólogo.

Para preparar al niño y a sus padres con miras a una operación el médico deberá empezar por proporcionar una información precisa e inteligible a ambos. Esta información ha de contribuir a aliviar los temores de éstos y a facilitar una actitud positiva.

El plan para la cirugía deberá presentarse como sucesión de acontecimientos empezando por la preparación antes del ingreso del niño en el hospital. La orientación del niño con respecto al hospital es particularmente importante. Muchos hospitales tienen personal de enfermería o trabajadoras de programas de vida infantil que orientan acerca del equipo y los procedimientos hospitalarios mediante una especie de escenificación. Esto se ha hecho con muñecos como elemento de la actividad de juego, ya que permite una exploración de un amplio margen de procedimientos que van desde las inyecciones a través del examen físico, la anestesia y el empleo de la tienda de oxígeno. El proceso puede adaptarse a un método de historietas o de caricaturas, pero en cualquier forma que sea, resulta posible hacer intervenir al niño en la acción y proporcionarle la oportunidad de preguntas o manifestaciones de preocupación especial.

Además de la orientación general con respecto a la operación por medio del juego, resulta a menudo apropiado hacer que el niño conozca algo del equipo específico utilizado en ésta o de los lugares en que se efectúa. La impresión de despertar en una tienda de oxígeno quedará reducida si el niño la ha visto ya o ha estado inclusive en ella antes de necesitarla, y en forma análoga el niño debería darse cuenta que durante y después de la operación estará en un lugar distinto; debe saber que la sala de operaciones se encuentra en una parte distinta del hospital y si hay una sala de recuperación podría visitarla y trabar conocimiento con el personal de enfermería de modo que conozca sus alrededores y las personas que lo rodearán al despertar de la anestesia.

A los niños mayores de 5 años se les deberá explicar lo que va a ocurrir en aquellos aspectos que él va a presenciar y en el lenguaje adecuado para su edad. Esto debe hacerse poco antes de la intervención para que el niño se prepare psíquicamente. El tiempo no debe ser largo para evitar un excesivo

periodo de espera angustioso que no sería útil.

Esta explicación debe hacerla el propio médico cirujano o anestesista, ya que mucha de la tensión del niño puede ser eliminada si el cirujano logra una buena relación con el niño. La madre debe ser preparada en forma semejante y debe permitírsele estar al lado del hijo en todos aquellos pasos del proceso que sea posible, por ejemplo hasta el momento de la inducción anestésica si ésta puede llevarse a cabo fuera del salón y en el posoperatorio tan pronto sea posible.

El anestesista tiene una función que merece atención especial con relación a la cirugía infantil. El niño necesita de una preparación para evitar en lo posible reacciones adversas al hecho de ser adormecido. El niño de 3 a 6 años ha empezado a desarrollar un sentido de la vida y de la muerte. Los adultos bien intencionados le dicen con excesiva frecuencia al niño que el familiar que ha muerto está dormido. Estas explicaciones podrán tener objeto en el desarrollo de las ideas del niño, pero ocasionan problemas cuanto éste va a someterse a anestesia para una operación.

El pediatra, aún en el cuerpo de guardia, cuando comienza a atender el aspecto físico de la enfermedad debe velar por preparar al niño y a los padres a un posible ingreso; después de terminar las investigaciones de urgencias y observar el estado del niño, si es necesaria su hospitalización se verá como un paso razonable para su restablecimiento.

El grupo de edad de mayor riesgo se considera en los menores de 5 años y sobre todo de 6 meses a 3 años y en particular los niños con problemas neuróticos o de personalidad.

La enfermera por otro lado, constituye una parte muy importante del ambiente de su enfermo. El contacto de la enfermera con el niño llega a más que administrar una pildora o hacer un informe.<sup>4</sup> Debe ayudar al niño y a sus padres en el momento de ingresar en

el hospital recibiéndolos con afecto y confianza, lo cual dará seguridad a éstos, ya que aunque los ingresos constituyen un trabajo habitual para ella no es una ocasión ordinaria para el niño y los padres.

El psicólogo en un hospital pediátrico será el responsable de valorar los aspectos psicosociales de los niños enfermos, priorizando en su trabajo los enfermos crónicos o de mayor riesgo y sobre estos aspectos determinar con el pediatra el manejo clínico y psíquico del niño, así como las medidas psicopreventivas de trastornos emocionales producidas por la enfermedad, la hospitalización o la intervención quirúrgica. Debe orientar en forma general al personal de la sala en relación con el manejo adecuado de los niños durante su ingreso hospitalario y de aquellos casos que requieran una atención especial. Igualmente puede utilizar técnicas psicológicas para preparar y realizar investigaciones y tratamientos dolorosos o impresionantes.

La adaptación sana del niño al hospital es función de médicos, enfermeras, técnicos, psicólogos y todo el personal que tenga relación con el niño y dependerá, además, de la calidad de estas relaciones, de las condiciones y actividades que se desarrollen en el hospital y que le estimulen al niño motivaciones, intereses propios de su vida normal, disminuyan el concepto de estar enfermo, estimulen el desarrollo psicomotor y socioafectivo, mantengan los conocimientos adquiridos y contribuyan a la educación formal del niño.

Estos objetivos pueden ser cumplidos a través de la terapia ocupacional, entendiéndose por ésta el plan de actividades mentales y físicas que tienen como objetivo fundamental el de contribuir al mejoramiento, desarrollo o mantenimiento de los procesos psíquicos, condiciones físicas y adaptación emocional y social del niño hospitalizado.

La terapia ocupacional va a tener un objetivo profiláctico y de rehabilitación,

ya que además se puede utilizar como complemento a tratamientos fisioterapéuticos, y la finalidad que persigue es la adaptación sana al medio hospitalario, la creación de un estado de ánimo positivo durante la enfermedad, la estimulación psíquica en niños de estadía prolongada y la recuperación motora, perceptual o de entrenamiento de prótesis.

Las indicaciones de la terapia ocupacional está en relación con las finalidades que persigue y se debe analizar desde dos aspectos: el físico y el psíquico.

Desde el aspecto físico y para su aplicación lo dividiremos en 3 niveles:

- Pacientes encamados e imposibilitados de movimientos de locomoción.
- Pacientes que inician o presentan dificultades en la marcha, dificultades en miembros superiores, o ambos.
- Pacientes capaces de movimientos de locomoción sin dificultad, ni trastornos en miembros superiores.

La terapia ocupacional será indicada en los dos primeros niveles por el médico en interrelación con el psicólogo en aquellas enfermedades o estados que no tengan trastornos de conciencia y se realizará en estrecha relación con el tratamiento fisioterapéutico.

El aspecto psíquico será variado atendiendo a: edad, tiempo de hospitalización, presencia de la madre acompañante, trastornos psíquicos (retardo psicomotor, ansiedad, depresión, etc.).

Atendiendo a este aspecto la terapia ocupacional será indicada por el psicólogo.

El juego constituye un medio natural de expresión del niño; entre sus múltiples funciones tiene la de expresar sus temores y frustraciones emocionales. El juego tiene además un valor intelectual, pues ayuda a los niños a practicar y desarrollar sus nuevas destrezas, a concentrarse, a observar y a experimentar; desarrolla el colectivismo y la aceptación de normas o reglas sociales.

Por estas razones es que creemos debemos plantear el juego como la actividad fundamental de la terapia ocupacional, además de trabajos manuales, pintura, modelado, actividades culturales (música, teatro, etc.), educación física, excursiones, actividades pedagógicas, actividades recreativas.

Los materiales que se deben utilizar serán todos aquéllos que sirvan para desarrollar estas actividades: juguetes (se recomienda especialmente los títeres y juegos de médicos y enfermeras), juegos de mesa, colores, acuarela, pinceles, plastilina, instrumentos musicales, libros de texto y de cuentos, papel, goma, semillas, material de desecho, etc.

El hospital debe disponer de un área especial de juego al aire libre para uso de los pacientes que no tengan restricciones ambulatorias.

El personal para desarrollar este trabajo deben ser mujeres, técnicos medios formados dentro de los planes de Salud Pública, con una fuerte vocación por este trabajo, una formación ideológica y moral acorde con los principios de nuestra sociedad socialista y con toda una serie de características especiales en su personalidad (humana, agradable, amante de los niños, con facilidad para relacionarse con los mismos, creadora y entusiasta).

Sus funciones serán:

1. Organizar y dirigir el plan de actividades ocupacionales y recreativas con fines terapéuticos.
2. Cumplimentar las indicaciones del médico o psicólogo en relación con la terapia ocupacional en aquellos casos que requieran una atención especial.
3. Llevar un registro de la conducta de los niños atendiendo a aspectos intelectuales, afectivos y sociales.
4. Hacer las observaciones pertinentes que sirvan al psicólogo para trabajar con aquellos niños que necesiten tratamiento psicoterapéutico.

5. Realizar grupos educativos en aspectos psíquicos a madres acompañantes.
6. Hacer orientaciones individuales dirigidas y supervisadas por el psicólogo a madres acompañantes.
7. Participar en las comunidades terapéuticas, discusiones de casos y otras reuniones científicas o terapéuticas de las salas.

#### CONCLUSIONES

Creemos que la atención integral de los niños enfermos contempla como uno de los aspectos principales la atención psicológica de los mismos, sobre todo en aquellas enfermedades que por

su carácter de cronicidad afectará en mayor medida el ajuste y desarrollo de sus personalidades, agudizado por las reacciones y manejos inadecuados de las familias en estos niños.

Tanto el médico como la enfermera, psicólogo y técnico de la salud deben conocer las características psíquicas de los niños para lograr que sus acciones no causen iatrogenia, sobre todo en aquellos niños que son hospitalizados o que serán intervenidos quirúrgicamente.

Se debe contemplar, con un carácter urgente, la creación y desarrollo de la terapia ocupacional en los hospitales pediátricos en nuestro país.

#### SUMMARY

Delgado Cabrera, L. *Psychic handling of the sick child*. Rev Cub Ped 52: 4, 1980.

Emotional factors influencing child disease are analyzed as well as the reaction of the family that faces these factors, and the noxious character of this handling in many cases. The author made some suggestions concerning situations related to the diagnosis and treatment of the sick children and directed to the board of health facing these situations. Aspects of their admittance in the hospital and performed surgical interventions are stressed. Some criteria concerning occupational therapy are presented. It is pointed out the necessity of applying this kind of therapy in the pediatric hospitals.

#### RÉSUMÉ

Delgado Cabrera, L. *Maniement psychique de l'enfant malade*. Rev Cub Ped 52: 4, 1980.

Les facteurs émotionnels qui influent sur la maladie de l'enfant sont analysés, ainsi que les réactions des parents envers ceux-ci et le caractère nuisible, dans plusieurs cas, de leur maniement. Certaines mesures sont recommandées au groupe de santé chargé du traitement, à propos de la façon dont il faut envisager toute une série de situations concernant le diagnostic et le traitement des enfants malades; l'accent est mis sur le fait de l'hospitalisation ou des interventions chirurgicales. Quelques critères en rapport avec la thérapie occupationnelle qui soulignent le besoin d'appliquer cette thérapie dans les hôpitaux pédiatriques sont signalés.

#### РЕЗЮМЕ

Дельгадо Кабрера, Л. Обращение с психической точки зрения с больным ребёнком. Rev Cub Ped 52:4, 1980

Проводится анализ эмоциональных факторов, которые влияют на болезнь ребёнка, а также отношения родственников к заболеванию этого ребёнка и отрицательных характер, во многих случаях, их обращения. Рекомендуются некоторые меры по подходу со стороны аппарата здравоохранения, связанные с целой серией ситуаций, касающихся диагностики и лечения больных детей. Выделяются случаи госпитализации и хирургического вмешательства. Выделяются различные критерии, связанные с профессиональной терапией, подчёркивая необходимость её применения в педиатрических больницах.

#### BIBLIOGRAFIA

1. *Mattsson, A.* Aspectos psicológicos del asma infantil. Clin Ped Norteam 79: febrero 1975.
2. *Steimbraner, P.* Aspectos psicológicos de las enfermedades crónicas. Clin Ped Norteam 825: noviembre 1974.
3. *Wolfish, E.* Enfermedades crónicas en los adolescente. Clin Ped Norteam 1045: noviembre 1974.
4. *Blake, J.* Apoyo Emocional. Enfermería Pediátrica. México. Séptima edición. Ed. Interamericana S.A. 1963. pág. 21-69.

Recibido: noviembre 14, 1978

Aprobado: octubre 7, 1979

Lic. Luis Cabrera Delgado

Hospital pediátrico docente "José Luis Miranda"  
Santa Clara, Villa Clara