

Hospitalización de niños y adolescentes

Dr. Ricardo García S.
Unidad de Psiquiatría de Niños y Adolescentes. Clínica Las Condes.
Profesor Asistente U. de Chile.
Dra. Flora de la Barra M.
Unidad de Psiquiatría de Niños y Adolescentes. Clínica Las Condes.
Profesor Adjunto U. de Chile.

Resumen

Uno de cada cuatro niños o adolescentes ha tenido la experiencia de haber estado hospitalizado; y de estos, un porcentaje apreciable presenta alteraciones emocionales relacionadas con este evento. En las reacciones emocionales intervienen variados factores asociados a esta alteración: personales, familiares, del equipo de salud y de la institución que brinda la hospitalización. De la dinámica que se da en estos ámbitos pueden surgir dificultades que alteran el funcionamiento psíquico y conductual del paciente menor, trastornos en la dinámica familiar y en el funcionamiento del equipo médico y de la institución de salud.

En el presente artículo se revisa cada uno de estos factores y los procesos entre ellos, el rol de la medicina actual y la importancia del enlace entre las diferentes especialidades médicas con el fin de ofrecer una atención más integral al niño/ adolescente y a su familia.

ANTECEDENTES

Las primeras investigaciones sobre hospitalización en niños se desarrollaron sobre la carencia de cuidados maternos, posterior a la segunda guerra mundial. Sir James Spencer en 1947, describió lo inadecuado de muchas salas pediátricas; más tarde Ala Moncriell en 1952 se refirió a la incorporación exitosa de

madres de niños menores de cinco años en la prevención de problemas psicológicos. Durante el mismo período aparecen los trabajos de Spitz sobre las reacciones de lactantes hospitalizados por largos períodos, quienes después de un tiempo no reconocían a sus madres y no establecían lazos afectivos con otras figuras sustitutas. Bowlby, en 1952, demostró alteraciones psicológicas a largo plazo que se manifestaban en niños con experiencias de hospitalización difícil, quienes habían sido visitados por sus padres, pero sin que se permitiera la permanencia estable de ellos. Se planteó la importancia de la vivencia de la privación materna y la ansiedad de separación que afectaba especialmente el apego en los niños menores durante la hospitalización, teniendo consecuencias posteriores en el desarrollo emocional (1).

Se estima que alrededor de un 25% de los niños menores de 18 años se ha hospitalizado al menos una vez. Entre un 10% a un 37 % de los niños hospitalizados presentaría trastornos psicológicos significativos secundarios a este evento. La hospitalización y la enfermedad que la justifica, son altamente estresantes para el niño, su familia y también para el equipo médico (2,3). Ante estas evidencias, ha surgido en forma

paulatina la recomendación de no restringir las visitas de los padres en la hospitalización de sus hijos, de modo que actualmente es común que un miembro de la familia esté cerca de del niño constantemente durante la hospitalización. A partir de nuevas investigaciones, y de la aparición de organizaciones de apoyo a los niños hospitalizados o con enfermedades específicas, se han implementado otras actividades que ayudan al desarrollo del niño o del adolescente mientras se encuentra hospitalizado; como psicoeducación, actividades de juego, actividades escolares, de preparación para los procedimientos hospitalarios, arte-terapia, músico-terapia, etc. (4,5).

Al considerar la situación de hospitalización desde un modelo biopsicosocial, en que se considera la enfermedad física en conjunto con variables psicológicas y sociales, las intervenciones se han extendido también a la familia, al equipo de salud y a las instituciones que acogen al niño o adolescente enfermo.

Desde el punto de vista de salud mental, la hospitalización puede afectar el bienestar subjetivo, las relaciones interpersonales y el desarrollo de un niño; pero también puede ser una oportunidad para enriquecer su experiencia y lograr que desarrolle resiliencia (se entiende por resiliencia la capacidad de una persona para enfrentar situaciones de estrés y salir fortalecido, éste es un proceso y se manifiesta frente a ciertas situaciones), si se dan las condiciones necesarias. Desde esta perspectiva, la participación del paciente, el equipo de salud, la familia, las organizaciones de apoyo y las instituciones son importantes en la generación de un sistema de salud adecuado y funcional (1,6).

El enlace entre los profesionales de las diferentes especialidades de la salud, incluyendo psiquiatría de niños y adolescentes es fundamental. Este enlace permitirá la integración de factores psicosociales en la comprensión y la atención de las enfermedades durante la hospitalización. La psiquiatría puede ayudar en el estudio, manejo y prevención de la morbilidad psiquiátrica en personas con enfermedades físicas, como también de pacientes con angustia y conflictos que se presentan en forma de síntomas somáticos. Ya en 1941, Bi-

ling refería que “la integración de los principios de la psiquiatría con otras ramas de la medicina reduce la necesidad de diversos diagnósticos y terapias, disminuye la estadía del paciente en el hospital, de tal modo que ahorra dinero de la comunidad, del paciente y del hospital” (1).

Se han realizado estudios sobre las ventajas de estas unidades de enlace entre pediatría y psiquiatría y de los perfiles de los profesionales involucrados: el profesional de salud mental debe poseer habilidades en diagnósticos y tratamientos, flexibilidad y una gran capacidad para tolerar la ansiedad y la frustración. La tolerancia a la ansiedad se relaciona con el estrés que se vive al trabajar con niños moribundos y enfermos, asociado al ambiente hospitalario. Por otro lado, es importante que el pediatra tenga formación en aspectos psicosociales de la enfermedad. Esto facilitaría una práctica de colaboración entre ambos profesionales de salud (7).

FACTORES RELACIONADOS CON LA HOSPITALIZACIÓN

1. Factores personales:

Desarrollo Psicológico: Cada etapa del desarrollo provee distintas herramientas y habilidades, diversa temática, preocupaciones y necesidades; y son estas diferencias las que influirán en la forma como los niños reaccionan a la hospitalización. Por un lado, el desarrollo cognitivo le permite al niño entender de diferentes maneras la situación vivida y mostrar variadas preocupaciones en relación con ésta. El desarrollo socio emocional por otro lado, posibilitará grados de resiliencia frente al proceso de hospitalización. Para un adecuado desarrollo cognitivo y socio afectivo es fundamental la relación vincular temprana con las figuras de apego. Esta relación permitirá que ocurran engranas y matrices neurofisiológicas que posibilitarán una construcción psicológica y relacional adecuada, además de un mejor enfrentamiento al estrés. Estos conceptos implican que una hospitalización de prematuros y lactantes sin considerar el cuidado de esta vinculación temprana generará una iatrogenia importante para la recuperación física más pronta y para

el desarrollo cognitivo y socio emocional posterior. En esta etapa puede generarse el cuadro clínico de “hospitalismo” si no cuenta con las figuras parentales. En la etapa que va entre los cero y dos años el niño desarrolla esquemas sensorio motores; la estimulación de estas áreas debe ser mantenida por las figuras de apego y debe facilitarse en la hospitalización, los espacios y materiales que ayuden a estos fines. Los lactantes no pueden entender la gravedad de su situación mórbida, viven el momento, vivenciando su condición médica y el tratamiento de acuerdo con sus limitaciones y molestias físicas. Dependen de sus cuidadores para sentirse cómodos, acogidos y protegidos, siendo importante apoyar esta vinculación padres-hijo y prevenir que esta relación se interfiera lo menos posible con los tratamientos y tecnologías (8).

De los tres a los seis años, los niños viven una etapa de egocentrismo, autonomía e independencia, facilitada por la etapa anterior en que se han consolidado sus esquemas psicomotores que le permiten la deambulación, una mayor coordinación psicomotriz y la adquisición progresiva del lenguaje. Cognitivamente, piensan que todos los eventos ocurren en relación con ellos, presentan lógica asociativa y finalmente pensamiento mágico. Así, frente a la hospitalización, el niño pre-escolar piensa erróneamente que tener una enfermedad mala significa que él o ella han hecho algo errado o malo, y la enfermedad es un castigo: por esta situación es necesario que los padres lo ayuden a entender en forma concreta la etiología de la enfermedad y que le expliquen que él no tiene culpa sobre esto. Por otro lado, la situación de internación hospitalaria puede complicar sus intentos normales de autonomía si no tiene a una figura que lo contenga y de seguridad para enfrentar esta nueva experiencia. Se pueden generar problemas de dependencia y de detención o regresión del desarrollo, en lo que puede influir especialmente la separación de los padres en las noches.

En la etapa escolar, en la cual el niño tiene un desarrollo cognitivo concreto, se requieren explicaciones de la enfermedad en términos simples. La comprensión de enfermedades

más complejas se hace más difícil, por lo que requiere psicoeducación desde la propia concepción de la enfermedad del niño. Es necesaria la información anticipada sobre los procedimientos y se debe alentar su capacidad para comprender y enfrentar situaciones (8). Morbilidad psiquiátrica previa y funcionamiento familiar: Los niños o adolescentes que han tenido depresión y angustia, alteraciones del desarrollo psiconeurológico generalizado, así como familias con dificultades para resolver problemas, que presentan disfunción de relaciones entre ellos o que tengan historia de dificultades con los equipos de salud, probablemente tendrán mayores dificultades para enfrentar la situación de hospitalización y para relacionarse con los equipos de salud. Es necesario obtener esta información relacionada con estos factores previo a la hospitalización a través de los padres, de la ficha clínica o de otras fuentes cuando es posible.

2. Factores relacionados con la enfermedad:

La naturaleza y características de la enfermedad son variables que inciden de manera importante en la forma en que el niño y su familia experimentan la enfermedad y la hospitalización. Entre estos aspectos se cuenta la existencia de amenaza de muerte, el tipo de enfermedad, si es aguda o crónica, la gravedad del pronóstico, el tiempo de evolución, el grado de discapacidad que la enfermedad produce, etc.

Toda situación de enfermedad se acompaña de un proceso de ajuste en la vida del niño y su familia, que implica, en mayor o menor medida, un proceso de duelo en ellos por la pérdida de un niño sano y de las expectativas que éste había generado.

Así mismo, la hospitalización tiene un significado de amenaza vital, vivido con una mayor intensidad por el niño ante procesos agudos graves, cirugías, ingreso a unidad especial como la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y ante enfermedades crónicas de mal pronóstico.

En estos casos, el temor a la muerte se hace aún más presente, de modo que el proceso de duelo se vive con mayor intensidad en el enfermo y su familia.

Por otro lado, este proceso es vivido tanto por el paciente como por la familia, y la forma en que se viva dependerá de múltiples variables, haciéndose necesario, en algunos casos, la colaboración de un equipo psicoterapéutico. Tanto los niños que ingresan por un proceso agudo, como los que lo hacen debido a una crisis de una enfermedad crónica, requieren, durante la hospitalización, tratamientos muchas veces vividos como amenazantes y dolorosos. Un ejemplo común son las inyecciones y extracciones de sangre, con el consecuente temor a la jeringa y al procedimiento. Esto se intensifica considerablemente si el niño requiere de cirugía y/o tratamientos especiales o ingresar a la Unidad de Cuidados Intensivos. Estos son medios artificiales con artefactos desconocidos y complejos que generan mucho temor.

Existen numerosos estudios sobre técnicas psicológicas de enfrentamiento a estas situaciones para disminuir el estrés vivido por los niños y sus familias (4). Las estrategias desarrolladas en la línea conductual-cognitiva, han resultado ser muy efectivas.

Las técnicas de terapia de juego también han resultado ser muy útiles para la preparación de procedimientos médicos y quirúrgicos. El juego es el medio de expresión privilegiado de los niños y adosa a la situación de la hospitalización un significado de mayor familiaridad con el contexto. También se señalan técnicas para disminuir el dolor como son las técnicas de relajación e hipnosis, además de las técnicas de imaginación.

Para los padres, la hospitalización de un hijo, independiente de la razón de ésta, tiene un significado amenazante para la integridad física y emocional del niño, lo que produce angustia. Sin embargo, ante un proceso agudo, los padres vivencian pronto alivio, teniendo menos repercusión en las dinámicas habituales de interacción entre los miembros de la familia. En las enfermedades agudas, el pronóstico médico generalmente es bueno, no se requiere de hospitalizaciones repetidas ni prolongadas y responden más satisfactoriamente a los tratamientos. En los casos agudos, el equipo se enfrenta muchas veces a emergencias que pueden generar tensiones debido al riesgo de muerte o lesión que pueda

existir, como es el caso de los accidentes que requieren de cirugía inmediata.

En casos de enfermedad crónica, la situación varía, pues ésta se acompaña necesariamente, de un cambio más permanente en la vida cotidiana del niño y su familia, produciendo una alteración del funcionamiento físico y emocional, muchas veces profundo e irreversible. Los procesos crónicos pueden iniciarse de manera repentina o insidiosa; además, la evolución de la enfermedad crónica puede ser mantenida o bien presentar reagudizaciones bruscas o paulatinas alternadamente. La necesidad de hospitalización puede ser reiterada y muchas veces reciben tratamiento tan solo paliativo de los síntomas de su enfermedad, los pronósticos son muchas veces malos e insatisfactorios, dejando incertidumbre respecto del futuro vital del niño.

Existen reacciones diferentes según el tipo de enfermedad y edad del niño. Muchos trastornos crónicos como ocurre en enfermedades oncológicas, se acompañan de una enorme perturbación física y emocional que es difícil de sobrellevar. En estos casos los efectos secundarios de la quimioterapia, como náuseas, vómitos y alopecias, provocan un fuerte impacto sobre el niño y su familia. La crisis que conlleva el cáncer y la prolongación del tratamiento del paciente, la familia y el equipo médico constituye un sistema interaccional que atraviesa por fases en el curso de la enfermedad. En los niños con hemofilia, se ha encontrado agresividad, sentimientos de culpa, dependencia excesiva, frustraciones afectivas, inseguridad, inhibición, etc.

Las enfermedades crónicas significan un estrés constante para el niño y su familia. Los tratamientos muchas veces dolorosos, junto con la reacción negativa de los padres, los efectos negativos de la imagen corporal y el desvío del niño de su curso normal de desarrollo, agudizan este estrés.

El equipo médico, ante la atención crónica, va experimentando sentimientos de frustración y desesperanza crecientes, en la medida que la enfermedad se prolonga, lo que implica mayor frecuencia en los tratamientos y/o intervenciones quirúrgicas, con su consecuente hospitalización y más intervenciones con resultados ambiguos o negativos frente a

la evolución o término de la enfermedad.

3. Factores relacionados con la familia

Hace 20 años, Meyer y Haggerly observaron que las familias con altos niveles de estrés presentaban infecciones más severas. Por su parte, Jackson y Yalom estudiaron la colitis ulcerosa dentro del marco de la interacción familiar. Minuchin et al., mencionaron la existencia de familias más propensas a desarrollar enfermedad psicosomática y postularon que el estrés familiar podía alterar la reacción biológica de sus miembros (9).

Estudios realizados por Goldber (10), encontraron que los padres de los niños con problemas médicos o algún tipo de discapacidad, diferían en su estilo de interacción social en comparación con padres de niños sanos, los primeros se mostraban menos sociables y con un mayor aislamiento social. De esta forma, se puede ver que la enfermedad de un hijo tiene un impacto enorme en toda la vida del sistema familiar.

La intensidad del impacto de la enfermedad sobre la familia, se relaciona directamente con la capacidad previa de enfrentamiento al estrés y la posibilidad de lograr estabilidad posterior.

Durante la hospitalización, los padres deben adoptar nuevas tareas, necesarias para el cuidado del niño enfermo y continuar con la vida familiar. Estas tareas de cuidado se comparten con el equipo médico y muchas veces son fuente de conflictos (5).

Para desarrollar un trabajo colaborativo entre padres y equipo de salud, es importante que el equipo de salud, conozca las preocupaciones y expectativas de los padres acerca del cuidado del niño y la situación familiar. Es necesario que la familia, y en especial los padres del niño hospitalizado, tengan una buena relación y comunicación con el equipo médico, y que éste, a su vez, se preocupe de conocer el lenguaje de la familia para la entrega de la información. La necesidad de informar claramente a los padres y a los niños, es un postulado ético, destacándose el rol que los padres asumen en el cuidado de salud de sus hijos, fundamentalmente sobre la entrega de una información clara. De este modo, la familia y el niño entenderán el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del niño.

Heranos de niños hospitalizados: La hospitalización de un niño produce un cambio radical en la vida familiar, se alteran los horarios, la preocupación se centra en el niño enfermo y la familia se estructura de acuerdo con las posibilidades de visitas. Los hermanos sanos se enfrentan a esta situación de crisis y responderán de acuerdo a su propio desarrollo y a la situación circundante (11). Algunos se verán afectados y otros enfrentarán adecuadamente la crisis, e incluso se fortalecerán con la experiencia vivida y aumentarán su resiliencia. Frecuentemente se observa que en situaciones de hospitalización prolongada, y especialmente en el caso de enfermedades crónicas, los hermanos sanos pueden presentar problemas psicológicos y psico-sociales. Dentro de las investigaciones realizadas, se destaca la de Lavigne y Ryan, en la que se encontraron problemas conductuales y de ajuste, retraimiento social e irritabilidad en los hermanos de niños con problemas hematológicos, cardíacos y con necesidad de cirugía estética reparadora. Estos mismos autores, plantearon además que el grupo entre tres y seis años de edad es el que más se afecta por este cambio, probablemente por la disminución del tiempo que le dedican los padres. Otros autores como Breslau y Mackeever, han observado también trastornos escolares y diversos trastornos conductuales en los niños. Por otro lado, existen autores que sostienen que no necesariamente se producen trastornos en el grupo de hermanos, pero sí reconocen que son niños más vulnerables a desarrollar trastornos psicológicos y sociales, por lo que es necesaria la inclusión de ellos en intervenciones preventivas (11).

4. Factores relacionados con las redes sociales y el equipo de salud.

En la salud, en la enfermedad y en definitiva en muchas situaciones críticas de la vida, las redes sociales asumen un rol importante como un factor modulador y protector. Estas redes estarían conformadas por distintas personas y grupos: parientes, amigos, compañeros de colegio, profesionales, comunidad religiosa, instituciones de salud públicas o privadas etc., los cuales desempeñarían diferentes roles. Algunos autores plantean que las redes sociales son tan básicas, necesarias e impor-

tantes dentro de la vida de cada persona y su supervivencia, que aquellas personas que carecen de éstas, son más vulnerables a presentar efectos adversos asociados a eventos estresantes de la vida. Esto sucede debido a que las redes sociales inmunizan y protegen ante situaciones críticas incluidas la enfermedad y la internación hospitalaria (6). El equipo médico y de salud toma un rol fundamental en esta red, asumiendo el cuidado del niño y la relación con su familia. Este planteamiento tan simple, incorpora la necesidad de un enfrentamiento que incluya otras variables en el cuidado de la enfermedad, además de lo físico y lo biológico. Para una concepción integrada del proceso de enfermar, es necesario incorporar los factores psicosociales. Sin embargo, el equipo de salud puede encontrarse sobrecargado de trabajo, dispensando escaso apoyo o soporte emocional a sus miembros, lo que disminuye la resistencia del equipo y afecta la toma de decisiones frente a situaciones graves, urgentes y de relación con el niño y su familia. Esto en muchas ocasiones se traduce en relaciones que generan estrés y deriva en dificultades para manejar diversas situaciones que se dan en la relación con los padres, el niño y en la capacidad de lograr un cuidado más integral de éste. El lograr esto se hace aún más difícil en la medida que se busca compatibilizar el desarrollo tecnológico y científico con el logro de una medicina integral. Este desarrollo hace de la medicina una ciencia más exigente y más especializada, con el riesgo de favorecer la despersonalización del paciente y poner el énfasis en el órgano enfermo más que en el individuo.

El desarrollo tecnológico y las exigencias de éste sobre el equipo médico, inciden también en los niveles de estrés alcanzados por este grupo, con obvia repercusión en la calidad de la atención del paciente (1, 12).

El contacto permanente con niños enfermos, sea tanto en períodos breves, a veces prolongada, incluso en ocasiones hasta la muerte, es considerado como estresante y con alta influencia en la vida personal de los miembros del equipo médico. El dolor, la ansiedad y tensión vivida al estar constantemente enfrentándose a niños en crisis médi-

cas, son situaciones que se hacen evidentes en el personal de las Unidades de Cuidados Intensivos y miembros de equipos quirúrgicos; quienes sienten con mayor intensidad que la vida del paciente depende de ellos. La muerte es un fenómeno importante, debido a que potencialmente puede generar mucho estrés entre los miembros del equipo de salud. La muerte cuestiona y pone en jaque los ideales y los objetivos de la medicina, y sus propias capacidades como profesionales en la salud, así como su vocación. En segundo lugar, debido a las dificultades propias, comunes a todos los seres humanos para enfrentarlas; estos problemas se acrecientan frente a la muerte de un niño, ya que es ser que está en pleno desarrollo. Estos hechos hacen aún más complejo en manejo de la angustia del paciente y su familia; ellos esperan frecuentemente encontrar en el médico un apoyo y comprensión para sus dificultades y sentimientos presentes y futuros. El médico puede enfrentar y aceptar más adecuadamente la muerte del niño, los sentimientos y la angustia que se viven en relación con ésta, sólo si dispone de fuentes de apoyo, si ha podido superar satisfactoriamente sus propios duelos y dispone de una adecuada capacidad para tolerar el estrés. De este modo, podrá entender lo que le pasará a la familia y a él mismo, tolerar su propia angustia y estar en mejores condiciones para asumir un rol de apoyo para la familia.

En este sentido es importante lograr un equilibrio en las exigencias asignadas al equipo médico, en el rol y la actitud, que considere las limitaciones humanas. Esto es inevitable si se considera que independientemente de las intervenciones que se llevan a cabo y que se puede lograr lo anterior, la muerte continuará siendo una situación generadora de estrés (13).

Diversos estudios confirman que los profesionales y personal de salud están expuestos a tener más problemas de salud mental (14), por lo que en diversos centros se han realizado estrategias para mejorar esta situación. Las medidas pueden agruparse en:

- **Administrativas:** sistemas de turnos más fisiológicos, momentos de descansos, clarificación de normas, instancias de discusión

clínica, mayor supervisión y ayuda, etc.

- **Entrenamientos:** mayor orientación al ingreso y preparación adecuada a las necesidades del lugar de trabajo.
- **Ambientales:** disminución de ruidos y aglomeraciones, acceso a una pieza tranquila.
- **Emocionales:** grupos de apoyo, convivencias sociales y programas de servicio.
- **Personales:** Llevar una agenda de trabajo razonable, tener tiempo libre para recreación o ejercicio físico, mantener relaciones de pareja estable, mantener y conservar redes de apoyo social (amigos pertenencia a grupos, de la comunidad, etc).

6. Factores relacionados con el ambiente hospitalario

El ingreso a un lugar extraño, a veces hostil, que puede generar temor y no permite la libre expresión de los sentimientos, influye en la reacción de los niños a la hospitalización. Se plantea que el diseño de unidades pediátricas debe buscar la comodidad del niño y sus padres, compatibilizando esto con las demandas del trabajo del equipo médico.

La hospitalización de niños en salas según etapa del desarrollo, facilita la interacción de estos con sus padres y permite ambientar el lugar al considerar las necesidades de cada grupo. Recomendaciones:

1. **Ambiente físico:** Es necesario ambientar con un diseño adecuado el lugar, de modo que resulte poco amenazante para el niño. La implementación de un diario mural donde los niños puedan exponer sus creaciones es importante, sobre todo para aquellos con estadías prolongadas y/o repetidas en el hospital. Por otro lado, es necesario también que el ambiente físico sea adecuado en términos de temperatura, iluminación, ventilación y seguridad.

2. **Implementación de espacio y comodidades para acompañante:** Es ideal contar con sofá-camas para que se facilite la compañía durante la noche.

3. **Distribución de salas según etapas de desarrollo:** Esto facilita la adaptación del niño a la situación de hospitalización y le permite compartir con el grupo de pares.

4. **Cantidad de niños por sala:** El respeto por esta medida incidirá en la comodidad de los padres y de los niños que están en el hospital. Mientras más niños haya en la sala, de me-

nos espacio se dispondrá.

5. **Implementación de una sala de juegos:** Puede existir una segunda alternativa en relación con esta recomendación, como sería implementar el uso de una carreta de juegos que sea llevada a las distintas salas en donde los niños están. Una biblioteca infantil con libros para niños de diferentes edades y otros didácticos relacionados con asuntos médicos, puede facilitar una mayor comprensión del niño de su cuerpo y su funcionamiento. También se pueden incorporar películas tradicionales y conocidas, desestigmatizando el ambiente como amenazante, lo que da la posibilidad para que el niño asocie el hospital con una película entretenida que él pudo ver.

6. **Preparación para procedimientos:** Para mantener una buena disposición del niño ante los tratamientos, es necesario prepararlo para los cambios que vayan a efectuarse. Es importante que las enfermeras de turno informen al niño de los cambios nocturnos en presencia de los padres.

Se pueden implementar programas con actividades para facilitar los procedimientos médicos y quirúrgicos, y así aminorar las reacciones del niño ante la hospitalización; algunos de ellos podrían incorporar juegos que permitan expresión de sus emociones y sentimientos, manipular los instrumentos médicos, implementar videos infantiles, didácticos y educativos en relación a las situaciones que el niño vive, a través del relato de niños que han pasado la misma experiencia de hospitalización. También se puede facilitar la participación del niño en sus propios cuidados e higiene, de tal forma que recupere la sensación de control sobre sí mismo y su ambiente.

7. **Preparación para hospitalización:** En cirugía programada se recomienda que el niño conozca con anterioridad el hospital junto a sus padres. Se pueden confeccionar folletos explicativos o cuentos cortos que sean entregados al niño a su ingreso y/o videos ilustrativos.

8. **Organización de las visitas:** Es posible organizar un sistema de visitas, que se adapte a cada caso en particular y que sea coordinado por una enfermera (1,4).

RECOMENDACIONES AL EQUIPO MÉDICO

1. *Rotaciones*: Esto genera problemas para establecer una buena relación médico paciente, en la medida que puede ocurrir un cambio de médico avisado, pero generalmente no preparado. Para evitar estos problemas, se podría preparar a la familia anticipándose a este hecho al crear “un rito de traspaso de mando”, mediante la presentación anticipada del nuevo médico tratante.

2. *Participación de los padres en el cuidado*: El equipo médico debe favorecer la participación de los padres en el tratamiento del niño (15) y entregar indicaciones sobre las tareas que ellos puedan desempeñar. De esta forma, se estará contribuyendo a definir cuáles son los roles de los padres. Es importante que el equipo médico explicita a los padres la importancia de su presencia para la recuperación del niño y los anime a llevar a cabo labores de cuidado como, por ejemplo, en el caso de los lactante las labores de alimentación, higiene y estimulación de su hijo.

3. *Entrega de información*: Parece fundamental el tipo de lenguaje que se utiliza. Este no sólo debe adecuarse al nivel sociocultural de la familia, sino que también, al estilo y canal de entendimiento que privilegia la familia.

4. *Contacto con el niño*: Para mejorar la situación del niño hospitalizado se recomienda desarrollar un contacto interpersonal cálido, recreando un ambiente más normal y placentero para el niño, y privilegiar una relación cercana y personal con ellos. Para esto se requiere indagar al ingreso del niño, sobre sus preferencias, cómo le gusta que lo llamen, sus hábitos, etc

La comunicación del equipo con el niño debe ser lo menos ambigua posible, tanto en el lenguaje utilizado como en lo informado directamente. Hay que señalar claramente los horarios de los procedimientos, de juego, de visita y otros; anticiparle al niño los procedimientos y cambios que se efectuarán, la información que se entregue al niño debe ser consistente con la que se dé a los padres, considerando las características evolutivas de la enfermedad del niño.

CONCLUSIONES

La enfermedad y la hospitalización son eventos estresantes que significan una serie

de cambios en la vida del niño y su familia. Estos cambios, necesariamente requieren que la familia y el niño realicen una serie de ajustes para adaptarse a la enfermedad, a la hospitalización y al tratamiento.

La enfermedad tiene un impacto sobre el individuo; afecta el funcionamiento psicológico, la imagen, los recursos emocionales, las capacidades mentales y el estado de ánimo.

La hospitalización y el diagnóstico repercuten en la familia en la distribución de recursos, los roles, los patrones de internación y la imagen colectiva; estos aspectos exigen todo un proceso adaptativo. A medida que la familia lo realiza, se produce un impacto en el individuo enfermo, en los miembros de la familia y en el grupo familiar total.

Es necesario recordar que la hospitalización se acompaña de un signo de muerte, cuya intensidad depende de distintas variables como las características de la enfermedad, la connotación social que ésta tenga, la etapa del desarrollo del niño y su familia, la relación con el médico, etc.

En definitiva, es necesario un reconocimiento de los procesos psicosociales que intervienen en la experiencia de enfermedad y hospitalización del niño y su familia.

Para lograr esto, es necesario incluir a la familia del paciente, porque es un nexo importante con el niño e influye de una manera importante en la forma que el tratamiento es llevado a cabo. Esto se puede lograr adoptando una visión biopsicosocial del enfermar.

El enlace de los diversos servicios clínicos con psiquiatría puede contribuir a integrar esta visión, ayudar a identificar los pacientes que presentan trastornos emocionales y favorecer los cuidados necesarios del equipo de salud previniendo el desgaste, los problemas de salud mental y fortaleciendo los factores protectores para que este sistema niño-familia-enfermedad-equipo de salud sea funcional para todos ellos.

BIBLIOGRAFÍA

1> García R., Herrera M.S.. Aspectos psiquiátricos del niño hospitalizado. En: Montenegro H., Guajardo H. Psiquiatría del niño y del adolescente. Ed. Editorial Salvador. Santiago. Chile. 1994, 459-74.

2> Vessey JA. Children's psychological responses to hospitalization. *Ann Rev Nurs Res* 2003; 21: 173-201.

3> Boyd JR, Hunsberger M. Cronically ill children with repeated hospitalization: their perceptions and suggested interventions. *J of Ped Nurs.* 1998, (6) 330-42.

4> Stephens BK., Barkey ME., Hall HR. Techniques to comfort children during stressful procedures. *Accident and Emergency Nurs.* 1999 (4) 226-36.

5> Snyder BS. Preventing treatment interference: nurses and parents intervention strategies. *Pediatric Nurs* 2004 (1) 31-40.

6> Graham P. Psychosocial aspects of physical disorders. En: Graham P. *Child Psychiatry. A developmental Approach.* Oxford Medical Publications.1986. p.234-54.

7> Anders T. Promoving the alliance between Pediatrics and Child Psychiatry. En: *Pediatric Clinics of North America.*1982. 241-259.

8> Rauch P.K, Jellinek M.S. Pediatric Consultation. En: *Child and Adolescent Psychiatry.* Ed. M. Rutter and Eric Taylor. Blackwell Publishing 2004, 1051-66.

9> Minuchin S. Psychosomatic Families. *Anorexia Nervosa in context.* Harvard University Press. London. 1979.

10> Goldberg S. Chronic illness and early development: Parent-child relationships. *Pediatric Annals.*1990 19: 35-41.

11> Morrison L. Stress and siblings. *Paediatr Nurs* 1997, 9 (4) 26-27.

12> Lewis M., King R. Consultation Liaison in Pediatrics. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America.* July 1994.

13> Kubler R.S. *On death and dyng.* Mac Millan Publishing Co. New York.1978.

14> Wanzer M.B., Booth-Butterfield M., Gruber K. Perceptions of health care providers communication: relationships between patient-centered communication and satisfaction. *Health Communication* 2004(3) 363-83.

15> Tiedeman M.E. Anxiety responses of parents during and after the hospitalization of their 5-11 year-old children. *J Ped Nurs*1997, 12(2): 110-19.