

# EL INGRESO EN LA EDAD PREESCOLAR Y AL INICIO DE LA ESCOLARIDAD

ELISA MENDOZA BERJANDO  
JOSE LUIS PEDREIRA MASSA

Unidad de Psiquiatría y Psicología Infantil, Hospital del Niño Jesús.

CURSO DE INTRODUCCION AL DESARROLLO Y CUIDADOS PSICOLOGICOS DEL NIÑO HOSPITALIZADO PARA PERSONAL DE ENFERMERIA.

## EL NIÑO HOSPITALIZADO EN EDAD PREESCOLAR Y RECIEN ESCOLARIZADO

El niño es un proceso en evolución. Vamos a intentar ver qué puede significar la hospitalización en este período: el niño, al ingresar, deja detrás muchas cosas; «la hospitalización es la mayor desgracia que puede ocurrir a un niño. Al principio reacciona gritando, llorando, rebelándose y con irritabilidad; luego se vuelve hosco y retraído, está triste, y finalmente se resigna y se adapta».

¿Qué significa la hospitalización para el niño preescolar y qué papel van a jugar las nuevas personas con las que se va a encontrar? En primer lugar, la hospitalización es **separación**, el niño tiene que afrontar la **ausencia** y **desaparición** de los seres queridos, casa, juguetes... Es en este período, de dos a seis años, con la aparición del pensamiento simbólico, que el niño puede representar, recordar, imaginar, retener, interiorizar y llevar dentro los objetos de

los que se ha separado. Tiene que simbolizar, que una persona, aunque no esté presente, no se la pierde (permanencia de objeto).

*Caben dos actitudes en el personal sanitario:*

- Una, deprimirse con el niño, acompañarle en su dolor, hablar con él: «estás triste porque mamá no está, porque esto no lo conoces...», regresar con el niño en su vulnerabilidad.
- Otra, sería negar, banalizar, el dolor físico y psíquico del niño, queriendo ocupar el lugar de la madre, queriendo «recrear» a la madre, tapar agujeros, no tolerando que el niño se deprima. Aquí nos encontramos con el eterno problema de la omnipotencia del personal sanitario a todos los niveles, que pone en cuestión, si no sustituye a la madre, su valía personal y profesional.

El mensaje que la enfermera puede dar a la madre es: «soy tan buena madre como tú, el niño no te necesita, por-

que además de madre, soy profesional "de" (de lo que tú no sabes)». Uno intenta cumplir su función y la función no es omnipotente: no se puede dar a la madre el metamensaje de «conmigo está mejor».

Existe la seducción afectiva hacia el niño: hay que sacar a toda costa y adaptar al niño, cuando a lo mejor, no hay que sacarle de su tristeza, porque **la madre es insustituible**. Lo que habría que decir al niño hospitalizado es: «Yo sé que no puedo sustituir a mamá, pero me tienes aquí contigo», haciendo así de mitigador, de contenedor de la angustia del niño.

Es necesario que caigamos de nuestra omnipotencia profesional.

A veces, se siente al niño como algo propio y se alía uno con él en contra de los padres: de este modo se hace tan pesada la hora de la información a los padres, el darle cuenta, etc. Es necesario tranquilizar a la madre, diciéndole que es natural que el niño llore cuando ella tiene que irse y no debe evitarlo yéndose a hurtadillas, el llanto es penoso para los padres y el niño, pero la desilusión de éste después que los padres se han ido en secreto es mucho peor. Hay también que decirle cuándo va a estar de vuelta y cuándo sus papás van a venir a verlo... Hay que asegurarle que sabrá cómo «encontrarlo», si no está en cama, sino en el salón de juegos o donde quiera que esté.

Evidentemente, el grado de traumatismo ante la hospitalización depende del momento evolutivo del niño, y tanto más dramática será en cuanto para el niño la ausencia significa separación sin retorno, es decir, muerte.

De aquí se deriva la importancia de la información adecuada a la edad del niño sobre sus enfermedad, causa de hospitalización, tiempo, ritmo de vida, intervenciones, etc. El personal sanitario deberá conocer lo que los padres dije-

ron al niño, si éste sabe o no que tendrá que quedarse y si la madre le ha asegurado que estará cerca de él y pronto volverá a visitarlo.

**¿Y cómo vivirá este mismo ingreso el niño de 4 a 7 años, ya en edad escolar?** Así como en la etapa anterior el niño es sólo de la madre, en esta edad, pertenece a los amigos, colegio, etc., su mundo externo, su campo de intereses es más abierto, está socializado, lo cual le va a permitir comprender que el otro también existe y tiene sus mismas dolencias, le va a ayudar a compartir y compartir es mitigar.

Al poder simbolizar, ya puede comprender mejor que las intervenciones y hospitalización ya no son un modo de ataque, sino de curación.

Una misión de la enfermera sería mitigar el miedo a lo desconocido pero desde lo real, potenciando las sublimaciones: «esto te servirá para ser mayor, fuerte, como papá... cuando salgas de aquí estarás hecho un hombre»; como ocurre en los cuentos infantiles, donde hay que superar todo tipo de dificultades, matar al dragón para casarse con la princesa, es decir, para crecer. (La enfermera sería aquí una madre omnipotente sublimada.)

Otra actitud fundamental, es no negar ni banalizar el sufrimiento ni los síntomas del niño: ante la agresión que supone una inyección o cualquier prueba complementaria, el «no es nada, no te va a doler», no conduce más que a la soledad del niño frente a la mentira del adulto.

Diríamos con Poletti y Dobbs que «la enfermera que cuida a un niño enfermo debe saber que su misión no es solamente ayudar a vencer su enfermedad, sino **también ayudarle a continuar su desarrollo**. Desde este prisma, la estimulación sensorial, la interacción verbal y el juego, son tan necesarios como la alimentación y el reposo».

Igual que en el período anterior (sensoriomotriz), deben aprovecharse los cuidados: alimentación, higiene, contacto con la piel, como modo de comunicación emocional entre la enfermera y el niño, en este período, será a través del lenguaje, juego, dibujo... como actuemos con el niño hospitalizado.

Por el juego, el niño descubre el mundo que le rodea y expresa sus vivencias y fantasías, de tal modo que, aunque sea incapaz de colaborar con otros, emplea el juego para vencer el miedo y la ansiedad. Es fundamental, por parte del adulto, el observar lo que nos quiere decir el niño con ese juego y desarrollar la capacidad de jugar con el niño. Títeres, carreras... compensar.

En todo momento, y en cualquier edad, es necesaria la reflexión e introspección por parte del personal quien cuida del niño acerca de sus propios sentimientos, con el fin de disociar lo profesional de lo personal: como decíamos el otro día, hay que ser conscientes de por qué unos niños nos producen rechazo, a veces incomprensible, y otros nos atraen tanto.

Santiago, niño de seis años, fue ingresado por gingivitis aftosa, tras muchas presiones familiares. Su aspecto, la baba que le caía, las llagas de la lengua, las contracciones y movimientos involuntarios que tenía, producían gran rechazo en todo el mundo, hasta el punto que todo el mundo intentaba delegar responsabilidades, no reconociéndolo como de su especialidad: se le diagnosticó como «esquizofrénico» por el personal médico, con conocimiento psicológico adecuado. Se prescribió atarlo para que no se tocara las llagas; ante ello, el personal de enfermería supo entender que sería más válido si el niño comprendía, mediante palabras, por qué no tenía que meterse las manos en sus llagas. Al poco tiempo, el niño mejoró, consiguió comer y cedió su irritabilidad. Una vez

más, las palabras tienen más fuerza que las cadenas.

¿Y qué diremos del niño ingresado en una **sala de infecciosos**? ¿Cómo no se vivirá de despreciable, rechazable, cuando ha sido AISLADO por todo el mundo ante una enfermedad contagiosa? Rocío, niña de cuatro años, muy guapa, fue ingresada por tuberculosis, siendo aislada recientemente por la varicela cogida en el hospital. Cuando la enfermera de nuestro equipo va a visitarla (nos han requerido por depresión de la niña), Rocío le pide que le ponga pomada por todo el cuerpo, a la vez que le ofrece un tubito de plástico. Entendemos que la demanda de la niña es para comprobar que no es rechazada por ella, queriendo romper la barrera que le han impuesto, al acercársele todo el mundo con mascarillas y batas. Cuando dibuja con ella un muñeco que se asemeja a la varicela, la niña le dice que no es ella, que será su hermana, defendiéndose así del rechazo que produce su esquema corporal.

¿Cómo nos extrañará que se deprima en su aislamiento, no llore ante los pinchazos y no sea capaz de manifestar emoción ni agresividad alguna, si la respuesta del adulto es el abandono?

Resumiendo: la hospitalización adquiere un significado según el momento de la evolución del niño; si está pasando por una fase de oposición va a vivir la enfermedad como un castigo a su conducta negativista, o a sus deseos incestuosos hacia la madre, etc.

Es preciso, pues, que el equipo cuidador adquiera información respecto a la psicología del niño.

## **EL NIÑO ANTE LA INTERVENCION MEDICA Y QUIRURGICA**

Cualquier intervención médica, manipulaciones, pinchazos, etc., es vivida por

el niño como un ataque. En esta edad, el niño no entiende que nadie va a actuar sobre su cuerpo, si no es para dañarlo, porque él, en su imaginación, cuando actúa sobre el cuerpo de la madre, del otro, es para atacarlo y dañarlo. Su pensamiento es mágico, concreto. Aquí es fundamental la explicación al niño (a través de la palabra o dibujo), sobre sus contenidos internos, y sobre todo, por parte de los padres sobre el qué y porqué le van a intervenir o qué le van a hacer, para ayudarlo, para curarlo... los padres pueden mitigar la angustia mejor que nadie.

En esta edad, el niño vive su cuerpo a través del conocimiento, principalmente de los ojos, rostro, manos y genitales. Pero lo importante es lo que no ve, esa parte de su cuerpo que no conoce porque no palpa ni ve.

### **¿Qué fantasías se hace el niño frente a sus contenidos corporales?**

¿Cómo vive el niño la intervención quirúrgica en unos órganos internos que no conoce? La preparación psicológica se impone como una necesidad para superar el trauma operatorio, y esto sólo es posible si se hacen conscientes, tanto el peligro de muerte como el miedo a morir, y si al mismo tiempo se esclarece cómo y cuándo va ser la operación.

El niño, a partir de los seis años, sabe que las cosas no dependen sólo de él y del médico, sabe que no enferma sólo porque haya sido malo con mamá o papá, sino que acepta la existencia de leyes naturales, sociales: sabe que se enferma por coger frío, por la lluvia, por jugar en el barro y por contagio.

En cualquier edad, la situación del niño que tiene que colocar su cuerpo en manos de otras personas, despierta en él ansiedades primitivas muy intensas.

Las técnicas que se han desarrollado de psicoprofilaxis quirúrgica son un importante factor de psicohigiene y de salud primaria.

El niño puede jugar a su propia operación: a través del juego con utensilios, de dramatizar y representar la intervenciones, de jugar a las enfermeras y médicos, el niño maneja sus ansiedades y temores, a la vez que pierde el miedo a lo desconocido. El personal sanitario le enseña la sala de operaciones, se le explica la anestesia, que es el miedo a dormir y no despertar nunca, que es igual, la muerte, y se le acompaña en el posoperatorio. Debe cuidarse el despertar de la anestesia y permanecer junto al niño; alguien que le coja la mano y le diga su nombre, que le explique que no debe tener miedo, en un lenguaje inteligible para el niño.

En el posoperatorio, al principio, el personal de enfermería suele estar atento con el niño porque está grave, pero a medida que mejora, muchas veces por sobrecarga de trabajo, se le va abandonando: el niño que está mejor, reacciona con celos y rabia, se queja de los tubos, reproduce comportamientos imitativos, es cuando consideramos que el niño «se adapta mal» y tiene trastornos de conducta. Una vez más el personal sanitario se implica: al principio acepta la regresión del niño, pero en seguida hace que se comporte como un niño mayor. Hay que hacerle expresar al niño sus sentimientos y debe sentirse comprendido.

En cuanto a las manipulaciones del niño, hay que tener en cuenta que en ciertas edades, se da el pudor en el niño, en el hospital se niega. Ciertas maniobras tienen un alto valor erotizante, que a veces es inevitable, por ejemplo, al colocar la sonda uretral, del mismo modo movilizan angustias profundas, como puede ser la sonda bucal.

La noción del cuerpo resulta esencial para la consolidación de la identidad del niño. El niño es una unidad somatopsíquica. La intervención quirúrgica, es pues, vivenciada por el niño como un

ataque a su integridad corporal y a la identidad de su yo.

Cada intervención le hace sentirse tan perseguido y vulnerable (su piel es abierta y maltratada), que regresa y se fija en etapas evolutivas anteriores.

La experiencia ha demostrado que los niños tratados con psicoprofilaxis quirúrgica, no solamente reaccionan a la operación de un modo más adecuado (pre-anestesia, conducción a la sala de cirugía, separación de la madre e inducción a anestesia), sino que con la psicoprofilaxis se logra eliminar una serie de trastornos bastantes frecuentes, entre otros, las fobias, los terrores nocturnos, el insomnio, los trastornos de adaptación y los problemas de conducta y aprendizaje.

## EL NIÑO ANTE LA MUERTE

El descubrimiento de la muerte por parte del niño, a los tres o cuatro años, tiene lugar al observar los animales, al encontrar inmóvil una mariposa, un pájaro, una lagartija... Porque se hacen demasiado viejos, pero también porque han sido atacados por otros, que han ganado la batalla y los han matado. Matar es inmovilizar, dar muerte es reducir lo que está animado al estado de cosa inanimada.

Desde esta perspectiva podemos comprender cómo vive el niño la inmovilización forzosa que supone una escayola, el estar atado a una cama o rodeado de tubos. En el niño, la inmovilidad corporal, total o parcial, cuando se le impone, es experimentada como sádica y aun más el silencio, que es vivido como una mutilación, como muerte (el niño es vida, ruido, movimiento).

Si en un principio la muerte es inmovilidad, después, ante la muerte de un ser humano, para el niño de esta edad, la muerte es la **ausencia**, la separación

del ser querido, el niño no tiene aún el sentido de la muerte, es adulto el que le va a dar un significado a través del llanto, luto y duelo social.

En un segundo momento, la muerte significará **separación sin retorno**, sin reencuentro... aquí es donde el niño empieza a encontrar las contradicciones de los adultos: tanto cielo, pero tú llorando.

¿Cómo debe comportarse el personal sanitario ante la muerte de un compañero de la sala o ante la próxima muerte del niño?

Una enfermera no tiene que explicar demasiado lo real, porque esto invadiría al niño, que no puede simbolizarlo, comprenderlo: sería intentar que un niño tenga excesivo sentido de la vida, cuando no tiene sentido, ni comprensión de toda la realidad. Lo entenderá mejor cuando se encuentre con la muerte de un ser querido.

Para este niño la muerte es que **«se fue»**. No hace falta explicarle que no volverá. Cuando se trata de un compañero de sala, ese niño no va a volver al hospital (muerte como ausencia), pero «no volverá» a su casa, será después (ausencia sin retorno).

Hay niños que **«saben todo»**, pero no **entienden** nada, de aquí la diferencia entre el saber y el entender. El saber sobre la muerte no es lo mismo que el entender sobre la muerte, ni sobre los contenidos corporales, ni sobre una operación.

Cuando el niño pregunta sobre su propia muerte, es porque «sabe» algo (hay un saber inconsciente que pasa por la comunicación inconsciente).

«Aun cuando la noción de muerte en el niño varía según la edad y según su experiencia y nivel intelectual, somos contrarios a revelarles el destino final, la verdad, lo real a que aludíamos antes. Hay que afrontar la muerte con el niño y que entienda que el adulto le va a ayudar. ¿Cómo hacerlo? Acompañándolo en

esos momentos, mostrándole que tú has apostado por la vida y tu deseo es por la vida: «sé lo que estás sufriendo, yo estoy contigo y voy a hacer lo posible por vivir el presente contigo».

Hemos de tener en cuenta la ritualización que se hace de la muerte en nuestra cultura: Banquetes en los duelos a los que acuden plañideras, danzas de la muerte, autos sacramentales, etc., que emiten mensajes contradictorios al niño, de dolor y placer a la vez.

Juan José, un niño de doce años, ingresado en la UVI por Síndrome Tóxico, nos comunicaba su deseo de «irse» a su pueblo con su familia, conociendo su gravedad, en la «esperanza» de que le confirmáramos sus sospecha de muerte. Nosotros le decíamos que comprendíamos su dolor y deseo de estar con su familia, pero que se sentiría mejor en la medida en que se esforzara e hiciera por curarse. Cuando murió un compañero de la misma edad y también del Síndrome Tóxico, en la cama de enfrente, se hizo una negación por parte del personal sanitario, que afirmaba que J. José no se había enterado de nada. Al día siguiente, lo primero que nos comentó fue: «Ha muerto X de la misma enfermedad que yo». Nosotros le hicimos ver que la evolución de su enfermedad no tenía que ser la misma, que podría mejorar como sus padres y hermanos, etc.

Una vez más aparece el problema de la omnipotencia (ante la impotencia) del profesional: Se establece una esgrima entre el profesional y la muerte, donde el paciente no tiene nada que decir... ¿Por qué no dejar al niño que muera a gusto en su casa, rodeado de su familia, en vez de mantenerlo artificialmente en un hospital? ¿Por qué el adulto puede enfermar y morir paulatinamente con autoagresiones físicas y psíquicas y no respetamos el deseo del niño de «irse» y «despedirse» definitivamente de su casa, de su familia?

Es preciso tener muy en cuenta que la muerte, y especialmente la de un niño, provoca mucha culpabilidad, consciente o inconscientemente, entre las personas que se ocuparon de él.

Y., una niña en hemodiálisis de nueve años, presentaba en un principio reacción depresiva tras la lectura de una revista sobre la muerte en enfermos como ella. Poco a poco se ha ido familiarizando con la muerte, «sé que tengo el futuro muy mal», nos dice, ante el abandono familiar, que le lleva a transgredir las dietas peligrosamente. Ante la culpabilización externa y afán de curación por parte del personal sanitario, su única salida —de su callejón sin salida— es buscar «lo temido», la muerte, derecho que tiene tanto el niño como el adulto.

Por último, no debemos olvidar la implicación personal del adulto al enfrentarse con la explicación de la muerte hacia el niño: al igual que la sexualidad, no se le va a dar una explicación racional, teórica, sino que pasará por la vivencia y actitud que el adulto tenga hacia el tema y el grado de elaboración.

## **Estructuración del tiempo y del espacio en el niño hospitalizado**

El sentido del tiempo viene dado por el momento evolutivo del niño. Existe el tiempo psíquico, subjetivo: todos tenemos experiencia de cuán larga se nos hace la ausencia de un ser querido, o la espera de algo que deseamos mucho.

En un primer momento, en el bebé sólo lo existe el **presente**. Cuando la madre se ausenta por un instante, la expectativa del «**enseguida**» prometida por el adulto amado, enseña al niño la noción de tiempo. Después distinguirá el «mañana» o la «semana o año» que viene. La noción del **pasado**, se adquiere más tarde traducida en fórmulas como «una

vez» y «ayer», que se aplican tanto al pasado inmediato, como al que se confunden en su fantasía.

Así comprendemos lo que puede significar el tiempo para un niño hospitalizado, en que la ausencia de los seres queridos hemos visto que es equivalente a la muerte. A medida que puede imaginarlos en su mente, recordarlos, el tiempo de separación se hará más llevable. El tiempo en el hospital también se estructura con datos objetivos: el niño sabe que después del baño de por la mañana viene la visita médica, y la hora de la rehabilitación y la de la comida: «ya comí, falta poco para que vengan... a verme mis padres».

Así vemos lo diferente que es la concepción del tiempo para el niño.

Lo mismo ocurre con el ESPACIO.

El espacio físico, donde uno vive y trabaja es la continuación de uno mismo (del propio esquema corporal): ahí depositamos los objetos que nos gustan, lo adecuamos a nosotros, según nuestro estilo. Cuando entramos en una habitación, o despacho, ya nos hacemos una idea del tipo de persona que nos vamos a encontrar. El niño tiene su casa con sus olores, colores, muebles y juguetes; ¿qué ruptura no sentirá el niño hospita-

lizado con todo eso que no está ahí? Para el adulto, la sala será un nombre o un número, lo mismo que la cama, pero para el niño la cama que tiene que ocupar en el hospital no es ni siquiera su cama, y si pensamos que la enfermedad es regresión, cuanto más hostil y ajeno sentirá el niño todo esto? De aquí la importancia, una vez más de que el niño tenga sus juguetes y objetos propios, como objetos transicionales entre la casa y el hospital.

¿Cómo estructurar el personal de enfermería ese tiempo y ese espacio en el niño hospitalizado?

En el preescolar será a través de juegos, dramatizaciones, dibujos, canciones, paseos, teatros infantiles que vengan de fuera, etc.

En el niño que ha iniciado ya su escolaridad, ocupará más tiempo en continuación de sus tareas escolares, que le mantienen en contacto con el mundo externo que para él en estos momentos es muy importante.

Este hecho es más acuciante en el niño hospitalizado crónico como los de polio o Síndrome Tóxico en la actualidad, por la obtención de beneficios secundarios y mayor riesgo de regresión a etapas anteriores.

## BIBLIOGRAFIA

- BARBARA DOBBS-ROSETTE POLETTI: *Vivir en el hospital*. Colección Rol de Enfermería.
- EMMA PLANK: *El cuidado psicológico del niño enfermo en el hospital*. Paidós.
- FLORENCIO ESCARDO: *Pediatría psicosomática*. Edit. Ateneo. Buenos Aires.
- GINETTE RAIMBAULT: *El niño y la muerte*. Ed. Saltés.
- W.H. HITZG: «El niño y la muerte, acerca de la relación entre el pediatra y el niño desahuciado».
- DIANA BECHER DE GOLDBERG y GUILLERMO RINALDI: «Psicoprofilaxis quirúrgica en cirugía del niño». *Revista de Psicoanálisis*. Asociación psicoanalítica argentina.
- «Preparación psicoterapéutica en cirugía cardiovascular infantil».
- EMMA PLANK: «El niño ante la operación», *Noticias Médicas*.
- F. DOLTO: *Psicoanálisis y pediatría*. Edit. Siglo XXI.
- A. ABERASTURY: «La percepción de la muerte en el niño».
- CARLOS COBO: Simposium de Pediatría Social: «Psicosomática evolutiva en la infancia». Tenerife, Mayo 1981.
- PEDREIRA y E. MENDOZA: «Desarrollo y cuidados psicológicos del niño en cuidados intensivos». *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. N.º 1. Mayo 1981.
- J. L. PEDREIRA y ELISA MENDOZA: «El niño en hemodiálisis». *Ann. Esp. Pediatr.*, 18, 3, 204, 1983.