

# La experiencia del hospital vista a través de los dibujos de los niños

Más allá de nuestras fronteras, en la literatura pediátrica de los últimos treinta años se ha mantenido una polémica intensa sobre los problemas psicológicos de los niños que acuden al hospital. Parece conveniente que el niño no pierda el contacto con sus padres en esos momentos y se discuten los inevitables efectos de procedimientos como la incubadora, o el porvenir psicológico de un prematuro. Se reafirma la continuidad en la lactancia y la importancia crítica de la interacción entre un recién nacido y sus padres desde el momento en que el bebé puede ser colocado sobre el vientre ya vacío de una madre puerpera para que se miren o examinen desde los primeros minutos. En todo caso, si la hospitalización tiene efectos inevitables a cualquier edad, también puede convertirse en una medida beneficiosa y hasta necesaria, desde el punto de vista psicológico. Sin embargo, es posible que un pediatra o un internista se pregunte con dudas si los niños que acuden a su consulta pueden aquejar algún problema psicológico. Se olvida entonces el hecho de que intuitivamente la consulta pediátrica maneja los problemas de la vida integral del niño y que en la práctica éstos le son presentados por la familia.

Dos años de una colaboración progresivamente fructífera con un Servicio de Pediatría hospitalaria nos han permitido observar la intensidad de los sentimientos del niño cuando llega al hospital. El objeto de esta publicación es el de la transmisión al lector de estados afectivos tan diversos como la angustia, el temor y el dolor, entremezclados con el anhelo de ser querido y atendido a través de los cuidados pediátricos. La misma figura del pediatra emergerá de la descripción en la forma en que es percibido, temido o deseado por sus pequeños pacientes.

F. MARTI FELIPO

Servicio de Psiquiatría. Fundación «Jiménez Díaz». Madrid

## Material y métodos

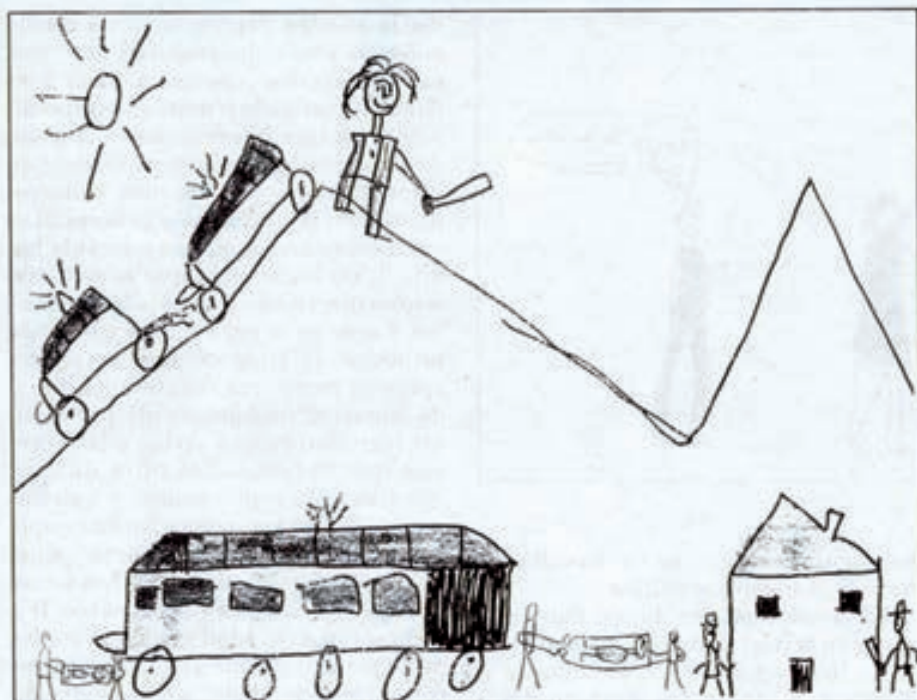
Presentamos una serie de dibujos infantiles realizados en el seno de consultas psiquiátricas solicitadas desde Pediatría por diversos motivos. La mayoría están realizados en el postingreso hospitalario, pero daban a entender que aún les preocupaba algo de los días pasados en el hospital. Lamentablemente las reproducciones que insertamos carecen de los colores originales y ello exige un esfuerzo sobreañadido del lector para dotarles de las tonalidades que describiremos.

Damos por supuesto que sus dibujos recogen un fiel fragmento de la realidad interior de nuestros pequeños pacientes. Ya en 1920 Freud adelantó la hipótesis de que los niños repiten en sus juegos y actividades todo aquello que en su vida les ha causado una intensa impresión y expuso entre los ejemplos el reconocimiento médico de la garganta o una pequeña operación como sucesos aterrizantes que llevan a su juego o hacen sufrir en seguida a sus compañeros como venganza del agente original.

## Observaciones clínicas

Dibujo 1: En forma sucesiva la parte inferior del gráfico contiene el camino urgente de un enfermo que es llevado desde un supuesto lugar hasta el domicilio familiar. Un personaje, entre malévolos y amenazador, domina la dramática escena desde las montañas y a su lado parten otros dos coches de urgencias rellenos de idénticos rojos, negros y azules oscuros que en la ambulancia inferior.

Para el autor del dibujo la estancia diurna en el hospital se prolongaba, iba



DIBUJO 1 (Ver texto.)

y venía diariamente con su madre desde su casa hasta la sala, esperando que de una vez fuera intervenido por un absceso glúteo aparecido tras diversas inyecciones para tratar un proceso trivial. Varias veces supo que ya iba a entrar en el quirófano y ofrecía al médico un aspecto encogido, silencioso e inhibido. La anamnesis revelaba que la madre de José tuvo complicaciones médicas en el puerperio y vio en peligro su vida, en tanto que José pasó unos días en la incubadora como prematuro. Pasados siete años, la madre repetía: «Se nos ha criado muy mal», refiriéndose a los vómitos, a la anorexia, al pobre lenguaje y a las dificultades en el aprendizaje escolar que se sucedieron en la vida de José.

Tras mostrar su dibujo, el niño habló de su intenso temor al médico de la sala, al que no se atrevía a mirar ni hablar, en términos que recordaban a la figura superior de su dibujo. Las urgencias de José testimoniaban una tormenta interior que no conseguía calmarse y que contrastaba con la óptica médica que retrasaba una intervención por trivial.

Dibujo 2: El niño aferrado a su cama comunica una sensación intensamente depresiva, sin que nada ni nadie a su alrededor aparezca para recoger la soledad y el abandono que le aterrorizan. El cuerpo se pega y encoge sobre el colchón, la continuidad del color borra los límites entre los oscuros azul y verde del colchón y del cuerpo, y sus intentos de trazar geométricamente el marco de la cama le hacen perder la tridimensionalidad.

Mientras dibujaba, Alfonso, de nueve años, aludía al súbito ingreso para valorar su leucemia, en el que hasta el compañero de sala con el que jugaba al escondite se iba a casa por las no-

ches. La madre pidió la consulta psiquiátrica para hablar de su hijo: «Dice que se quiere morir, que se muere... En una crisis se tiró a la carretera». Alfonso carecía aún de una información amplia y veraz sobre las exploraciones y tratamientos que se sucedían y de su dibujo estaban ausentes el personal médico y los familiares que podían rodear su lecho y atenuar los sentimientos abrumadores que resquebrajaban su amor por la vida y le amenazaban con una sentencia de muerte impuesta contra reloj por su cuerpo.



DIBUJO 2 (Ver texto.)

Dibujo 3: Un enfermo espera su hora de ser subido al quirófano por dos cuidadoras. En el tono agresivo y burlón que informa la escena, un sanitario, algo distante, se queja: «Ya llevan otra camilla». Las figuras se rellenan uniformemente de azul oscuro; excepto la camilla, al rojo vivo.

Pablo, de siete años, fue remitido a la consulta psiquiátrica por la enuresis nocturna, la ansiedad, irritabilidad y cambios de carácter aparecidos en el segundo postoperatorio de su malformación torácica. Los síntomas psicológicos parecieron atenuarse tras hablar de su ingreso, aunque los padres añadieron que siempre vivieron ansiosos por el estilo inhibido y regresivo de su hijo, especialmente advertido al comenzar a acudir a la escuela.

El cirujano no aparece en su dibujo, pero da los datos suficientes para su localización desde fuera. La lectura que hace el enfermo intenta manejar el intenso temor con el que esperaría pasivamente su intervención. La mezcla de sátira y malhumor que destilan los personajes en sus caras suponen un mejor manejo por el autor del peligro en la integridad corporal.

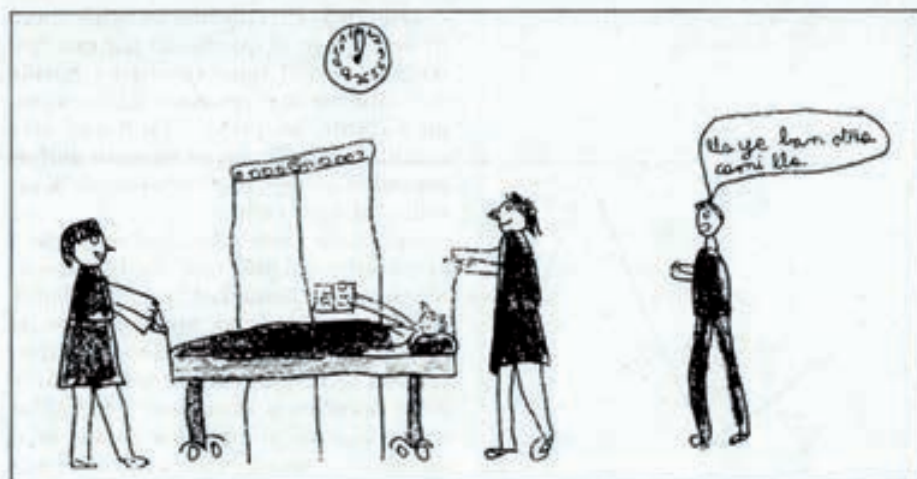
Dibujo 4: Estamos ya en el interior de un quirófano y nuevamente se usa el matiz grisáceo de las tonalidades oscuras del verde y del azul para describir un clima emocional. De las botellas de oxígeno y de las figuras médicas parten múltiples «tentáculos» de un pulpo hacia la boca del paciente, figurando una hélice. Del acercamiento formal entre lo animado y lo inanimado se desprende cierto carácter fantasmal.

Ramón, de diez años, era visto por dolores abdominales aparecidos cuando se despidió de sus padres para quedarse unos días con una farmacéutica, amiga de la familia. Sin embargo, a propósito del dibujo, surgieron recuerdos de sucesivas intervenciones de amígdalas, apéndice y una hernia. Su madre, ya añosa, centraba sus ilusiones y tensiones en Ramón, tras varios abortos e hijos muertos.

La anestesia, como una pequeña muerte con retorno, pudo ser para el niño el momento terrorífico, en el que había faltado la palabra tranquilizadora y viva de unos médicos embozados.

Dibujo 5: El acto operatorio y el ingreso aparecen mezclados en este dibujo al colocar un bisturí en manos del médico de la sala, focalizando en él un temor conflictivo infantil. Llama la atención también la brusca ruptura del cuerpo del paciente al llegar a su mitad inferior, en tanto que las manos del enfermito cobran un aspecto que redondea la sensación de desamparado frente al médico peligrosamente próximo al que forzosamente ha de encararse. Los colores, amarillo y naranja, son algo más claros.

Al presentar su dibujo, a Alfredo, de ocho años, no se le quitaba el recuerdo



DIBUJO 3 (Ver texto.)

de su compañera de sala que iba a morir y por la que preguntaba a su madre en la misma consulta. Alfredo había ingresado e intervenido de urgencia por una peritonitis, a consecuencia de una apendicitis aguda supurada. Hacía años ya que Alfredo devolvía en ayunas a la hora de ir al colegio, de lunes a viernes. En su casa el padre bebía y la madre decía estar mal de los nervios desde unos abortos previos.

Retomando el dibujo parece que Alfredo vivió la inesperada intervención como una mutilación corporal o un castigo por los sentimientos internos hacia la figura paterna que corporeizaba en su médico-cirujano.

Dibujo 6: La niña ingresada y su médico son vistos en este dibujo como un bebé del que está pendiente una mamá-enfermera. También hay resonancias en estas figuras de un pájaro desamparado o un gracioso payaso. El ambiente es alegre y los colores verdes, amarillos o carmín.

María, de seis años, era vista en consulta porque había comenzado a quejarse de la tripa al volver a casa, tras permanecer ingresada unos días por sus crisis asmáticas. En la consulta la madre se preguntó por su estado viendo el dibujo de su hija: «Antes de entrar en la consulta se le puso un dolor de tripas, y al mirarla el médico no tenía nada; pero luego, en casa, se le puso otra vez el dolor en cuanto se vio aburrida... Yo no vivía en cuanto la veía mala... Perdí a mi madre a los cuatro años, he perdido ilusiones y veo la vida con más tristeza. ¿Usted cree que los hijos son un sufrimiento?».

María expresaba progresivamente en su dibujo la hospitalización, vista como los cuidados que la mamá prodiga al bebé y su cuerpo. Tres generaciones estaban presentes, de hecho, en la consulta pediátrica.

### Discusión y comentarios

La mente infantil percibe la acción médica con intensidad afectiva no medible con los patrones de la vida adulta, y el pediatra representa para el niño

una figura familiar que va más allá del rol estrictamente somático.

Ya nuestro primer dibujo mostraba cómo un trivial problema médico estaba en desproporción con la angustia y el temor al dolor que latía en José. Nuestro segundo paciente, más allá de los tratamientos citostáticos, pedía a gritos una contención psicológica ante su percepción de una posible sentencia de muerte somática. El problema de Pablo pone en evidencia que para comprender los motivos de consulta del pediatra ha de incluir la biografía de sus pequeños pacientes y algo de la escena familiar que presenta en su consulta. Los pediatras son vistos en los últimos dibujos como fuentes de temor, escuchas del dolor, personas ausentes que se buscan o atemorizan o bien como los dispensadores de los cuidados anhelados. Comprender la presencia de un factor psicológico en muchos de los niños con los problemas somáticos más diversos exige una corrección en la mentalidad anatomoclínica y asistencial vigente en nuestro medio.

Hemos visto desfilar en los dibujos presentados la urgencia de ser atendi-

do, la soledad depresiva en un estado enfermo grave, la ansiedad ante una exploración desconocida, el temor a ser dañado, castigado o mutilado corporalmente en una intervención y el deseo de ser cuidado como mamá lo hacía en otros tiempos. En los dos primeros niños y en la última niña el hospital es visto como una ruptura en su vida habitual, un lugar en el que se sintieron solos o precisando los cuidados familiares. Como es la regla en los niños más pequeños, la separación de los padres aparecía como una fuente importante de angustia, probablemente por el nivel regresivo en que vivían o por la presión que sintieron. Los otros dibujos, con temas de exploraciones y quirófanos, reflejan las preocupaciones que habitualmente están en primer plano entre los seis y los diez años. Los temas son más relacionales y progresivos. Ir a un hospital a esa edad es temido por las exploraciones dolorosas y las amenazas corporales que conlleva, y para un niño es difícil distinguir entre el dolor de una enfermedad y el dolor necesario en un procedimiento terapéutico. Al volver a casa persisten durante un tiempo la ansiedad, las tendencias regresivas y la susceptibilidad a los médicos y hospitales como fuente de temor. Probablemente ese último elemento permitió que surgieran estos dibujos una vez pasados los días de ingreso.

Los dibujos con temas de médicos tienen un paralelismo con las variantes del juego universal en el que una niña pincha a su muñeco o se disfraza para decirle a su amiguito: «¿Vale que tú eres el médico y yo la enfermera?». Cumplen la función descrita por Freud al observar a un niño que recogía repetidamente un cordel y luego se miraba al espejo. Son intentos de recrear, en el papel o en el juego reglado, las sensaciones desagradables y las experiencias vividas en la visita periódica al pediatra.



DIBUJO 4 (Ver texto.)



DIBUJO 5 (Ver texto.)



DIBUJO 6 (Ver texto.)

tra. Manejan el sufrimiento corporal y psicológico a cuyo desencadenamiento o alivio van asociados el médico o pediatra vinculado a nuestra vida familiar infantil, del mismo modo que en los dibujos presentados estas figuras presentan atributos paternos o maternos ante los que un niño o un bebé se siente examinado, necesitado, aterrorizado, aliviado, solo y cuidado o anhelando el contacto.

### Sugerencias psicoprofilácticas

Ana Freud propuso hace años el desarrollo de una «técnica de primeros auxilios mentales en el hospital». Intentaremos exponer algunas de las posibilidades de abordaje:

a) Respecto al ingreso pediátrico. Una semana antes de la fecha de ingreso, ni demasiado pronto ni demasiado

tarde, los padres pueden anunciarle al niño que irá al hospital y que aunque sucedan algunas cosas desagradables serán las mínimas indispensables para mejorar su salud. El niño añadirá a sus preguntas el querer llevarse algún objeto o juguete personal y los padres facilitarán el que participe en la preparación de «la maleta del viaje». Las visitas diarias, una vez ingresado, son tan importantes como la hora de información médica. En ingresos urgentes o edades menores a los cuatro años la conmoción psicológica es inevitable y la práctica intuitiva pediátrica puede encontrar las fórmulas idóneas para que la pérdida real de contacto entre el niño y sus padres no sea completa. Desde la llamada a los padres que no acuden a informarse hasta la permanente presencia de la madre en la cabecera hay una serie de fórmulas flexibles a valorar en cada caso. Está demostrado que el pronóstico psicopsomático mejora significativamente.

b) También en el caso de que el niño sea intervenido quirúrgicamente es importante que se le dé una información adecuada a su edad, previsión con la que las complicaciones postoperatorias parecen atenuarse. Un par de días antes los padres pueden colaborar con el cirujano para comunicarle algunos detalles sobre el órgano que va a ser intervenido y para qué. El contacto personal con su cirujano aliviará al niño, podrá localizar el quirófano, saber de su corta dormición con la anestesia y de la presencia de sus padres junto al quirófano y en el postoperatorio. Una vez más, una información real, aunque sea dolorosa, será mejor que todo temor a lo desconocido.

c) Igualmente, en los niños enfermos graves, la comunicación veraz contrarresta las poderosas fantasías de dolor, muerte y daño que se debaten angustiosamente en la mente del niño cuando se ve sometido a exploraciones repetidas, reposos y dietas, inmovilizaciones y tratamientos prolongados. El niño percibe sus molestias corporales, pero también la angustia familiar que gira en torno de él. Su pediatra no debe huir, como a veces lo hace la propia fa-

milia a pesar de sus múltiples regalos y mimos, del contacto directo con su pequeño paciente.

El sufrimiento psíquico se exagera en aquellas consultas en las que un niño pregunta a su pediatra si se va a morir, esté aquejado en verdad de un cuadro terminal o no. El pediatra pensará en algún momento en su propia muerte y podrá contestar con un: «Estamos haciendo todo lo que sabemos por ti», ya que este es el sentido latente en la pregunta del niño: si va a ser querido o no hasta sus últimos momentos. Ayudar a morir es inseparable de la tarea médica de ayudar a vivir. En nuestra experiencia los niños perciben confusamente su propia rendición ante una muerte próxima. Después, la negativa de los familiares a conceder una necropsia no es óbice para que el pediatra cite a los padres en los días siguientes para recoger cuantas preguntas les hayan podido torturar en los primeros días de la muerte de su hijo. Hoy en día disponemos de técnicas psiquiátricas específicas de abordaje e incluso de libros que aconsejar para facilitar una tarea tan dolorosa y larga en el seno de la familia. Pero nadie como el pediatra que atendió al niño moribundo estará en condiciones de compartir el sufrimiento.

### Conclusiones

A través de los dibujos presentados observamos que el síntoma del niño por el que es llevado al hospital contiene y conlleva una crisis familiar. Más pronto o más tarde la enfermedad y los procedimientos médicos causarán su impacto en el niño, con una mezcla de temor, tristeza, angustia, regresión y culpa. a) La edad del niño y su vida previa. b) Sus experiencias anteriores de salud y enfermedad. c) Su estilo personal. d) La calidad de las relaciones familiares, y e) La gravedad del problema médico matizarán la respuesta individual que advertimos en el contacto personal con ese niño. El pediatra será temido y deseado a la vez, pero con su actitud humana puede ayudar a vivir o a bien morir a sus pacientes, soportando el dolor y dando bienestar. ■

### ACTIVIDADES PM

1.—La EXPERIENCIA DEL NIÑO EN EL HOSPITAL tiene dos vertientes: la «experiencia» vital del niño y el «reflejo familiar» de la experiencia. Ambas pueden centrar el tema en una Escuela de Padres.

2.—A veces, la «experiencia» del niño es incomunicable en gran parte por su corta edad, cuando se trata por ejemplo de un bebé. Sin embargo, precisamente entonces, el «reflejo familiar» adquiere quizá mayor importancia: ¿cómo reaccionamos los padres cuando tenemos que llevar a un niño al hospital y se ve allí sin que aparentemente podamos hacer nada por él? La relación madre-hijo-padre va a mostrarse claramente en esa situación.

3.—Una actividad importante sería compartir no sólo cómo los niños ven al médico, sino también otras dos vertientes: cómo los padres ven al médico que controla, se apodera, dictamina sobre su hijo y, por otra parte, cómo los médicos ven a los padres del niño enfermo: dificultades, angustia, serenidad, optimismo, etc., y en qué grado influyen estas actitudes en su terapia.

4.—Organizar una exposición de dibujos de niños que hayan tenido la experiencia del hospital. Montar luego una Mesa Redonda, donde algunos interpreten sus dibujos y contesten a las preguntas del Grupo de la Escuela de Padres.