

## **ANALISIS DEL CONTEXTO HOSPITALARIO INFANTIL Y CONSIDERACIONES EDUCATIVAS**

**María Pilar Palomo del Blanco**

### **INTRODUCCION**

El punto de partida de los contenidos expuestos en esta mesa se basa en el análisis del impacto de la enfermedad y el ambiente hospitalario en el ser humano en desarrollo. Consideramos, al igual que Parmelee (1986), la enfermedad infantil como un componente del desarrollo del niño. En este sentido, es importante asumir una orientación evolutiva sobre la salud y enfermedad infantil (Maddux, Roberts, Sledden y Wright, 1986). Diferentes contextos sociales o sus interacciones tienen un impacto en las personas en desarrollo (Bolger, Caspi, Downey y Moorehouse, 1988; Pellegrini, 1991). El hospital constituye otro contexto social que influye en la persona (Prugh, Staub, Kirschbaum y Lenihan, 1953; Vernon, Schulman y Foley, 1966; Lambert, 1984; Zetterström, 1984; Hall, 1987; Oremland y Oremland, 1973; Peterson y Mori, 1988). Asimismo, nos sirve de marco de referencia y reflexión, la teoría ecológica de U. Bronfenbrenner (1979, 1988) ya que la experiencia de enfermedad y hospitalización infantil incluye la incorporación del niño a un nuevo contexto social, el hospital.

En primer lugar, exponemos el marco teórico citado buscando sus conexiones con el ámbito de la enfermedad y hospitalización. A continuación, hacemos un análisis del entorno hospitalario como contexto social. Asimismo, consideramos las implicaciones educativas que se derivan de dicho análisis. Y, por último, señalamos algunas conclusiones sobre este tema.

### **1. MARCO TEORICO**

El entorno consiste en un complejo sistema de factores físicos, sociales, culturales e históricos en interacción unos con otros y, a su vez, con el desarrollo del individuo (Bolger, Caspi, Downey y

Moorehouse, 1988). Como señalan Riley (1985) y Elder (1975) debemos considerar los cambios históricos y sociales para comprender el desarrollo humano (Bolgert et al., 1988). Así, en los años 50, cuando Robertson y Bowlby analizan las conductas de niños institucionalizados, las características de cuidado de dichos niños tienen una incidencia negativa en su desarrollo. El desarrollo del niño resulta afectado por las experiencias contextuales (Pellegrini, 1991).

Bronfenbrenner (1979, 1988) propone una conceptualización de contextos de desarrollo:

**1.- Macrosistema.** Se refiere a un complejo de sistemas que incluyen la organización de las instituciones sociales que forman una cultura. En este sentido, habría que considerar las características y los cambios de los sistemas de cuidado de la salud en los países industrializados (Iglehart, 1991).

**2.- Mesosistema.** Se refiere a las interrelaciones que se establecen entre los entornos. En el caso en que la persona participa en dichas interrelaciones se denomina mesosistema y exosistema cuando el sujeto sin participar realmente puede recibir sus influencias. En este nivel podemos incluir el trabajo de los padres que les impide estar todo el tiempo con sus hijos cuando están hospitalizados. En el nivel anterior se puede analizar la comparación entre la conducta de los niños en su hogar y durante su estancia en el hospital.

Según Bronfenbrenner (1979) una transición ecológica implica un cambio de rol, de entorno o ambos a la vez. El enfermar e ir al hospital constituye una transición ecológica. Hall (1987) señala como se produce discontinuidad entre dos diferentes modos de relaciones, el niño en su casa y en el entorno hospitalario o, bien, la relación de éste con sus padres o con sus cuidadores. Al mismo tiempo, los padres y el personal del hospital esperan que el niño funcione con un determinado número de roles. Así mismo, el niño debe adaptarse al papel de paciente o a abandonarlo (Oremland y Oremland, 1973).

**3.- Microsistema.** Se refiere al conjunto de interrelaciones que existen dentro del entorno inmediato. Uno de los aspectos importantes para el desarrollo de la conducta es como se percibe ese ambiente (Bronfenbrenner, 1979). Por ello es imprescindible conocer las interpretaciones que los niños tienen y realizan en los entornos en los que se ven incluidos, en nuestro caso el entorno hospitalario (Palomo, 1990).

## 2. ANALISIS DEL ENTORNO HOSPITALARIO INFANTIL E IMPLICACIONES EDUCATIVAS

La enfermedad permite al niño aumentar el conocimiento sobre sí mismo, las otras personas, la conducta prosocial y la empatía, además de aumentar su comprensión sobre el rol de enfermo (Parmelee, 1986). Asimismo, la experiencia de enfermedad y hospitalización contribuye a su desarrollo cognitivo y emocional. Cognitivo, en tanto la comprensión de conceptos relacionados con el mundo de la salud/enfermedad y emocional debido a la posibilidad de vivenciar ansiedad, miedo etc...

## 2.1. El hospital como contexto social

Existen diversos factores que influyen en la respuesta del niño al hospital, ya que le producen algún grado de estrés (Poster, 1983; Hall, 1987; Eiser, 1985; Zetterström, 1984).

Poster (1983) señala algunos de estos factores que producen estrés a nivel general: 1) Un extrañamiento y único entorno, el hospital; 2) Separación de los padres y familiares; 3) Dolor y malestar asociado con la enfermedad y la terapia; 4) Intimidación o ansiedad de muerte y, 5) Ansiedad de los padres y alteración de las relaciones convencionales con el niño.

Los hospitales son complejas unidades sociales que se regulan más en función del grupo o la institución que de las necesidades individuales (Oremland y Oremland, 1973; Berger, 1977; Hall, 1987). La exposición a un entorno, procedimientos, normas y gente con lo que el niño no está familiarizado y no comprende le produce estrés (Siegel, 1983). La hospitalización puede ser especialmente problemática para las personas inmaduras cuya experiencia no les ha preparado para el estilo del hospital. El niño encuentra que en el hospital hay una autoridad y supone conformidad en las peticiones que se le haga, aunque es cuidado por varias enfermeras y las expectativas de conducta pueden variar de una a otra. Para el niño en desarrollo, el reposo en la cama impuesto, los controles físicos y la disminución de la actividad también contribuyen al estrés (Dowd, Novar y Ray, 1977). El niño necesita, intimidad durante las exploraciones, tratamiento y aseo (Zetterström, 1984).

Otra experiencia estresante es la separación de los padres (Bowlby, 1973; López, 1984, 1988). Las reacciones del niño ante la hospitalización (protesta, desesperación, desapego, ambivalencia/acercamiento y recuperación) surgen por una serie de factores que el niño percibe como amenazantes. El dolor es un concepto abstracto que puede carecer de sentido para los niños más pequeños (Thompson y Varny, 1986). Existe un aumento significativo en relación con la edad en el uso de explicaciones físicas objetivas del dolor (Gaffnëy y Dunne, 1987). Otra amenaza subyacente, de la que no se suele hablar, es la muerte (Oremland y Oremland, 1973).

La enfermedad y la hospitalización se consideran como una crisis en la familia, de tal modo que estas situaciones trastornan su equilibrio normal (Lebow, Schiller, Caplan y Selinger, 1983). Los niños responden a dicha experiencia con menos estrés si se ayuda a los padres con sus preocupaciones y temores (Wolfer y Visintainer, 1975; Ferguson, 1979; Peterson y Shigetomi, 1981; Zastowny, Kischbaum y Meng, 1988).

En relación con las características personales de los pacientes infantiles se consideran las siguientes (Siegel, 1983; Lambert, 1984): a) nivel evolutivo (habilidad cognitiva, ideas sobre la enfermedad...); b) mecanismos de afrontamiento ante la hospitalización o cirugía; c) personalidad, sexo, experiencia hospitalaria anterior; d) diagnóstico médico; e) duración de la hospitalización y, f) ajuste psicológico prehospitalario.

La cognición y percepción del entorno tienen una función de adaptación (Saegert y Winkel, 1990). En este sentido, el concepto de enfermedad y otros conceptos médicos presentan una evolución progresiva creciente (Barrio, C. del, 1988, 1990; Palomo, 1990, 1991).

## 2.2 Implicaciones educativas

Nos encontramos un contexto social, el hospital, relativa-mente olvidado y poco atendido por las instancias educativas (González-Simancas y Polaino-Lorente, 1990).

Nuestras conductas se desarrollan en un tiempo y en un espacio (Saegert y Winkel, 1990). Como señalan Dobbs y Poletti (1981), ese tiempo debe servir para ayudar a la persona a desarrollarse, a establecer una buena relación con su entorno, a aprender... La estructuración del tiempo está en función de la edad, el tipo de enfermedad, la duración de la hospitalización, la inmovilidad requerida, el nivel cognitivo y el grado de desarrollo psicosocial.

Consideramos como intervención psicoeducativa a desarrollar en el entorno hospitalario, actividades lúdicas y aquellas actividades derivadas del curriculum escolar según las condiciones de cada paciente pediátrico.

A. Actividades Lúdicas. El juego tiene un papel importante en el desarrollo emocional, cognitivo, social y físico del niño así como en la adaptación a escenarios pediátricos, en la rehabilitación y recuperación (Crocker, 1978). Existen ciertos aspectos del centro que dificultan dichas actividades (Kielhofner, Barris, Bauer, Shoestock y Walker, 1983). Un contexto lúdico debe ser familiar para el niño, favorecer su autonomía y carecer de estrés (Pellegrini, 1991). Como señala Moyles (1989) el juego depende de los contextos en que se produce.

Se pueden incluir en la planificación de programas de juego, las siguientes actividades (Crocker, 1978):

- actividades rítmicas y musicales
- dramatizaciones: rol-play sobre el médico, enfermera, operaciones, representaciones con marionetas...
- juegos de reglas
- uso de diversos materiales: agua, arena, arcilla...
- juegos de construcción
- creación de algo nuevo: pintura, collages...
- historias: oír las, relatarlas, leerlas
- películas: relacionadas con el hospital o a nivel general
- actividades de ayuda al profesional: realizar cosas útiles en tareas de rutina
- cuidado de animales y plantas
- acontecimientos especiales: cumpleaños, vacaciones, visitantes especiales...
- viajes, excursiones o visitas a lugares en el hospital
- discusiones en grupo, diálogos...

También existen libros de carácter educativo que pueden servir de ayuda a los padres y a sus hijos (Roberts, 1986).

Los programas de juego en los hospitales proporcionan los siguientes beneficios (Crocker, 1978):

- Los niños continúan con las actividades normales que les fomentan curiosidad, aprendizaje y desarrollo
- Encuentran el hospital menos extraño si pueden jugar con objetos familiares o ejercer roles familiares
- Manifiestan sus preocupaciones y confusiones y, reciben información correcta y tranquilizante
- Pueden dar salida a sus energías naturales y ansiedades
- Evitan el aburrimiento y ocupan su tiempo en actividades constructivas
- Adquieren un sentimiento de autonomía e independencia
- Se reúnen con otros niños y se proporcionan compañía comprensión y apoyo
- Se sienten más relajados y cooperativos con los tratamientos y procedimientos si ensayan sobre ellos mediante el juego
- Se refuerza el conocimiento del niño sobre los hospitales como lugares de cuidado
- Elaboran experiencias desconcertantes ya que el juego puede tener un efecto catártico de emociones reprimidas
- Los niños al jugar hacen sentirse a gusto a sus padres
- Muestran a los profesionales como son sus conductas cuando están divirtiéndose y no se sienten amenazados
- Los niños al jugar fomentan su salud física
- El juego puede apartarles de la razón de su hospitalización ya que jugar puede ser un antídoto frente al dolor
- Los niños son retados y ayudados a madurar a través del juego

#### **B. Actividades educativas relacionadas con el aprendizaje escolar.**

Las actividades relacionadas con el aprendizaje escolar pueden estar ausentes del contexto hospitalario (González-Simancas y Polaino-Lorente, 1990). Sin embargo, son convenientes en la educación de los pacientes pediátricos en edad escolar.

La implantación del currículum ha de tener en cuenta el estado biopsicosocial del niño enfermo. En este sentido, Polaino-Lorente (1990) señala que se ha de anteponer una buena adaptación del niño al hospital ante la eficacia de los rendimientos académicos, la salud a los aprendizajes y la optimización de la evolución clínica a la programación curricular.

Desde el punto de vista instructivo, existen una serie de actividades que se pueden realizar (González-Simancas, 1990):

- evaluación inicial del alumno

- formulación de objetivos generales e individualizados según las necesidades escolares de cada sujeto, los efectos biopsíquicos de la enfermedad y los factores psicosociales de la hospitalización
- actividades de enseñanza-aprendizaje más adecuadas a los objetivos
- evaluación periódica, asesoramiento y seguimiento del proceso.

Las actividades educativas relacionadas con el aprendizaje/enseñanza contienen una serie de efectos beneficiosos:

- La participación activa de los niños en tareas escolares les compensa de la pasividad y dependencia producida por la enfermedad y hospitalización.
- La existencia de actividades escolares le proporciona la tranquilidad de que los padres, la escuela y los profesionales se preocupan de él y confían en su mejoría.
- La enseñanza puede ayudar, también, a la recuperación. Así un niño que debe estar inmovilizado no tiene que limitar drásticamente su aprendizaje. Puede progresar mediante materiales de aprendizaje que le ayuden a integrar lo que aprende.
- Permiten al niño establecer una continuidad con las características de otro contexto social, las actividades escolares. Estas son importantes para los niños hospitalizados que han empezado recientemente la escuela, manifiestan retraso escolar o ya han adquirido ciertos hábitos de estudio.
- Las actividades educativas organizadas en grupo favorecen las relaciones sociales y la comprensión empática de los otros, además de eliminar o aliviar el aburrimiento y aislamiento que puede producir la experiencia de enfermedad.
- La participación activa del niño en las actividades escolares favorece su sentido de autonomía y competencia, además de que los logros conseguidos favorecen su motivación.
- Favorecen la readaptación al entorno escolar después del periodo de hospitalización. Una forma de mantener el contacto con el entorno escolar durante dicho periodo es mediante las visitas o cartas de sus compañeros.

### 3. CONCLUSIONES

El análisis y reflexión que presentamos nos permite considerar al niño hospitalizado como un ser en desarrollo dentro de un contexto social, el hospital, teniendo en cuenta las influencias de otros contextos y sus interrelaciones.

Consideramos que el niño hospitalizado tiene derecho a la educación. Es decir, a la disponibilidad de educadores y medios que guíen su proceso de aprendizaje y colaboren al desarrollo armónico de su personalidad.

Nos parece necesario el conocimiento del contexto hospitalario por parte de los educadores para optimizar el desarrollo del niño dentro de sus posibilidades y limitaciones.