



UNAM IZTACALA

# Universidad Nacional Autónoma de México

## Facultad de Estudios Superiores Iztacala

### UN CASO ENTRE LA PSICOLOGÍA Y LA MEDICINA: SÍNDROME FACTICIO

T E S I S

Que para obtener el título de:

L I C E N C I A D A E N P S I C O L O G Í A

P R E S E N T A :

RAQUEL BELTRÁN BLANCO

#### Dictaminadores:

Directora. Mtra. Rosa Isabel García Ledesma

Lic . Adrián Mellado Cabrera

Mtra. Lucina Jiménez Vega



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2011



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Para poder realizar ésta tesis de la mejor manera posible fue necesaria del apoyo de muchas personas a las cuales quiero agradecer. Primeramente a dios por bendecirme para llegar hasta donde eh llegado. A mis padres por darme la vida, una maravillosa formación, gracias por todos los hermosos recuerdos de mi infancia, por su ternura y todo su amor, por contagiarme de sus mayores fortalezas. Por todos los esfuerzos realizados para que yo lograra terminar mi carrera profesional siendo para mí la mejor herencia.

Amá, tú me pusiste como ejemplo el ser “luchona” y decidida y el pelear contra la adversidad, me enseñaste a levantarme después de cada tropiezo. Gracias por levantarme con amor y cariño día a día para poder ser puntual en mi vida estudiantil, por tu paciencia y esas palabras sabias que siempre tienes. Apá, me enseñaste a ser perseverante y paciente, a ponerme pasos fijos para alcanzar mis metas y a saber que “toda disciplina tiene su recompensa”. Gracias por tu apoyo, por iluminar mi camino y darme la pauta para poder realizar mis estudios y mi vida; porque desde pequeña has sido para un gran hombre maravilloso al que siempre he admirado.

Agradezco los consejos sabios que en el momento exacto han sabido darme para no caer y enfrentar los momentos difíciles, por ayudarme a tomar las decisiones que me ayuden a balancear mi vida y sobre todo gracias por el amor tan grande que me dan y si hoy soy el ser humano que deseaban es gracias a ustedes.

Nancy, de verdad soy muy feliz por tenerte como hermana y como mi mejor amiga. Gracias por poner a prueba mi paciencia y mis habilidades de negociación, por darme la oportunidad de tener una cómplice en situaciones de alegría, tristeza y enojos, por ser la única que siente lo mismo que yo en los momentos difíciles, los cuales al compartir conmigo hace la carga más ligera. por ayudarme a crecer y a encontrar un lugar en el mundo, por darme muchos días felices y llenos de risas, por compartir conmigo esos momentos dulces de pastel de chocolate, helados, cine y antojos en general.

Aldo, hoy veo que la vida es un gran partido de futbol, en el cual no existe el medito tiempo ni los cambios, que mis compañeros de banca son la perseverancia, la fe, la esperanza, la disciplina y la confianza, con los que cuento en todo momento para seguir adelante. Que en las 4 esquinas del campo siempre encontrare el apoyo, los consejos y el amor. Y los más importante, como en todos los partidos, es enfocar bien la portería para anotar unos magníficos goles, pero que si existirá un fuera de lugar y tuviera que empezar de nuevo la jugada no debo bajar la guardia porque solo con practica y entrenamiento poder alcanzar los éxitos de la vida.

A mis primos y primas por darme tantos momentos memorables, divertidos y agradables, por compartir conmigo las diferentes etapas de mi vida y por ser grandes amigos, casi hermanos. A mis tíos, tías y abuelos por todo el apoyo que me han dado, por el ejemplo de superación que me da cada uno de ustedes y sobre todo por hacerme sentir que tengo un gran apoyo en cada una de estas grandes y unidas familias.

A mi asesor de tesis y una de las personas que más admiro por su inteligencia y sus conocimientos, a la maestra Rosa Isabel, a quien le debo el hecho de que ésta tesis tenga los menos errores posibles. Gracias por ser paciente y apoyo.

Y por último, pero no menos importante, a la maestra Laura Ruth †, por todo el apoyo brindado al inicio de la tesis, por darme la confianza al involucrarme en este tema, por sus aportaciones. Sé que desde la estrella donde se encuentra, está obteniendo este logro que iniciamos juntas.

# ÍNDICE

Resumen	5
Introducción	6
1. La intervención del psicólogo en el ámbito hospitalario	
1.1 La psicología de la salud	9
1.2 Psicología Hospitalaria	17
1.3 ¿Y para que un psicólogo en el hospital?	19
1.4 El recinto hospitalario	23
2. El pensar, el sentir y el desarrollo de los niños	
2.1 La subjetividad en el hospital	26
2.2 Diversas orientaciones en la atención de los niños en el servicio hospitalario de pediatría	29
2.3 Desarrollo infantil	33
2.4 La psiquiatría en el servicio hospitalario de pediatría	37
2.4.1 El DSM-VI	39
2.4.2. La exploración psiquiátrica como asistencia de diagnóstico	41
2.5 El psicoanálisis en el servicio hospitalario de pediatría	43
2.6 Psicología infantil	44
3. Síndrome facticio: caso clínico	
3.1 El niño y la hospitalización	50
3.2 Las expresiones psicológicas de los niños con sus enfermedades	54
3.3 Intervención en el Hospital General Tacuba del ISSSTE	59
3.4. Síndrome facticio	62
3.4.1. Caso clínico	67
Conclusiones	72
Bibliografía	74
Anexos	79

## RESUMEN

Fundamentándonos en la Psicología de la Salud que tiene un horizonte de estudio y de aplicación amplio la cual fue definida por Joseph Matarazzo (cit. en *Flórez, 2006, p 2*), como el "*conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina psicológica con la promoción y mantenimiento de la salud; prevención, tratamiento, identificación y diagnóstico de las enfermedades, así como el análisis y mejora del sistema sanitario y la formación de las políticas sanitarias*". Con esta definición, la Psicología de la Salud se fue ampliando el campo de inserción del psicólogo comprobando que el individuo no solo es cuestión biológica, sino que también psicológico.

Con base a la práctica realizada en el Hospital General Tacuba del ISSSTE, los dos últimos semestre, se retomará un caso excepcional que se presentó, dicho caso se diagnosticó como Síndrome Facticio que se caracteriza por la invención, producción o falsificación de síntomas físicos o psicológicos que simulan una enfermedad física o mental.

Por esto y con el objetivo de esclarecer la inserción del desempeño de los psicólogos en el recinto clínico, garantizando la honestidad de la atención médica que el niño/adolescente, como paciente, recibe al tratar y valorar no sólo su cuerpo sino también su mundo subjetivo y de ésta forma obtener un diagnóstico tanto psicológico como médico adecuado.

Es por esta razón que no se puede mirar a la enfermedad orgánica y a la salud psicológica como factores aislados, pues la enfermedad no es solamente producto de la falta de armonía al interior del sistema del cuerpo; ni es únicamente el resultado de la incapacidad de integración de ese individuo con su medio y con los sistemas a los que pertenece. La enfermedad es, una manifestación del estancamiento evolutivo y de la necesidad de reconstruir a ese individuo a su ambiente habitual para que pueda seguir desarrollándose como individuo.

## INTRODUCCIÓN

La psicología de la salud estudia primordialmente el comportamiento en su significado ambivalente de la persona sana o enferma. Sin embargo, su eje central se trata desde un posicionamiento de salud positiva, es decir, desde la promoción de comportamientos de salud, de conductas protectoras y de control de riesgos.

El modelo psicológico de la salud biológica estudia la actividad individual humana, destaca la dimensión psicológica de la salud, con el objetivo de analizar y relacionar las prácticas individuales con el estado de salud de la persona. Con base en este modelo surge la psicología clínica, la cual nace a finales de los años 70 uniendo lo biológico, lo psicológico y lo social. El modelo biopsicosocial señala que la enfermedad física no es sólo el resultado de factores biológicos, sino también de factores psicológicos (emociones, pensamientos, conductas, estilo de vida, estrés) y factores sociales (influencias culturales, relaciones familiares, apoyo social, etc.). Todos estos factores interactúan entre sí para dar lugar a la enfermedad, ya que se considera que hay un conjunto de variables que pueden estar implicadas en la manifestación de los síntomas, como las diferencias individuales y de personalidad.

En el entorno hospitalario se ha percibido que la inserción del psicólogo es de vital importancia ya que durante la estancia del paciente se presentan distintas alteraciones en la psique del niño/adolescente/adulto que parten desde elevados montos de ansiedad hacia los médicos e intervenciones médicas hasta alteraciones importantes en la conducta. Es por esta razón que la formación y el perfil profesional del psicólogo permite enriquecer, crear y fortalecer los recursos personales de los pacientes en el ambiente hospitalario, realizando un trabajo profundo en la atención del paciente internado y sus familiares, lo cual puede rendir frutos positivos: El paciente se tranquiliza y muestra mayor adhesión al trato médico en su conjunto.

Hay que mencionar que en el hospital, es la historia del cuerpo en su complejidad la que establece el fundamento de una colaboración entre pediatras y psicólogos/psicoanalistas y en algunas ocasiones con psiquiatras, a partir de la resistencia que el cuerpo opone a un abordaje terapéutico lineal exclusivamente médico. Esta resistencia puede dificultar el proceso de la atención durante la hospitalización, por ésta razón es elemental un trabajo en

conjunto, ya que mientras los médicos se dedican a cuidar del cuerpo, a los psicólogos les toca proporcionar herramientas de auto cuidado al paciente para el cuidado y manejo de pensamientos, sentimientos y emociones de los componentes psicológicos de los padecimientos ya que una enfermedad no es la suma de diferentes componentes, sino un estado que puede ser reconocido por la propia persona, sus familiares o por el equipo médico. Y en algunas ocasiones, la psiquiatría se presenta como una tercera intervención siempre y cuando se sospeche de la presencia de algún trastorno ya sea de personalidad o de otra categoría. Respecto a los trastornos de personalidad y debido a la dificultad que se ha encontrado en su diagnóstico, los pacientes se presentan más comúnmente con sintomatología y quejas orgánicas, siendo tratados por médicos generales, y la mayoría de ellos derivados al psiquiatra.

Uno de estos casos es el Síndrome Facticio, ya que se caracteriza por la invención, producción o falsificación de síntomas físicos o psicológicos que simulan una enfermedad física o mental. Aparentemente las personas que sufren este tipo de síndromes no obtienen ningún beneficio, excepto las molestias de exploraciones o intervenciones quirúrgicas innecesarias. Parece ser que estos pacientes tienen como única meta la adquisición del rol de enfermo.

En la presente tesis se expone un caso de Síndrome Facticio llevado a cabo en el Servicio de Pediatría del Hospital General de Tacuba, donde se realizaron las prácticas de 7° y 8° semestre de la carrera de Psicología en la materia de “Psicología Social Aplicada Laboratorio VII y VIII con el programa académico “Psicología de la Salud en las Instituciones”.

Con el objetivo de dar cuenta de la inserción del psicólogo en el recinto clínico, de su papel ético en la garantía de la honestidad en la atención médica que el niño/adolescente como paciente recibe al tratar y valorar no sólo su cuerpo sino también su mundo subjetivo y de ésta forma obtener un diagnóstico tanto psicológico como médico adecuado, con el fin de evitar intervenciones innecesarias.

Se trata de una adolescente de 12 años de edad, que fue diagnosticada después de varias intervenciones médicas con Síndrome Facticio. Se eligió presentar este caso debido a que



los psicólogos y los médicos no tienen mucha experiencia con respecto a estos trastornos por la simulación de una enfermedad física o mental.

El estudio y atención del Síndrome Facticio se plantea como novedosa en el campo de la psicología, argumentando que existe poca referencia sobre estos casos y que la mayoría de los autores que hacen informe sobre el tema remarcan lo dificultoso que resulta el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes, ya que no puede descartarse completamente la posibilidad de que exista una causa biológica real de su padecimiento así como que la persona este sana.

# **CAPITULO 1. LA INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**

## **1.1 La psicología de la salud**

Los antecedentes más próximos de la psicología de la salud se ubican en la denominada "Medicina Comportamental". Este término lo propuso el médico psiquiatra Lee Birk en 1973 (cit. en, Flórez, 2006). Aquí es clara la intención de referirse a la medicina comportamental como el uso de procedimientos derivados del condicionamiento instrumental de respuestas fisiológicas autónomas, para fines de curación de algunas enfermedades. Otro desarrollo, probablemente más próximo, es el enfoque de la fisiología experimental sobre las relaciones entre emociones y funcionamiento global del organismo.

Pero sería un panorama incompleto, si no se agrega, al menos, tres vertientes adicionales: dos provenientes de la práctica psicológica, referidas por Ribes y Shapiro. La tercera dada por el contexto puramente social de la salud mundial a fines del siglo XX. Ribes, (cit. en Luzoro, 1992) describe como antecedente fundamental de esta nueva área disciplinaria la intersección de la metodología del análisis experimental de la conducta con los problemas de la investigación biomédica y sus aplicaciones... "en años recientes y como consecuencia de la influencia recíproca de las ciencias biológicas y de la conducta, se ha configurado una nueva área interdisciplinaria denominada medicina conductual, la cual abarca, no solamente aspectos vinculados a la aplicación de técnicas dirigidas al campo de la salud, sino también a la investigación experimental de problemas biomédicos desde la perspectiva que ofrece el análisis experimental de la conducta" (Luzoro, 1992 p. 2)

Ahora bien, considerando a la psicología como medicina conductual, como disciplina y como profesión que debía insertarse en el sector sanitario no cristalizaría hasta mediados de los años setenta con la aparición de la medicina del comportamiento y la psicología de la salud (León, 2004). En la década de los años 70s las principales aportaciones a la medicina comportamental se hicieron desde el área del análisis experimental del comportamiento.

Fueron muy relevantes las aplicaciones clínicas del biofeedback<sup>1</sup> así como los intentos de extender los principios esenciales del condicionamiento clásico y del condicionamiento operante al tratamiento de múltiples disfunciones. Dos revistas clásicas en medicina comportamental, el *Journal of Behavioral Medicine* y *Biofeedback and Self-Regulation* abundan en la publicación de investigaciones sobre modificación de aspectos comportamentales de la hipertensión arterial, dolor crónico, asma infantil, desórdenes cardiovasculares, rehabilitación neuromuscular, y cáncer. No obstante, la medicina comportamental se limitó casi exclusivamente a la práctica clínica derivada de las aplicaciones de los principios esenciales del condicionamiento clásico y del condicionamiento operante, lo cual resultó limitado; la psicología tiene más que aportar al ámbito de la salud, adicionalmente a los procesos básicos de aprendizaje (Stone, 1988).

Es así como surge el campo de la Psicología de la Salud, con un horizonte de estudio y de aplicación más amplio que el de la medicina comportamental y suele atribuírsele a Joseph Matarazzo (cit. en Flórez, 2006, p 2), el uso original del término en 1982, definiendo a la psicología de la salud como el "*conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina psicológica con la promoción y mantenimiento de la salud; prevención, tratamiento, identificación y diagnóstico de las enfermedades, así como el análisis y mejora del sistema sanitario y la formación de las políticas sanitarias*".

No obstante, ya otros autores habían empleado con anterioridad éste concepto; incluso, a inicios de la década de los años 70s ya existía una sociedad de Psicología de la Salud en Cuba. Tal como lo señala la junta directiva de la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud (ALAPSA), "*para ser fieles con la historia, La psicología de la Salud nació en Latinoamérica a finales de los años 1960, con la ocupación de posiciones de niveles de política central en el ministerio de Salud Pública de Cuba, y el desarrollo peculiar de servicios de psicología en una extensa red institucional* (Flórez, 2006, p.10). En 1974, cuando Stone proponía el término '*Health Psychology*' para crear un nuevo curriculum en la Universidad de California, ya estaba creada la Sociedad Cubana de Psicología de la Salud, la cual reforzó la identidad profesional del psicólogo en este campo" (Flórez, 2006, p 10).

1. Permiten que un sujeto, mediante instrumentos electrónicos que generan señales auditivas o visuales, tenga consciencia de cambios fisiológicos y biológicos que normalmente no son conscientes (ritmo cardíaco, presión arterial, conductancia de la piel, velocidad del pulso) mandando estos datos a la persona en tiempo real, con la finalidad de elevar su consciencia actual de dichos estados para facilitar la relajación y autocontrolarse (MosBy, 2003, p 193).

Como se puede ver la Psicología de la Salud poco a poco se fue abriendo camino realizando diversos estudios los cuales comprobaron que el individuo no solo era biológico sino que también psicológico; como ejemplo se pueden tomar los trabajos de Cannon, Selye y Brady (cit. Luzoro, 1992) los cuales se realizaron sobre el estrés y la reacción que se presenta como síndrome o enfermedad la cual es producida cuando un sujeto está sometido a estrés bastante tiempo. Dichos trabajos son demostraciones fundamentales de que la respuesta fisiológica varía significativamente en función de factores estrictamente psicológicos.

De esta forma se puede ver cómo entre la Psicología y la Medicina se ha producido una fusión que incluye todos los aspectos de la asistencia sanitaria, incluyendo la aparición de la enfermedad, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. La salud y el bienestar son términos que ahora compiten directamente con la enfermedad y el malestar en la atención médica. Esto refleja un cambio importante en la dirección del enfoque social hacia los aspectos relacionados con la salud. Es por esto que la organización mundial de la salud (OMS, 1964) ha definido salud “como un estado de bienestar completo, físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia” (Donald, 1999, p. 15).

Con la definición de la OMS se busca la atención integral del individuo, aspecto muy importante, debido a que tradicionalmente el proceso salud-enfermedad ha sido estudiado por diferentes disciplinas con diversos enfoques y perspectivas; la Medicina lo estudia desde la perspectiva biológica, la Psicología dedicada a estudiar el comportamiento de los individuos y por último, la Sociología enfocada a las condiciones socioeconómicas de la población. Cada una de estas áreas ha abordado el estudio de la salud bajo su propia perspectiva dejando, por lo regular, a un lado las posibles interrelaciones con las otras disciplinas, sin tomar en cuenta que un manejo integral considera al individuo como un ser biopsicosocial.

Es de esta forma que la salud deja de ser, simplemente patología, para ser definida en forma más completa, como la armonía y el bienestar de las personas en sus aspectos biológicos, cognoscitivos, afectivos y conductuales, abarcando los ámbitos más extensos como la familiar y la sociedad (Amigo, 1998).

Propiamente, estas razones sirvieron de justificación para el principio emergente, de la psicología de la salud, ya que nace como una respuesta al reto que supone una crisis

profunda de los servicios de salud, que pone de manifiesto el agotamiento del modelo biomédico y la necesidad de una nueva concepción de la salud más acorde con los datos epidemiológicos y los avances en las ciencias sociales y del comportamiento, según los cuales, el estilo de vida prevalente en un contexto sociocultural determinado juega un papel fundamental en la relación salud-enfermedad (León, 2004).

Por ésta razón la psicología de la salud estudia primordialmente el comportamiento en su significado más amplio de la persona sana o enferma, centrándose en un posicionamiento de salud positiva, es decir, desde la promoción de comportamientos de salud y de conductas protectoras de control de riesgo. El modelo psicológico de la salud estudia la actividad individual humana en todas las etapas de su vida, con el objetivo de realizar un análisis entre sus prácticas individuales y su estado de salud (Morales, 1997).

Es por esto que la psicología de la salud, intervienen en las siguientes áreas:

- Promoción de un estilo de vida saludable.
- Prevención de las enfermedades: modificación de hábitos insanos asociados a enfermedades (por ejemplo, el tabaco).
- Tratamiento de enfermedades específicas, (por ejemplo, el asma infantil). Ya que en este caso los psicólogos trabajan junto a otros especialistas de la salud combinando los tratamientos médicos habituales junto con los tratamientos psicológicos.
- Evaluación y mejora del sistema sanitario.

Clasificar la conducta en función de sus efectos sobre la salud; ha permitido distinguir conductas que contribuyen a enfermar y las que protegen de la enfermedad. Las conductas que contribuyen a enfermar, son también conocidas como conductas patógenas o de riesgo para la salud, siguiendo a Bischoff (cit. en León, 2004) éstas son:

#### Actividad

- No hacer ejercicio físico.
- Realizar esfuerzos físicos bruscos.
- Agotarse físicamente.

### Alimentación

- ✘ Abusar de alimentos dulces, salados o grasos.
- ✘ Comer en exceso.
- ✘ Picar entre comidas.
- ✘ No seguir una dieta equilibrada.
- ✘ Comer demasiado rápido.
- ✘ No vigilar el peso.
- ✘ Saltarse comidas arbitrariamente.

### Amigos y entorno social

- ✘ No disponer de tiempo para relacionarse.
- ✘ Romper la comunicación con vecinos y conocidos.
- ✘ Desinterés por actividades recreativas.

### Descanso

- ✘ Trasnchar.
- ✘ Dormir pocas horas.
- ✘ Dormir en exceso.

### Drogas

- ✘ Fumar.
- ✘ Beber alcohol.

### Pareja y familia

- ✘ Falta de comunicación.
- ✘ Discusiones frecuentes.
- ✘ Aficiones de tiempo libre incompatibles.
- ✘ No afrontar los problemas cotidianos.

### Higiene personal

- ✘ No cepillarse los dientes después de las comidas.
- ✘ No ducharse o lavarse diariamente.

- ✱ Descuidar higiene de cabello, pies, ojos, etc.
- ✱ No lavar las manos antes de comer.
- ✱ Descuidar la limpieza de la ropa.

#### Relaciones sexuales

- ✱ Insatisfacción sexual.
- ✱ Mala planificación de las relaciones sexuales.
- ✱ Inestabilidad: falta de seguridad o higiene.
- ✱ Promiscuidad sexual.

#### Trabajo

- ✱ Malas relaciones con compañeros, jefes, etc.
- ✱ Insatisfacción con el tipo de trabajo.
- ✱ Participar en conflictos laborales.

#### Otros comportamientos de riesgo.

- ✱ Conducción temeraria.
- ✱ Falta de medidas de seguridad en el trabajo.
- ✱ Comportamientos de riesgo doméstico.

Mientras que las conductas de salud son conductas que adoptan las personas para mejorar o conservar la salud, tales como (León, 2004):

- ✱ Dormir siete a ocho horas cada noche.
- ✱ Desayunar todos los días.
- ✱ Hacer tres comidas al día sin picar comidas.
- ✱ Mantener el peso corporal dentro de los límites normales.
- ✱ Practicar de forma metódica y sistemática ejercicio físico.
- ✱ No beber alcohol y, si se bebe, hacerlo de forma moderada.
- ✱ No fumar.
- ✱ Búsqueda de atención sanitaria.
- ✱ Adherencia a los regímenes y tratamientos médicos.

## ➤ Comportamientos de seguridad y de mejora del medio ambiente.

Sobre la base de esta clasificación, la conducta de salud podría definirse como “los esfuerzos por reducir las conductas patógenas y fomentar la práctica de las conductas protectoras de la salud”. Considerando que el manejo clínico de los síntomas que presenta un paciente, incluso en la actualidad, se trata sólo a nivel biológico ya que no existe la cultura de recurrir al psicólogo debido a que las medidas biológicas de la condición de un paciente, obtenidas mediante exámenes clínicos, como las basadas en la presión arterial y la analítica sanguínea son consideradas más fiables en comparación con las medidas psicológicas y conductuales como las medidas subjetivas, el comportamiento y la personalidad (Donald, 1999).

Estos aspectos no se deberían de omitir ya que con ellas se presenta su constitución, temperamento, carácter, actitudes, aptitudes y rasgos de cada individuo lo que hace que sea auténtico y que defienda su personalidad (Larsen, 2005). Para conocer la personalidad de cada individuo, existen diversas evaluaciones psicológicas unas de ellas son:

- tests de personalidad que se basa generalmente en cuestionarios de preguntas cerradas sobre hábitos personales, creencias, actitudes y fantasías.
- pruebas psicométricas o bien en técnicas proyectivas, en las que el individuo responde libremente ante estímulos no estructurados o ambiguos, a través de las cuales reflejará los aspectos más profundos y menos controlados de su personalidad (Brody, 2000).

Dichas pruebas dan resultados sobre la personalidad humana en la que se integra la dinámica de todos los elementos descritos en una persona. Así como factores de sociabilidad, afectividad, sensibilidad, control emocional, auto seguridad, iniciativa, capacidad de observación, imaginación y constancia (Larsen 2005), con la finalidad de encontrar el dinamismo y el estado emocional del individuo, para descartar o identificar algún trastorno de la personalidad, los cuales han sido descritos como patrones estables e inflexibles de experiencias internas y conductas desadaptativas, que se asocian de forma significativa a múltiples dificultades para responder adecuadamente a las demandas del entorno.



Las características más destacadas de los trastornos de personalidad son; su inicio a temprana edad (adolescencia o principio de la edad adulta), estabilidad y cronicidad de sus manifestaciones, y afectación de todos los ámbitos de la vida del sujeto (personal, familiar, social, académico y laboral). Es por esto que las personas con un trastorno de personalidad son tan rígidas que no pueden adaptarse a la realidad, lo cual debilita su capacidad operacional (Grau, 2000).

Aunque no todos los trastornos de personalidad llevan a conductas de inadaptación social, hay una frecuencia de que las perturbaciones emocionales dan como consecuencia un desajuste, tales como (Brody, 2000):

- ✦ Un alto riesgo de tener conductas que pueden traerles enfermedades físicas como la conducta autodestructiva.
- ✦ Son propensas a caer en procesos psiquiátricos como resultado del estrés.
- ✦ Tienen menos probabilidades de la habitual de que respondan a la medicación.
- ✦ A menudo tienen una relación escasa con sus médicos por que renuncian a responsabilizarse de su conducta.

En la actualidad el origen de los trastornos de la personalidad continúa siendo desconocido. No obstante, existe gran aceptación a la hora de afirmar que la personalidad se desarrolla a partir de la interacción de un conjunto de disposiciones hereditarias y de influencias ambientales (Grau, 2000). Es necesario realizar más investigaciones para aclarar los factores psicológicos y biológicos que causa el trastorno de la personalidad pues ésta situación ha creado grandes desacuerdos que se encuentran entre la subjetividad y el carácter social del hombre (González, 1993).

Por esta razón, el psicólogo debe trabajar para rescatar la personalidad considerándola como una representación de la subjetividad humana, debido a que es la expresión sintetizada de lo social en la historia del individuo humano, la cual se debe conocer, valorar y respetar hasta en el ámbito hospitalario, para que el sujeto conserve su autenticidad e identidad y no se vea afectado por ser clasificado y sentirse como “el paciente de la cama x” en el servicio hospitalario que se encuentre.

## **1.2 Psicología Hospitalaria**

Hay que destacar que no es nueva la integración de la Psicología en las instituciones de salud, como son los hospitales, ya que los psicólogos han estado presentes en ellos desde hace más de 50 años, pero durante la mayor parte de ese tiempo su actividad estuvo vinculada casi exclusivamente a los servicios de psiquiatría. Resultado de la ausencia del reconocimiento de la Psicología como ciencia, ya que era atribuida como una rama de la Psiquiatría, pero fue durante el surgimiento de la Medicina Psicosomática que se le permitió desplazarse hacia los servicios hospitalarios (Medicina Interna, Gastroenterología, Dermatología y Ginecología), especialmente aquellos en los que se atendían padecimientos con atención privilegiada de ésta tendencia (Morales, 1997).

Freud (cit. Oblitas, 2004) elaboró la primera formulación teórica sobre la alteración psicossomática dando a conocer la teoría psicoanalítica en donde sostiene que los factores estresantes a nivel emocional no pueden ser comprendidos ni manifestados por lo que buscan alternativas de ayuda para poder expresarse. El psicoanálisis jugó un papel importante ya que examinó, analizó y observó diversas situaciones, para darle una respuesta a las afecciones que no tenían lugar dentro del modelo médico tradicional logrando el reconocimiento de los factores psicológicos en la enfermedad y elaborando un enfoque psicobiológico más integrado y permitiéndole al psicólogo insertarse en los hospitales.

A partir de la década de los años 70 la psicología ha ampliado su actividad en los hospitales sobre los siguientes hechos:

1. El aumento del reconocimiento del papel de las variables psicológicas en la evolución de las personas que tienen padecimientos crónicos degenerativos.
2. El surgimiento de los servicios de cuidados intensivos, los que han incorporado a la dinámica de los hospitales nuevas formas de atención de los enfermos graves y de relaciones y comunicación con los familiares de los donantes.
3. El aumento del interés por recursos no farmacológicos o físicos para el tratamiento del dolor.
4. Se ha mostrado un mayor interés por el trabajo en equipo; y por parte de los profesionales de la salud por obtener y aplicar conocimientos psicológicos.

5. Un mayor interés de los propios psicólogos por actuar en un ámbito más amplio.
6. Paralelamente, ha aumentado el reconocimiento que los dirigentes de los hospitales y los jefes de servicios han hecho a la Psicología una actividad profesional (León, 2004).

Estas actividades son el resultado de todo el esfuerzo que ha hecho la Psicología para lograr integrarse al campo clínico, así como el lograr un trabajo en equipo; mientras los médicos se dedican a cuidar del cuerpo, los psicólogos se enfocan en la subjetividad del paciente para ocuparse de las necesidades emocionales, del control de su comportamiento y del componente psicológico de los padecimientos, pues una enfermedad no es la suma de diferentes componentes ya que es un estado que puede ser reconocido por la propia persona, sus familiares o por el médico, respetando de esta forma el modelo psicobiológico (Uzorskis, 2002).

Acorde a la experiencia que se obtuvo en el Hospital General Tacuba del ISSSTE, y a la importancia del modelo psicobiológico en la cultura de la salud, la función de un psicólogo en el hospital es brindar apoyo emocional y psicológico a los pacientes y familiares que así lo requieran. Pero ¿qué sucede cuando los pacientes no acuden al psicólogo, sino que el psicólogo es el que ofrece sus servicios al paciente?, esta incógnita surgió debido a que en los hospitales no existe la cultura, por parte de los pacientes, de solicitar un psicólogo como apoyo para su subjetividad. Es por esto que se da un giro, subjetivando al paciente, llevándolo más allá de la enfermedad que lo aqueja, devolviéndole su libertad de expresión, con la cual podrán exigir respeto y valoración a sus emociones y sentimientos ya que son de gran importancia para el mejoramiento o deterioro de cualquier enfermedad. Vale aclarar, que no hay una receta para lograrlo, que esto puede darse o no, y que si se da, valga la redundancia, se va dando y como lo dice Séneca, “Fácil se nos hace la cura, por grave que sea la enfermedad, si se siente provecho en ella” (Tiberi, 1987).

Hay que destacar que el papel de la enfermera es importante ya que es la que tiene mayor relación con los pacientes, es la proveedora de cuidados, administradora de tratamientos, compañera y en gran medida confidente que intentará proporcionar, tranquilidad, comprensión y escucha atentamente las inquietudes y emociones del enfermo y de sus

familiares sobre el problema de salud y de aquellas problemáticas que están alrededor de ella. Es por esto que en la mayoría de los casos se puede encontrar con que sean las enfermeras las que propongan la necesidad de atender a determinados pacientes. De esta forma se puede observar el encuentro del psicólogo con el personal de enfermería como los que escuchan la subjetividad, el sufrimiento, esa especie de desecho del discurso médico (Morales, 1997). Por eso es elemental que los psicólogos, estén integrados al trabajo directo en los servicios médicos de las diferentes especialidades del hospital y dentro de su equipo ya que el trabajar a la par proporciona mejores resultados (Durán, 1998).

### **1.3 ¿Y para que un psicólogo en el hospital?**

Platón decía:

*“Así como no se debería intentar curar los ojos sin la cabeza, o la cabeza sin el cuerpo, no se debería intentar curar el cuerpo sin el alma.... La parte nunca estará bien a menos que la totalidad esté bien”* (cit. en Oblitas, 2004)

Hipócrates creía:

*“Que la salud era un estado de armonía y de equilibrio, relacionado con el respeto a leyes naturales, y que lo afectaba a la mente también afectaba el cuerpo”*  
(cit. en Oblitas, 2004)

Estos fragmentos son un ejemplo de la importancia del psicólogo en la Medicina desde la antigüedad, con todos los esfuerzos realizados las ciencias Sociales y en particular la Psicología, se han ido posesionando de un espacio que antes era sólo ocupado por la Medicina: el espacio de la salud. En esta interrelación la Psicología es una ciencia que de modo indiscutible ha ayudado, intercedido y favorecido junto a otras disciplinas de las ciencias sociales a la llamada "humanización de las ciencias médicas".

Con esta humanización el psicólogo se ha ganado un lugar en los hospitales, pero se le han atribuido un sinnúmero de funciones, las cuales no les corresponde por las que se pueden mencionar (Ferrari, 1980):

- ✚ Se les ha solicitado y adjuntado el cargo de anunciar las muertes de los pacientes, así como las amputaciones y operaciones de los pacientes.
- ✚ En la mayoría de los casos, dejan al psicólogo al final y como último recurso.
- ✚ Se les solicita para calmar alguna situación de familiares alterados o al paciente "protestón", a causa de algún error técnico o ético que alguien cometió.

Con dichos ejemplos se puede mostrar que aun no está bien especificado la función de un psicólogo en el hospital y que además que se les atribuye el "don de hablar mucho" y de convencer con cierta facilidad a los demás. Por esta razón los médicos aun se preguntan: ¿Y para qué sirven entonces Uds. los psicólogos?

Por lo cual Morales (1997) señala que el primer objetivo que tiene la existencia y participación de un servicio de Psicología en una institución de salud es garantizar la honestidad de la atención médica que el paciente recibe, al tratar y valorar no sólo su cuerpo sino su mundo subjetivo respetándolo como individuo, sus facultades, sentimientos, angustia, dolor, juicio, y temor. Debido a que por ser humano no sólo esta compuesto de órganos que se dañan y pueden reparar, sino que también está constituido de emociones, las cuales en ocasiones no son tomadas en cuenta y pueden ser las causantes de que su enfermedad orgánica mejore o empeore.

Es por esto que para que el servicio de psicología en los hospitales brinde una adecuada atención debe cumplir ciertos aspectos como son (Ferrari, 1980):

- ✚ Asistencia directa a los enfermos y a sus familiares.
- ✚ Investigación, que debe estar orientada al esclarecimiento de aspectos psicológicos tanto de los problemas de salud que se presentan con más frecuencia, como de la atención de los mismos.
- ✚ Búsqueda de información acerca de la causa, el diagnóstico, el tratamiento, el pronóstico, las posibles limitaciones para la vida futura y en relación al uso de recursos y otros servicios.
- ✚ Toma de decisiones, preparación emocional y consentimiento para la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos: cooperación con los mismos.

- Cumplimiento de indicaciones de administración de medicamentos, reposo, realización de ejercicios, medidas dietéticas, tanto durante la hospitalización como en el futuro.
- Manifestaciones psicológicas de nivel clínico: depresión, ansiedad, trastornos, alteraciones de la percepción del tiempo y del esquema corporal.
- Manejo del dolor, aplicando diversos tipos de relajación.
- Fomentar las buenas relaciones entre paciente-equipo médico, paciente-familiares, familiar-equipo médico.

La inserción del psicólogo en el hospital es un área poco explorada y es mucho más que un nuevo campo de trabajo, se podría hablar que constituye una nueva área del conocimiento, que necesita la incorporación de nuevas técnicas y de programas de salud que vayan dirigidos en un alto porcentaje a la atención de enfermos, que implique entre otras cosas evitar la aparición de algún daño con la finalidad de poder elevar realmente el nivel de salud de los individuos, de sus familias y comunidades (Durán, 1998). Con la finalidad de ir encontrando un lugar en el campo de la salud, como ciencia dándole un espacio importante de inserción y fortalecimiento de sus propuestas en el cuidado del ser humano, logrando espacios para su desarrollo, aceptación y reconocimiento de su trabajo ante las políticas de salud (Besada y cols., 1995). En este contexto, el psicólogo es un recurso humano importante en la medida en que puede promover la participación de la comunidad en el autocuidado de la salud y además, ser el enlace entre la comunidad y el equipo de salud.

Tomando en cuenta estas conjeturas y la experiencia durante la estancia en el Servicio de Pediatría del Hospital General Tacuba del ISSSTE; se resalta la importancia de lograr una buena relación con el equipo médico y por supuesto con las enfermeras ya que se esta entrando en su territorio, ellos se enfocan en el cuerpo del paciente y el psicólogo se enfoca en la psique. La favorable relación es de mucha ayuda ya que permite que el psicólogo, durante su estancia en el servicio de salud de pediatría, se integre al equipo cuando hacían las visitas médicas. El recorrido de las visitas médicas era por los médicos del servicio, los médicos residentes y los adscritos, estas se realizaban por la mañana y cama a cama, poco después de que ya habían desayunado los pacientes. En ellas se revisaba a los pacientes

verificando si el tratamiento impuesto ya había dado resultado, así como observaciones, discusiones y sugerencias que hacían los médicos con respecto al padecimiento de cada niño. Es importante que el psicólogo conozca un poco de los padecimientos clínicos, sus causas y consecuencias ya que durante estas visitas los médicos hablan en términos científicos.

Al término de éstas visitas los médicos explicaban las dudas que surgían acerca del padecimiento de cierto paciente, las cuales eran muy importantes debido a que con ellas se complementaba el análisis del paciente ya que se integraban o aclaraban algunos datos que se habían extraído del expediente médico, con la finalidad de conocer más el padecimiento que lo aquejaba e indagar las razones psicológicas que podían ser las causantes de su padecimiento. Cabe mencionar que antes de entrevistar por primera vez al paciente es conveniente recopilar información con el personal de enfermería, con los familiares y conocer su expediente; con esta información se recurre al paciente con más confianza para poder dialogar con él y con los familiares y trabajar en equipo, para poder escuchar adecuadamente lo que sucede en su subjetividad pues es un factor fundamental que decide como tomará a la enfermedad y si va a aceptar o no las indicaciones médicas (Uzorskis, 2002)

Según Uzorskis (2002) la experiencia demuestra que cuando la intervención psicológica es eficaz se modifican una serie de factores que posibilitan una mejor recuperación o tolerancia a lo que se debe aceptar como tratamiento médico inevitable y en general, difícil de soportar ya que uno de los factores que produce una gran angustia es el desconocimiento, la falta de información debido a que es un elemento que incide negativamente en el estado psíquico del paciente lo que hace que en algunas ocasiones, sea el psicólogo el que aclare sus dudas con respecto al estado físico del paciente durante su estancia en el hospital con la finalidad de darles una explicación más simple y entendible en comparación a la de los médicos pues recurren a una informar rápida, técnica y vaga, escudándose en lo científico. Es aquí cuando el psicólogo se pregunta ¿qué les sucede a los médicos cuando los pacientes hablan, se quejan, sufren, se deterioran o mueren?, de cierta forma se está consciente que el médico se ha formado para que le sea entregado el cuerpo, no la palabra y sólo considera de su paciente los signos y síntomas que puedan ser

probados. Los síntomas son producto de las enfermedades que llegan a aquejar al individuo, en ocasiones es necesaria una intervención hospitalaria ya que en el hospital se atiende a los enfermos brindándoles un diagnóstico y un tratamiento.

#### **1.4 El recinto hospitalario**

A lo largo de la historia de la humanidad han existido espacios para el restablecimiento de la salud física, por ejemplo en la antigüedad se utilizaron **los templos de los Dioses como casa de refugio para los enfermos e inválidos, y desde entonces ya se manejaban como escuelas de aprendizaje para los médicos** (Poter, 2004); poco a poco el número de hospitales se ha ido incrementando desde los más sencillos hasta los más tecnológicos, pero nunca dejando de basarse en el cuidado y bienestar del paciente, por esta razón existe la clasificación de los hospitales basándose en los servicios que brindan y su especialidad ([www.info4.juridicas.unam.mx](http://www.info4.juridicas.unam.mx)):

- **Primer nivel:** Son aquellos donde se llevan a cabo actividades de promoción y prevención, prestación de actividades del plan local de salud, consulta de medicina general, odontología general, laboratorio clínico de baja complejidad, hospitalización, atención de urgencias y de partos de baja complejidad.
- **Segundo nivel:** son aquellos donde se realiza consulta médica, hospitalización y atención de urgencias de especialidades básicas (ginecoobstetricia, pediatría, medicina interna, ortopedia y cirugía); atención de partos y cesáreas de mediana complejidad, laboratorio de mediana complejidad, atención odontológica general y especializada, consultas de nutrición, psicología, optometría y terapias de apoyo para rehabilitación funcional.
- **Tercer nivel:** Los hospitales de tercer nivel son aquellos que brindan atención médica a las actividades encaminadas a restaurar la salud y rehabilitar a usuarios referidos por los otros niveles (primer y segundo nivel), que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, a través de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas.

En el anexo 1 se presentan algunas de las unidades médicas y el nivel al que corresponden, según la clasificación que realizó el INEGI en el 2004. Tomando como eje la



sistematización y organización del tipo de instituciones de salud tanto pública como privada e identificando dentro de las primeras a las instituciones de salud y seguridad social. Está elaborada con la finalidad de codificar la información sobre el uso de servicios de salud y el tipo de unidades medicas al que corresponde de acuerdo al nivel de atención que brindan (INEGI, 2004).

En la actualidad los hospitales de primer, segundo y tercer nivel, deben cubrir una calidad sanitaria que los obliga a dar una buena asistencia en sus servicios, en el Hospital General Tacuba del ISSSTE, el cual es considerado de segundo nivel y donde se realizaron las prácticas de 7° y 8° semestre de la carrera de Psicóloga en la materia de “Psicología Social Aplicada Laboratorio Teórico VII y VIII con el programa académico” de la carrera, brinda los siguientes servicios.

- **Ginecología y Obstetricia.** Este servicio presta atención a la mujer en el terreno de la patología ginecológica, desde el punto de vista y concepción moderna de la especialidad como es la atención integral de la mujer.
- **Cirugía y Ortopedia.** Este servicio, está conformado por Cirujanos distribuidos en diferentes especialidades y las actividades del servicio son visita médica diaria, servicio en emergencia, atención en consultorio, y la realización de cirugías programadas.
- **Medicina Interna.** Se dedica a la atención integral del adulto enfermo, sobre todo a los problemas clínicos de la mayoría de los pacientes que se encuentran ingresados en un hospital.
- **Geriatria.** Es una especialidad que atiende toda persona mayor de 65 años, que tenga como problema la fragilidad propia de las enfermedades de los viejos, tales como demencia, delirio, caídas, inmovilidad, úlceras de presión, incontinencias, polifarmacia, desnutrición, multipatologías, fracturas de cadera por mencionar algunas de las patologías más comunes que se presentan a esta edad. En algunos hospitales existe un programa de capacitación a familiares de pacientes, como círculo de ayuda en los problemas principales y preparación de atención a cuidadores durante su estancia en el hospital, así como su seguimiento con la incorporación del programa de atención domiciliaria.

- **Pediatría.** Es importante mencionar que es en este servicio en el que se enfoca este estudio basándose en una de las enfermedades de los niños. En este servicio se atiende a todo niño hospitalizado, en edades que oscilan entre los 10 días y los 15 años, con el objetivo de brindarle al niño atención médica integral, oportuna, eficiente y de calidad. Con la finalidad de restablecer la salud en la medida de lo posible, limitar secuelas y otorgar consuelo. Es por esta razón que por lo general, hay juguetes, libros y televisión y probablemente haya días en el que asista gente voluntaria, a presentar obras de teatro, contar cuentos y a cantar. Todo con la finalidad de hacerles más ameno la hospitalización a los niños.

En todos estos servicios, la función del psicólogo se puede describir como el rescate de la subjetividad, como lo son sus sentimientos y emociones de cada paciente; la promoción de una vida saludable y la prevención de posteriores enfermedades. La subjetividad, así entendida, apunta a un proceso que interviene en la constitución de los sujetos, proceso que no se puede confundir con la idea de identidad. Según Foucault, (cit. Fernández, 2002); la relación consigo mismo es uno de los puntos de resistencia contra el poder y los códigos impuestos desde afuera (como la sociedad y la cultura): la lucha por una subjetividad pasa por la resistencia de vincular a cada individuo a una entidad sabida, conocida, determinada y respetada por todas las ciencias de la salud, dejando a un lado al individuo dividido en biológico por un lado y lo psicológico por otro.

## **CAPITULO 2. EL PENSAR, EL SENTIR Y EL DESARROLLO DE LOS NIÑOS**

*La infancia no va de una edad concreta a otra.*

*El niño crece y abandona los infantilismos.*

*La infancia es el reino donde nadie muere.*

*Edna St. Vicent Millar.*

### **2.1 La subjetividad en el hospital**

A lo largo de la historia de la humanidad se han impuesto derechos y obligaciones los cuales han beneficiado el desarrollo tanto físico como psicológico de las personas. Pero en el territorio médico, donde la ciencia marca rigurosamente las pautas de la causalidad en lo observable, cuantificable y verificable, se colocan en primer lugar al cuerpo, ya que el médico está sometido, en su acto a llevar a cabo todo lo que desde los procedimientos científicos esté a su alcance para restituir el estado de Salud. Y para ello sólo considerará de su paciente los signos y síntomas que pueda incluir en los carriles Médico-Científicos, y descartará todo lo demás (Uzorskis, 2002), como el sentir y el pensar del paciente, en pocas palabras hará a un lado la subjetividad.

La seriedad del sujeto tiene como objetivo considerar a la subjetividad como un orden de causalidad posible en la enfermedad médica y como un factor potencialmente decisivo que puede marcar el rumbo o definir la forma de curar un proceso patológico en el organismo ya que más allá de una enfermedad se expresan los estados de ánimo, los pensamientos y por supuesto la forma en la que cada paciente ve al mundo (Hoyos, 1998).

Los seres humanos tienen la capacidad de adjudicarse sentimientos como culpas, ira y resentimientos que pueden ser el origen de un sinnúmero de enfermedades, es por esto que se debe saber que el sentimiento de culpa se cura; hay que aprender a perdonarse, porque sólo así se puede recuperar la libertad del padecimiento que se sufre. El resentimiento es orgullo herido, falta de humildad para sobreponerse a las ofensas. Una ofensa hiere cuando uno

crea en ella, y si se cree afectada y si afecta, enferma (Louise, 1984). Así también las hinchazones del cuerpo son estados emocionales contenidos que no se han expresado y el lugar del cuerpo que se hincha indica simbólicamente su significado, por ejemplo se hincha la cara por no llorar; por no mostrar el dolor. Puede suceder que el cuerpo sea utilizado como mensajero de sufrimiento, es por esta vía del cuerpo como texto a descifrar, por la que transita Freud para descubrir el inconsciente, desde este descubrimiento Freud no cesó de remarcar la incidencia de éste sobre el cuerpo ya que es un soporte de expresión de ciertas patologías: son los “males del cuerpo”. Si se atribuye a los síntomas una significación particular procedente del cuerpo simbólico, se puede referir a estos trastornos en término de “palabras del cuerpo”, en una lengua en donde el goce se conjuga con un síntoma y éste a la vez con un sufrimiento (Alberro, 2003).

Pero, ¿qué es un síntoma?. Es una manifestación evidente de un proceso oculto; es también como lo señala Lacan “un lenguaje cuya palabra debe ser liberada”. El síntoma adquiere, entonces, valor de mensaje; está del lado simbólico y pertenece a las formaciones del inconsciente, por tal motivo lo que el enfermo somático expresa no es verbalizable, sino que es un signo, un llamado que huye cuando se le aproxima dando a entender que el expresarse a través del cuerpo es menos peligroso que con las palabras, puesto que no se arriesga nada, ni la contradicción, ni la confrontación con su propia historia y con su identidad. Definiendo a la identidad y a la subjetividad como la capacidad de tomar su cuerpo como esquema de representación (Alberro, 2003).

Si bien la subjetividad incluye una relación del sujeto consigo mismo, una flexibilidad, un pensarse y no ser exclusivamente pensando, siempre existirá un aspecto incomprensible, que tiene que ver con la constitución alienada del sujeto y el lugar que ocupan los otros en la misma, debido a que el individuo es parte de la sociedad; por esta razón lo que ocurra en ella le afecta o le beneficia (Fernández, 2003).

¿Cuál es el lugar y la ayuda que brinda el psicólogo en el hospital? Según Uzorskis (2002) la experiencia demuestra que cuando la intervención “psi” es eficaz se modifican una serie de factores que posibilitan una mejor recuperación o tolerancia a lo que se debe aceptar como tratamiento médico inevitable y en general, difícil de soportar ya que uno de los factores que produce una gran angustia es el desconocimiento, la falta de información

debido a que es un elemento que incide negativamente en el estado psíquico del paciente, así como también el no saber qué hora es, si es de día, tarde o noche, ya que en el hospital no hay un minuto de tranquilidad. Debido a esto, el sentido de la intervención “psi” ayuda a disminuir lo que sucede alrededor de la persona como reforzador negativo de su padecimiento físico; a hacer más soportable las condiciones de la internación. Y en esto se subraya la importancia de la relación médico-psicólogo-enfermera y paciente, para que de ésta manera se pueda convivir cordialmente y beneficiarse de un buen resultado.

Pero que sucede con los médicos cuando no están familiarizados con la subjetividad ¿qué les sucede a los profesionales cuando los pacientes hablan, se quejan, sufren, se deterioran o mueren?, de cierta forma se está consciente que el médico se ha formado para que le sea entregado el cuerpo, no la palabra. Un cuerpo donde podrá intervenir para curar pero ¿Qué hará con estas palabras singulares de su paciente que no pueden ser ubicadas dentro de su saber normalizado y generalizado? ó ¿Qué hace con ese cuerpo que no puede ser curado y que lo desprende de su rol de sanar?.

Debido a esto existe una importante cantidad de interconsultores “psi” que vienen trabajando desde hace años para mantener esta relación médico-psicólogo y así fortalecer la posición del psicólogo en el ámbito clínico. Por lo que resulta importante que no solo se solicite la interconsulta “psi” por medio de una hojita, sino que se debe tener un encuentro cara a cara con el médico que lo haya solicitado y en el primer contacto romper esté obstáculo y conseguir un encuentro que sea a la par, donde cada profesional pueda abordar al paciente desde su propio discurso, que no es más que un ángulo de observación. Otro aspecto elemental es el trabajo en conjunto ya que por lo general los médicos solicitan la intervención “psi” cuando no saben qué hacer debido a que el paciente no responde a los tratamientos que se le están aplicando y que se evaluaron como correctos (Uzorskis, 2002).

Desde este ángulo de observación se resalta la importancia que se respete y se construya desde la infancia la subjetividad, debido a que es la antecesora de la personalidad que se manifestará en la adolescencia y la vida adulta. Recordemos que por mucho tiempo el niño fue desprotegido, haciéndolo a un lado; poco a poco y con la aparición de los derechos del

niño se ha valorado la capacidad de éste niño de producir pensamiento, de ser creativo, participativo, apareciendo muchas veces su reclamo a través del trastorno o de enfermedades como queja cuando éste no se adapta a las reglas que ha establecido el adulto (Fernandez, 2003).

El psicoanálisis ha recorrido un largo camino clínico y teórico para representar y conceptualizar la transformación del estado de desamparo inicial del cachorro humano, el *infans*, en sujeto hablante, gradualmente capaz de autonomía, capaz de manifestarse como único y singular, un otro, y a la vez, uno entre los otros. Algunas condiciones para alcanzar la estructuración del psiquismo del niño, es el establecimiento de las relaciones que representa la búsqueda de la relación primaria con un buen objeto, el cual no es otro que la tentativa de mantener relaciones estrechas, alegres y felices con un buen estado afectivo de base, con una zona de placer, de bienestar y de sentimiento de seguridad; haciendo desaparecer el otro objeto afectivo primario, aquel que se refiere al dolor y a la infidelidad. Las cuales son el fundamento principal para sus capacidades nacientes y el funcionamiento del “entorno humano”, ya que pueden ser de ayuda en el análisis y la búsqueda del sentido de los efectos de diversos y frecuentes acontecimientos e incidentes, cruces, obstáculos, cortes, muchas veces traumáticos, que marcan un curso no lineal sino complejo, multicausal e inexplicable de la historia del niño y sus padres, y del desarrollo infantil (Rodulfo, 1986).

## **2.2 Diversas orientaciones en la atención de los niños en el servicio hospitalario de pediatría**

La importancia de la infancia no es algo nuevo y tampoco fue fácil su reconocimiento; a través de varias décadas, el niño era considerado como un adulto pequeño y fue hasta el siglo XII cuando fueron representados como ángeles en las pinturas religiosas, como la expresión más realista y sentimental de la infancia, en la segunda mitad del siglo XII aparece Jesús en pie (religiosamente), con una camisa fina, casi transparente, que con ambos brazos estrecha a su madre, mejilla con mejilla: con la maternidad de la Virgen, la pequeña infancia entra en el mundo de las representaciones (Aries, 1987).

Durante este siglo se comienza a mostrar la ternura en la infancia, sin embargo, existe un sentimiento que contrapone dicha ternura con la crueldad con la que se educaba a los niños (De Mause, 1982) ya que su educación era basada en golpes con la finalidad de crear hombres fuertes. El infanticidio que se presentó en la antigüedad también fue una gran dificultad ya que golpeaban hasta llegar a matar a los niños con la finalidad de deshacerse de ellos si nacían con malformaciones o si no eran deseados para ofrecerlos como sacrificios religiosos (Shaffer, 2007).

Aun con el infanticidio prohibido los niños seguían recibiendo un trato duro, por ejemplo los bebés eran bañados en agua fría para endurecerlos y cuando cumplían alrededor de los siete años, eran retirados de sus hogares para ser albergados en barracas públicas, donde a menudo eran golpeados y obligados a pasar hambre para ser disciplinados y convertirse en guerreros hábiles (Shaffer, 2007). Del siglo XVII al siglo XVIII, se mostró un interés por el cuidado y mejoramiento de la afectividad con la infancia ya que la muerte infantil por cuestiones de salud (que durante mucho tiempo fue provocada y aceptada) llegó a ser intolerable debido a la poca población de niños que llegaban a edad adulta con buena salud (Remplein, 1980).

Por esta razón surgió la Pediatría, la cual era considerada fuera del ámbito de la Medicina debido al poco o ningún interés que se le daba a los niños. La Pediatría, como en la actualidad, se dedicó al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de los niños con la finalidad de disminuir la mortalidad infantil. La falta de sentimientos humanitarios por los niños en la civilización ha ido disminuyendo progresivamente sólo al aumentar el cuidado de sus derechos, diferenciándolos frente a la de los adultos (Rudolp, 1985). Por esta razón la Organización de las Naciones Unidas la cual fue fundada el 24 de octubre de 1945 por 51 países al finalizar la Segunda Guerra Mundial, aprobó en 1989, la Convención de los Derechos del Niño (Pilotti, 2001), figurando:

- El derecho a la vida.
- El derecho a poseer nombre y nacionalidad.
- El derecho a vivir con plenitud, libres de hambre, miseria, abandono y malos tratos.

- El derecho a un ambiente seguro.
- El derecho a la educación.
- El derecho a tiempo de ocio.
- El derecho a asistencia sanitaria.
- La posibilidad de participar, a su nivel, en la vida social, económica cultural y política de su país.

Con dichos derechos y con la fundación de la Organización Mundial de la Salud, con el objetivo de colaborar en el desarrollo de servicios sanitarios para la infancia, eliminación y control de enfermedades se puede reconocer la preocupación e importancia por la salud infantil (Rudolph, 1985). Ya que medio siglo antes de que la psicología se introdujera al ámbito hospitalario los psiquiatras no conocían a los niños y los pediatras no conocían a la psiquiatría y la psicología aún no se reconocía en el ámbito hospitalario; la salud infantil era incompleta.

Poco después comenzaron a producirse las manifestaciones accidentales de interés por la conducta defectuosa, por así decirlo, de la infancia. La adopción de los principios psicodinámicos, las etapas del desarrollo ( nacimiento, infancia y adolescencia), así como la defensa de la subjetividad, y el establecimiento de las clínicas de orientación infantil, condujeron definitivamente a los niños al campo de la psiquiatría como objeto de curiosidad investigadora y planificación terapéutica. Gradualmente fueron descubriendo valores como lo dice Rousseau (cit. Rempelin, 1980) “La naturaleza quiere que los niños sean niños antes que hombres. Si nosotros pretendemos alterar ese orden, produciremos frutos precoces, que no tendrían ni saber, ni madurez y se corromperían fácilmente... La infancia tiene modos de ver, de pensar y de sentir que le son propios; nada es menos sensato que el quererlos sustituir con los nuestros; yo preferiría exigir que un niño tuviese cinco pies de alto que juicio a los diez años...”. Y así fue como se fueron interesando en los niños, o más bien en el resultado que se podía obtener entre psicólogos, psiquiatras y pediatras (Ajuriaguerra, 1977).



Una vez que se inició con el trabajo en equipo de psicólogos, pediatras y psiquiatras, se realizó una aportación de cada profesión, para que de esta forma se pudiera realizar un mejor trabajo y una mejor atención. Por esta razón se plantearon los siguientes aspectos:

- ✦ Estudiar y tratar los diversos problemas psicopatológicos que se presentan en los hospitales de niños, en los consultorios externos de los pediatras.
- ✦ Demostrar a los pediatras los principios y métodos del examen y el tratamiento psiquiátricos.
- ✦ Enseñar a los pediatras a considerar a sus pacientes como personas y no como simples colecciones estereotipadas de órganos.
- ✦ Enseñar a los pediatras a atender los trastornos corrientes de la personalidad de los niños, que habitualmente no enviaban a los psiquiatras, ni deberían hacerlo estando adecuadamente adiestrados.
- ✦ Comunicar a los pediatras el tipo de conocimiento sobre subjetividad que les permitiere establecer relaciones interpersonales inteligentes con los niños y sus familias, en los casos que no presentaran problemas psiquiátricos.
- ✦ Informar a los pediatras sobre los servicios públicos que puede ser empleados en los planes terapéuticos trazados para muchos de los niños que presentan problemas de personalidad.
- ✦ Estudiar los tipos de problemas psicopatológicos que no se llevan directamente a los psiquiatras y no se ven corrientemente en las clínicas de orientación infantil, como las reacciones contra los males físicos, los trastornos infantiles de la conducta y los problemas psicosomáticos (Kanner, s/a).

Por dicha razón es importante que tanto en el hospital como en la práctica externa, sea la historia de la persona-paciente en su complejidad la que establezca una relación acorde entre pediatras, psicólogos y psiquiatras a partir de la resistencia que el cuerpo coloca ante una curación lineal exclusivamente médica, de este modo su enfermedad da lugar a la intervención: la pediátrica en alusión lo físico, la psicológica que se enfoca en la subjetividad, y la psiquiátrica, descubriéndose nuevos aspectos del cuerpo, donde se equilibra la realidad de la enfermedad orgánica y la realidad psicológica construyendo una historia de demanda.

La práctica muestra permanentemente que hay que procurar aprender del enfermo “algo” que no se conoce y que él mismo no sabe que le está afectando, algo que concierne al cuerpo de forma de traumatismo o trastorno como un signo de violencia hacia el cuerpo, que lucha por expresar algo que le está afectando en lo emocional y que no lo puede expresar de otra manera (Kanner, s/a). Esta forma de lenguaje corporal es muy frecuente en los niños por esta razón se le permite al psicólogo trabajar con los pediatras, siempre y cuando no interfiera en sus decisiones, porque una vez planteada la indicación por parte del pediatra para un enfermo, le corresponde al psicólogo hacer contacto con las familias y organizar su trabajo en equipo; pediatra, psicólogo, padres, paciente.

Aunque cada profesión tiene su campo de conocimiento, es importante conocer un poco de cada función, por ejemplo existe lo que se llama la inteligencia psiquiátrica, que puede ser adquirida por casi todos los médicos. El médico que tiene inteligencia psiquiátrica conoce, en primer lugar, a las personas de la comunidad que desarrollan actividades eficaces, y sabe, en segundo término, que los niños poseen no sólo cuerpo sino también, pensamientos, sentimientos valores y cultura, las cuales en muchos de los caso son los causantes de los disturbios psíquicos (Stuart, 1976).

Cuando se producen perturbaciones que ponen al niño en apuros, el consejero indiscutible es el médico capacitado y relacionado con los psicólogos, ya que la mala voluntad y la competencia, pueden producir deterioros y graves consecuencias. Por esta razón no se trata de dividir el trabajo sino de compartirlo, ya que el mejoramiento no lo hace un neurólogo, psiquiatra, psicólogo, pediatra o asistente social, sino un trabajo en conjunto que permita adquirir buenos conocimientos y habilidades, todos con la finalidad de brindar una atención de las psicopatologías que presenten los infantes durante su desarrollo hacia la adolescencia.

### **2.3 Desarrollo infantil**

Es importante hablar acerca del desarrollo del niño a la adolescencia, ya que ayuda para conocer sus períodos de crecimiento tanto físico como psicológico. Las teorías planteadas por Piaget se basan en la forma con la que el niño puede aprender, por ejemplo el juego, al igual que divide a los niños por etapas según su edad y su desarrollo, ya que en cada una va

realizando diferentes tipos de descubrimientos, los cuales le van proporcionando experiencias nuevas (Piaget, 1984).

Piaget es uno de los investigadores del desarrollo infantil que ha realizado estudios acerca del pensamiento, particularmente en el cambio de estrategia y de lógica por parte del niño. Señalando que los niños poseen diferentes calidades de pensamiento y tienen diferentes maneras de resolver sus problemas según su edad, Existen las hipótesis teóricas básicas que planteó Piaget, estas no han cambiado y que se siguen utilizando en los experimentos realizados con niños (Piaget, 1984). Estas hipótesis son 5:

- 1.- El niño nace con ciertas estrategias para interactuar con el ambiente.
- 2.- Las estrategias son primitivas, pues son el punto inicial para el desarrollo.
- 3.- Así como se va desarrollando el niño, las estrategias básicas se vuelven menos automáticas o reflejas.
- 4.- Lo que va descubriendo el niño ocurre en una secuencia fija y se van desarrollando lentamente.
- 5.- El medio en el que se desarrolla el niño, afecta el ritmo con que se van desarrollando las secuencias.

El énfasis de la teoría de Piaget sobre el desarrollo cognoscitivo se pone en el avance gradual a través de secuencia fijas de habilidades y descubrimientos, por esta razón el desarrollo del niño se puede dividir en cinco etapas según su edad:

1. **Recién nacido de 1 día a 3 años:** en esta etapa, el niño sonríe, inicia a vocalizar, puede controlar su cabeza así como sus manos, gira sobre sí mismo, se sienta poco tiempo, gatea, se levanta solo hasta que puede caminar con ayuda y finalmente solo.

2. **Preescolar 4 a 5 años:** el niño avanza en un proceso intelectual, va entendiendo mejor el tiempo, el espacio, la cantidad y coordina mejor sus movimientos. En esta etapa investiga el ambiente que le rodea, también inicia con la socialización, lo cognoscitivo, afectivo y moral. Las actividades típicas del niño de estas edades son las imitaciones, el juego y el dibujo.
3. **El niño en la edad escolar de 6 a 8 años:** durante esta etapa los niños aceptan ser castigados y gratificados ya que tienen un claro sentido de lo que está bien y mal. Se despierta un nivel de curiosidad muy alto por todo lo que le rodea e inicia hacer preguntas por lo que hay que darles una información correcta y sencilla que les deje satisfecho.
4. **La preadolescencia 9 a 11 años:** El niño de esta edad, que se siente seguro, comprendido y aceptado, es capaz de hacer muchas tareas y tiene muchos momentos de satisfacción que le ayudan a superar las situaciones difíciles desarrollando una agradable relación con los adultos y compañeros. Así como es sensible a las críticas y discusiones.
5. **La adolescencia:** abarca entre los 12 y los 14 años, en esta etapa surgen muchos cambios físicos y psicológicos ya que es la transición de la niñez a la vida adulta, el periodo durante el cual el niño alcanza la madurez sexual. (Lefrancois, 2001).

Existen dos periodos antes de la adolescencia, como es la pubescencia y pubertad. La pubescencia se refiere al periodo de alrededor de dos años que precede a la pubertad, y a los cambios físicos que toman lugar durante este período. Su comienzo está marcado por brote en el crecimiento físico y continua con el cambio en las proporciones del cuerpo, la maduración de las características primarias y secundarias del sexo, y un acopio de otros cambios físicos (Stone y Church, 1967); y la pubertad es el punto de desarrollo en el que los cambios fisiológicos de la pubescencia llegan a un máximo, marcado por señales de madurez sexual: en las niñas por la menarca, las primeras menstruaciones, y los varones por un número de signos, siendo el más seguro la presencia de espermatozoides vivos en la orina pero no sólo en el sistema reproductor y en las características sexuales secundarias del

individuo, sino también en el funcionamiento de los órganos, el estirón, puede comenzar a una edad tan temprana como la de 10 años o tan tardía como la de 16 años (Coleman, 1985).

Finalmente la adolescencia que marca el periodo de crecimiento acelerado, o el llamado estirón, que separa a la niñez de la juventud. Según las circunstancias de ambiente y herencia ésta se puede adelantar, retrasar, durar más o menos (Mira y López, 1979). El termino deriva del latín *pubertas*, que significa el comienzo de la edad adulta y, habitualmente, se considera que comienza, en las mujeres, cuando se inicia la menstruación y en los varones, cuando comienza a brotar el vello púbico. El período del estirón anuncia la inevitable maduración sexual, la velocidad de ganar kilogramos se incrementa, los cambios rápidos de estatura y peso característicos de la pubescencia comienzan antes de los 12 años terminando a los 18 años (Lefrancois, 2001).

Y finalmente la adolescencia, es el periodo que comienza con el brote de crecimiento de la pubescencia y termina, se puede decir, con la completa madurez social. En este periodo se presentan continuos cambios, y por eso es importante hacer distinción entre temprana y tardía. La adolescencia temprana se extiende desde el comienzo del brote de la pubescencia hasta alrededor de un año después de la pubertad, cuando la nueva organización biológica del individuo se ha estabilizado bastante bien. La adolescencia tardía, por supuesto, es el resto del periodo hasta la edad adulta (Stone y Church, 1967).

El enfoque psicoanalítico de la adolescencia adopta, como punto de partida, el brote de las pulsiones que se dice tiene lugar como resultado la pubertad. Se afirma que este aumento de la vida pulsional altera el equilibrio psíquico alcanzado a finales de la infancia, ocasionando una conmoción emocional interna y dando lugar a una vulnerabilidad de la personalidad muy incrementada.

Baittle y Offer (cit. en Coleman, 1985) ilustran bien la importancia de la inconformidad y sus estrechos lazos con la ambivalencia ya que cuando el adolescente se rebela, expresa con frecuencia sus intenciones de un modo que se asemeja a la negación. Define lo que hace como aquello que sus padres no quieren que haga. En tales periodos es evidente que las

decisiones que adopta el adolescente están basadas, en realidad, en la negación de los anhelos de sus padres, más que en sus propios deseos positivos. El adolescente está en conflicto basado en los deseos de emancipación, y el comportamiento rebelde constituye una formación de compromiso que fundamenta sus esfuerzos por renunciar al objeto parental y al mismo tiempo gratifica sus anhelos de dependencia.

La teoría sociológica de la adolescencia está caracterizada por una preocupación y un interés por los papeles y el cambio de éstos y por el proceso de socialización. Poca duda cabe acerca de que la adolescencia, desde este punto de vista, es considerada sujeta a sobrecarga y tensiones, no tanto debido a inestabilidad emocional interna, sino como resultado de presiones conflictivas procedentes del exterior (Coleman, 1985).

El tema central de la adolescencia es el hallazgo de sí mismo. El adolescente debe aprender a conocer un concepto puramente nuevo y sus potencialidades para los sentimientos y la conducta y ajustarlo dentro de su propia imagen (Stone y Church, 1967). Con la finalidad de evitar algún problema psicológico y/o psiquiátrico los cuales habitualmente no son detectados en los adolescentes ya que para ocultarlos y para protegerse del dolor recurren a malestares somáticos los cuales pueden llegar a ser graves y a ser manejados por psiquiatras para que se lleve un control de dicha complicación.

#### **2.4. La psiquiatría en el servicio hospitalario de pediatría**

La historia de la psiquiatría se centra en el siglo XIX ya que es donde se comienzan los avances en el conocimiento de la enfermedad mental, pero por falta de herramientas para demostrar las causas de los trastornos psiquiátricos surgen varias escuelas, fundadas en hipótesis o supuestos más teóricos que empíricos; es por esta razón que los enfermos “mentales” pasan a ser patrimonio y problema de la medicina; para la investigación la definición de las formas de la locura o enfermedades “mentales” (Alvares, 1983).

Kraepelin psiquiatra alemán que la segunda mitad del siglo XIX fue considerado como el fundador de la psiquiatría científica moderna, la psicofarmacología y la genética psiquiátrica y Freud tuvieron casi la misma influencia en el diagnóstico de las enfermedades menos graves (neuróticas). Parte de las diferencias de sus respectivos

planteamientos provenían de las prácticas. Freud tenía poca preparación psiquiátrica y era neurólogo centrandó su práctica en los síntomas de pacientes ambulatorios relativamente sanos, mientras que Kraepelin era un psiquiatra que trabajaba en el ámbito psiquiátrico hospitalario con sujetos gravemente alterados (Morrison, 2008). Retomando y basándonos sólo en la psiquiatría; Kraepelin dijo que las enfermedades psiquiátricas son causadas principalmente por desórdenes biológicos y genéticos. Sus teorías dominaron el campo de la psiquiatría a principios del siglo XX. Para Kraepelin la entidad clínica o enfermedad psiquiátrica es un conjunto evolutivo que alcanza su máxima claridad en la fase terminal. El saber clínico consiste entonces en identificar a la enfermedad antes de su desarrollo y poder fundar un pronóstico y posteriormente un diagnóstico. En la psiquiatría no hay conocimiento de las causas, sólo descripciones y mención de las características constitucionales e influencias hereditarias cuando no se trata de encefalopatías (Braunstein, 1984).

Pero ¿de dónde podía Kraepelin extraer los caracteres que le permitiesen pasar del individuo a la especie en el marco de la clasificación psiquiátrica? Y es ahí donde estaba la psicología, empeñada en distinguir y estudiar las funciones elementales de la subjetividad. A ella se dirigieron los psiquiatras alemanes y de ella se deriva la actual semiología psiquiátrica que tiende a ubicar a cada individuo dentro, si lo requieren, de una clasificación (Álvarez, 1983).

Los problemas que motivan la demanda psiquiátrica, esos que se clasifican como “trastornos mentales”, son incluidos dentro de esa representación ideológica, compartida por el público y por la mayoría de los medios, de lo que es la medicina. Pero, justamente, esa medicina fiscalista es incapaz de dar cuenta de ellos. La física, la química y la biología juntas, no pueden explicar lo que lleva a un individuo a sentirse desdichado o fracasado. Por esto la estructura social insiste en proporcionarle al psiquiatra esos problemas por lo que debe transformarse o más bien dicho esforzarse para poder cumplir con la demanda. De repente todo se esclarece cuando la clasificación de los “trastornos mentales” realizada por la OMS incluye una categoría para quienes no tienen “trastorno mental”(Grau, 2000).

La única traducción nacional de la clasificación de la OMS al español aparece en el glosario cubano de la clasificación internacional de la enfermedades psiquiátricas. La idea

de que son enfermedades inspira a crear y trabajar sobre argumentos del término, que por precavidos que sean, terminan haciendo algunas consideraciones “psicopatológicas” (Amigo, 1998).

El cuerpo es el sitio donde la enfermedad se manifiesta; es necesario hacer abstracción de él para poder reconocer a la enfermedad, utilizando como herramienta la mirada del médico que atraviesa el cuerpo del paciente para posarse en la clasificación. Una característica de la medicina clasificadora es su desconfianza o su sospecha ante toda pregunta por las causas de lo observado. Procede de modo lógico: observa, describe, designa, clasifica y de este modo pasar del síntoma a la lesión y de la lesión a las causas y componentes de cómo se produjo la enfermedad (Braunstein, 1984). La enfermedad representa, para quien la padece, una pérdida, una desventaja, un sufrimiento, una limitación en la posibilidad de producir y gozar, de producirse y gozarse, un displacer o un motivo de demanda.

El conocimiento del proceso de determinación del sufrimiento subjetivo o de lo que el niño desea expresar con su cuerpo no se coloca, fuera del modelo médico sino que obliga a su crítica interna y a la emergencia de otro modelo médico al cual los conceptos de materialidad del signo, de inconsciente, de formación social, etc., no pueden ser ajenos. La oposición no es “modelo psicoanalítico” o “modelo sociológico” de la “enfermedad mental” vs “modelo médico” sino “modelo médico” vs “psicológico” (Aguero, 2002).

#### **2.4.1 El DSM-IV**

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales. La edición vigente es la cuarta, DSM-IV, y está realizada a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva, con el objetivo de mejorar la comunicación entre clínicos de diversas orientaciones. Por esto, no tiene la pretensión de explicar las diversas patologías, ni de proponer líneas de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, como tampoco de



adscribirse a una teoría o corriente específica dentro de la psicología o de la psiquiatría (Morrison, 2008).

Aunque está fundado en el modelo de la medicina científica no describe enfermedades sino trastornos los cuales también se han definido mediante una gran variedad de conceptos, por ejemplo de malestar, descontrol, limitación, incapacidad, inflexibilidad, irracionalidad, etiología y desviación estadística. Cada uno es un indicador útil para un tipo de trastorno, pero ninguno equivale al concepto y cada caso requiere una definición distinta, estos pueden ser entendidos de la siguiente manera:

*“Síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica que aparece asociado a un malestar (por ejemplo dolor), a una discapacidad (por ejemplo deterioro de una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad, en donde se encuentra presente un grupo de patrones de síntomas, afectos, pensamiento y comportamientos que suelen darse juntos en las manifestaciones clínicas”* (Morrison, 2008).

Vemos así como las entidades clínicas fueron abandonadas y reemplazadas por esta noción de “trastorno”, en beneficio de una caracterización sintomática. Así, el diagnóstico siempre es presuntivo, nunca definitivo, ya que puede ir variando en el tiempo, en tanto éste se hace a partir de los síntomas que el sujeto presenta paralelamente al momento de la evaluación clínica. Lo que resalta aquí es la similitud con el modelo médico, donde una persona puede pasar primero por una gripe y después caer en un trastorno digestivo hasta empeorar por completo. En el campo de la salud mental, también se podría hacer un diagnóstico inicial por ejemplo, diagnosticando a una persona primeramente con un trastorno de la personalidad, y al cabo de un tiempo volverle hacer otro diagnóstico con resultado de trastorno del estado de ánimo; queda entonces evidenciado que la asignación de un diagnóstico, es sólo una fase de la atención progresiva de un individuo (House, 2003).

Aunque el diagnóstico comunica información pertinente, existen otros factores importantes como lo son su historia individual, familiar, cultural, social y el respeto a la subjetividad que afectan a los estilos de afrontamiento del tratamiento que deben contemplarse durante el proceso de evaluación y de intervención (Caballero, 1995). El manual no incluye

explícitamente a la subjetividad del paciente, como factores psicológicos generales por lo que se puede ver que es más la presión de la industria farmacéutica sobre los profesionales de la salud, que lo propuesto en el manual de tal modo que la subjetividad del paciente con enfermedades médicas, muy frecuentemente, vuelve a ser hurtada en la tarea asistencial, la distinción y clasificación de los trastornos mentales.

*“Mantener la distinción entre trastornos mentales y enfermedades médicas no implica la existencia de diferencias fundamentales en su conceptualización, ni tampoco significa que los trastornos mentales no estén relacionados con factores o procesos físicos o biológicos, o que las enfermedades médicas no estén relacionadas con factores o procesos comportamentales o psicosociales”* (Morrison, 2008).

Con esta distinción se intenta promover firmeza en la evaluación y favorecer el intercambio de comunicación entre los profesionales de la salud médico- psicólogo- psiquiatra, sin embargo, en la práctica clínica es de esperar una mayor especificidad terminológica en la identificación de cada enfermedad.

#### **2.4.2 La exploración psiquiátrica como asistencia de diagnóstico**

La psiquiatría es una rama de la medicina dedicada al estudio, prevención y tratamiento de las enfermedades mentales y de los trastornos del comportamiento. Surge durante el siglo XIX para la comprensión de las enfermedades mentales ya que desde la antigüedad eran consideradas como castigo divino (Haward, 1994). Poco a poco se fue basando en el estudio y aplicación de conocimientos del crecimiento y desarrollo biológico, psicológico y social de ser humano separando al adulto del niño debido a sus diferentes necesidades; es por esta razón que surge la psiquiatría infantil (Stuart, 1976).

La psiquiatría infantil ha sido considerada durante mucho tiempo como una especialidad dependiente de la psiquiatría general y con frecuencia ignorada por otras especialidades. Sin embargo su trabajo ha sido tomado en cuenta se ocupa de los problemas psíquicos de los niños y adolescentes y como lo señala Ajuriaguerra (1977) la psiquiatría infantil toma en cuenta, diversos aspectos:

- Factores de riesgo y de protección, para el sufrimiento psíquico infantil.
- Características del malestar psíquico en la infancia y adolescencia.
- La influencia del a familia, escuela, cultura en el origen de psicopatológicas infantiles.
- La prevención y tratamiento de los problemas psíquicos de la infancia y adolescencia.

Con dichos aspectos, se puede ver que la evaluación psiquiátrica en niños y adolescentes es un proceso complejo, sin embargo, puede resultar más fácil cuando se sigue un esquema básico. Los elementos que constituyen el examen son la reunión con los padres y el niño para obtener una historia clínica completa, la realización de una exploración psicopatológica, la elaboración de una estrategia de tratamiento y la presentación de los resultados en la evaluación a la familia (Ajuriaguerra, 1977).

Sin embargo, dentro de este marco, es necesario tener en cuenta las diferencias individuales existentes en niño y padres, así como las diferencias formales que existen entre los especialistas (pediatras, psiquiatras y psicólogos). Así surge en su plenitud el rol de la psiquiatría infantil y del adolescente y la evidente estrecha relación con los otros especialistas. Una gran diversidad temática contribuye a establecer el escenario en que dichas disciplinas deben cooperar e interrelacionarse con otros importantes representantes de la salud. Basta mencionar algunos de los problemas sociales emergentes que traen consigo consecuencias de salud mental para la intervención necesaria y urgente: violencia intrafamiliar, abuso de drogas, exigencias escolares, cambios en los valores, enfermedades crónicas, separación de la familia (Grau, 2000).

Debido a que el funcionamiento emocional y conductual del niño se evalúa y se sitúa en el contexto del grado actual de desarrollo del niño y de los avances previstos en el mismo (Gemelli, 1960), al realizar la evaluación, el facultativo no debe considerar tan sólo el trastorno patológico del niño y los síntomas presentes o ausentes, sino que también debe averiguar cuáles son los aspectos que más se destacan del niño como de la familia. Con la finalidad de realizar una identificación más íntegra de los problemas de salud mental en los niños, así como una colaboración más estrecha entre los pediatras, los psicólogos y los

especialistas de salud mental con la finalidad de conocer la información psicopatológica del paciente (Dean, 1998).

La exploración psicopatológica incluye las observaciones del facultativo respecto al proceso psicológico y el grado de funcionamiento del niño, que se basa en el grado global de relación y las respuestas del mismo a preguntas objetivas y subjetivas específicas. Puede interrogar al niño sobre sus planes para el futuro. Por ejemplo, el facultativo podría preguntar al niño que quiere hacer o ser cuando sea mayor, para adquirir información acerca de la percepción que tienen de sí mismo, los objetivos futuros, los valores y las preocupaciones. Es por esta razón que como regla general, el planteamiento del facultativo debe seguir un modelo biopsicosocial, que resalta los factores biológicos, psicológicos y sociales, que han de tenerse en cuenta al estudiar la aparición del trastorno psicopatológico (Grau, 2000). Ya que no solo se debe curar al niño sino prevenirlo de psicopatologías futuras, no hay rama de la ciencia médica más vinculada con la higiene mental del niño que la existente entre la pediatría y el psicoanálisis pues un trabajo en equipo dará mejores resultados (Aberastury, 1984).

## **2.5 El psicoanálisis en el servicio hospitalario de pediatría**

El acercamiento al psicoanálisis brinda a los profesionales de la pediatría la posibilidad de iniciar un diálogo con una corriente de pensamiento en el universo de las especialidades “psi”, así como ha desarrollado un conjunto de comprensiones que lo ubican como uno de los discursos fundamentales del presente siglo que permite dar cuenta al sujeto de su cultura, sus características psicológicas y su capacidad de autoengaño (Cortes, 2002).

Dentro de la orientación clínica, el sujeto lo especula en términos de sujeto del inconsciente; instancia psíquica en donde hay que buscar la problemática de lo humano. El sujeto es allí donde no sabe que es; esto quiere decir que donde el “yo” habla (la consciente, la inteligencia, los circuitos neuronales), fortalecido por sus defensas y cree saber sobre su padecimiento pero verdaderamente no sabe nada de sí mismo ni del origen de sus padecimientos. Enfocándonos en los niños, el psicoanálisis ha ilustrado que los niños “sanos” nunca son lo que se ve, nunca son lo que se desea que sean. Nunca ocupan el lugar que se espera de ellos. Es decir, se funda con la subjetividad, no con la objetividad

orgánica. En todo caso, lo orgánico funciona, o no, por la constitución subjetiva que le da significación al ser humano. Su cuerpo deja de ser un puro soma para convertirse en un cuerpo libidinizado, cuidado y amado por ese otro que lo cuida y se encarga de protegerlo en su indefensa de cachorro humano prematuro (Yannuzzi, 2006).

Los niños se pueden expresar de diferentes formas, su sonrisa, sus gritos, sus gestos y sus juegos son efectivamente para ellos manifestaciones de un lenguaje; es decir una expresión simbólica de sus tensiones internas. Para los psicoanalistas que van al encuentro de estos niños deben prestar mucha atención y localizarse mediante una fina observación, en fragmentos del soma: zonas erógenas, órganos o sistemas de órganos, en pocas palabras escuchar el lenguaje del cuerpo que habla y grita su deseo desconocido. Ya que el lenguaje de las imágenes del cuerpo, apunta en las fantasías que se refieren al narcisismo fundamental, al deseo y a sus necesidades (Dolto, 1973). Por esta razón le abren al niño un espacio de palabra en donde exprese sus recuerdos, sus sueños, sus olvidos, lo cual le permitirá a la vez interesarse en lo que pasa en su interior y que está afectando su subjetividad.

## **2.6 Psicología infantil**

Para ayudar a proteger la subjetividad del niño está la psicología infantil, que es el estudio del comportamiento del niño, desde el nacimiento hasta su adolescencia, donde se toma en cuenta su desarrollo físico, motor, cognitivo, perceptivo, emotivo, afecto y social. Dentro de su labor, crean y llevan a cabo métodos para resolver y prever, problemas emocionales, sociales, afectivos que puedan presentarse en el niño. El método de trabajo, para resolver estos casos muchas veces, es la consulta con la familia y con el niño mismo, a través de terapias individuales o colectivas (Osterrieth, 1999).

¿Pero qué sucede cuando la labor del psicólogo debe hacerse dentro del hospital con niños que se encuentran internados por alguna enfermedad? en esta situación se debe trabajar ante diversas variables, para determinar de qué manera afecta en el comportamiento del niño el factor ambiental, (como por ejemplo la influencia de sus padres) y el factor biológico y cómo es que estos factores se interrelacionan en el comportamiento del niño.

Durante la intervención resulta fundamental encontrar motivaciones y condiciones que favorecen y mantienen relaciones patológicas dentro de la familia: situaciones que alteran la dinámica familiar dando como resultado conductas que obstaculizan el desarrollo físico y emocional del niño. Dado que la infancia es un momento vital de crecimiento y maduración de aptitudes y cualidades del ser humano, es en este momento de la vida, cuando el niño es internado en el hospital, cuando los problemas deben afrontarse con la ayuda de los padres y los profesionales de la salud que guíen y permitan a la familia encontrar soluciones propias frente a las dificultades que le están afectando al niño y que son un tropiezo para llevar un desarrollo adecuado (Vasta, 1996).

La edad se presenta como uno de los aspectos más importantes a tener en cuenta, en la consideración y pronóstico de una conducta infantil, dado que lo que puede resultar como absolutamente normal en una edad determinada puede que ya no lo sea en otra edad (pelearse, mojar la cama, miedos o actividad sexual). Conductas de este tipo son consideradas de un modo muy distinto y tienen un pronóstico diferente según la edad del niño que las manifiesta, de hecho la mayoría de los síntomas de los trastornos infantiles son comportamientos adecuados, o por lo menos típicos en las primeras etapas del desarrollo del niño como es la hiperactividad, inquietud e incluso agresión.

Estos trastornos pueden llegar a desencadenar otros problemas patológicos que ya no serían normales y que tendrían que ser tratados en un hospital. Dentro de esta institución, los psicólogos toman como herramienta las entrevistas que se le realiza a los pediatras, a los padres y a los pacientes, los juegos y dibujos que desarrollan; con la finalidad de obtener información y poder realizar el análisis para poder trabajar en la mejoramiento del niño y evitarle más tiempo en el hospital si la molestia física es a causa de un malestar emocional en donde se encuentre desequilibrada su identidad y personalidad (Osterrieth, 1999).

Es por esta razón que el pediatra moderno conoce perfectamente las diferencias personales de sus pacientes; ahora el niño que está en cama con alguna enfermedad es un paciente cuya alimentación controló después de su nacimiento, a quién vacunó, curó los dolores de garganta, sobre cuyo peso tranquilizó a una madre. Conociendo al niño y a otros niños como personas, tiene muchas oportunidades de ayudarlos en su consultorio, junto a la cama, en el hospital y en los consultorios externos de pediatría (Kanner, s/a).

Hoy en día es importante reconocer que a todos los pediatras les toca hacer psicoterapia pues no solo tratan cuerpos sino actitudes, enfermedades e individuo, ya que cuando lo llaman para ver a un niño enfermo, va dispuesto a examinar, diagnosticar y atender el mal somático de que se trate; pero sabe que el paciente será obediente, rebelde, o amistoso, y el padre, tranquilo, alborotado, colaborador o embarazoso. Está preparado para complementar su capacidad técnica con la habilidad que permite calmar a un niño molesto o a una madre agitada. Sabe por experiencia que a veces es difícil practicar una buena observación de la garganta, conseguir aplicar una inyección y no ignora que la cuarentena indispensable que ordena puede trastornar la rutina doméstica, escolar y profesional de todo un grupo familiar (Kanner, s/a).

El pediatra es, de todos los especialistas de la medicina, el que más se acerca a la idea del médico familiar. Sabe cómo son sus integrantes y cómo viven, los padres consultan acerca de la alimentación, el peso, el baño, la ropa, los problemas incidentales del destete, la cantidad de aceite de hígado de bacalao y de jugo de naranjas, las vacunas preventivas, las eternas amonestaciones, la concurrencia a clase en los casos de enfermedades ligeras o crónicas, las diversiones, la práctica de la gimnasia y muchas otras cosas que despiertan en los padres curiosidad, perplejidad o ansiedad. En resumen se puede decir que el pediatra vigila el crecimiento y desarrollo de sus pacientes, los métodos de educación empleados por adultos y las relaciones personales que existen entre ellos.

El pediatra tiene la oportunidad de observar y corregir esas relaciones en sus comienzos, de tranquilizar temores injustificados, de librar a los niños de la autocrática, esclavitud impuesta por padres severos, de librar a los padres condescendientes de la despótica esclavitud impuesta por hijos consentidos, de llevar la paz a los hogares transformados en campos de batalla por la resistencia infantil de comer, dormir o defecar. La mayoría de los pediatras vigila hábilmente esas oportunidades. Hay algunos, decididamente muy pocos, que todavía piensan únicamente en los aspectos somáticos. Hay incluso un pequeño grupo de médicos que, poco interesados en la subjetividad, confunden evidentes trastornos de la conducta con desarreglos orgánicos, y a veces provocan o agravan con su conducta evoluciones perjudiciales. Estas dificultades, originadas por la torpeza de la atención

médica, producen con mucha frecuencia el diagnóstico de enfermedad errónea ocasionada por el médico (Kanner, s/a).

Los pediatras son, por lo general, gente amable; el gruñón y el bravo, no suelen entrar en la pediatría. El contacto con niños que sufren y padres que se angustian, las pequeñas comedias diarias, las ocasionales tragicomedias y la lucha con la muerte que a veces tiene un fin trágico, tienden a suavizar y humanizar. La amabilidad comienza con la disposición y el efecto de la sala de espera. El pediatra prudente evita que parezca un lugar frío, sombrío, aborrecible, que acobarda y hace que el niño quiera salir de allí cuanto antes; en consecuencia la luz y el calor hacen un lugar acogedor, para los chiquitos interesantes juguetes que puedan lavarse, para los mayores libros y revistas y una enfermera prudente, preferentemente sin uniforme blanco, evita la impaciencia y le cuidado de la espera perezosa.

Se ha calculado que del cincuenta al setenta por ciento de los desarreglos infantiles que motivan la visita del médico se relacionan menos con los órganos del paciente que con el paciente mismo. Hay gente que todavía ahora atribuye la anorexia de un niño exclusivamente al estómago, el estreñimiento habitual exclusivamente a los intestinos y las reacciones de temor con palpitaciones exclusivamente al corazón, y trata al niño como si no fuera más que un recipiente sin importancia del estómago, los intestinos o el corazón. Se extiende la receta para el joven fulano o la niña fulana, pero se dirige en realidad al órgano. Lo mismo ocurre, y aun más, cuando hay realmente anormalidad orgánica; el niño es una especie de apéndice secundario del órgano enfermo (Kanner, s/a).

Pero muy a menudo la misma enfermedad contribuye a revelar características que requieren la intervención de la psicoterapia. Nadie conoce mejor que el pediatra las tantas ideas, a veces fantasmagóricas, que corrompen los pensamientos de los padres; conceptos equivocados sobre el carácter hereditario y etiológico de las enfermedades y sus pronósticos. El pediatra puede usar su autoridad para intervenir, aclarar la incertidumbre de los padres, rectificar las ideas equivocadas.

Cuando el pediatra atiende a un niño enfermo observa muchos otros problemas, distintos de las manifestaciones propias de la enfermedad. En ese momento recibe las primeras quejas



sobre llanto agitado, acceso de mal humor, gustación, tartamudeo, trastornos de pronunciación y caprichos y otras evidencias de perturbaciones de la personalidad. La orientación hacia los métodos efectivos de tratar esos defectos no sólo permite eliminar muchos procedimientos pseudoterapéuticos toscos, ineficaces y a veces categóricamente perjudiciales, sino también ayudar a muchos niños de su inseguridad y evitar derivaciones más graves antes de que enraícen demasiado.

Ubicándonos en el hospital, hay que señalar que decenas de miles de niños ingresan anualmente en éstos. Son de distintas edades, y padecen diferentes enfermedades de diversos grados de gravedad e incomodidad. La gran mayoría regresan al hogar después de una breve permanencia; otros tienen que pasar muchos meses o hasta años en las salas o las habitaciones particulares de los hospitales. Proceden de hogares lujosos, acomodados o pobres, de ambientes de protectora seguridad o de desunión familiar, de padres que saben manejar razonablemente a sus hijos, los minan con excesivo cuidado o reparten inadecuadamente el afecto. Para muchos niños la hospitalización es el desagradable abandono de un hogar feliz, una escuela y una vida gratas; para algunos, es la primera y muy apreciada oportunidad de encontrar bondad y comodidad y de escapar de la monotonía doméstica y de una escuela fastidiosa.

A pesar de haber tenido que ausentarse del hogar, de la forzosa restricción de actividades, de la drogas, las inyecciones, la enemas y la dieta, muchos niños recuerdan con agrado sus días de hospital. Pero hay otros para quienes el intervalo hospitalario es una sucesión de órdenes inexplicables dadas por gente extraña, de constante sometimiento a procedimientos imprevistos e inesperados, de horas interminables de molestias y de extrañas conversaciones mantenidas junto a la cama por gente vestida de blanco. Una de ellas recita la historia del individuo, que se encuentra tendido en el lecho y oye contar algo sobre su alimentación infantil, su desarrollo y su enfermedad actual y escucha algunos términos de diagnóstico, algunas palabras las entiende, otras, no; viene luego una discusión general, seguidas por títulos como “muy interesante”, “insólito” y “raro”.. Nadie parece darse cuenta de que allí hay un ser humano, un niño que piensa y siente y que se queda meditando sobre las cosas que se dijeron acerca de él y sobre su estado y sus perspectivas de mejorar. No es raro que los niños salgan del hospital con preocupaciones somáticas,

adquiridas durante las inspecciones de sala; es por esto que hay hospitales que tienen contentos a sus pacientes dándoles facilidades para jugar, terapias de actividad y de tanto en tanto la emoción de una película cinematográfica, teatro de títeres o sesiones de cuentos, con la finalidad de que la internación no les afecta y les traiga dificultades más adelante (Kanner, s/a).

Por esta razón Freud intentó enfocar la alternativa entre lo interno y lo externo a través de su interacción. Así, la constitución hereditaria (aspecto interno) y las experiencias infantiles (factor ambiental) se condicionarán correspondientemente para constituir la disposición de la enfermedad y nuevamente ésta disposición como factor interno y la frustración como el elemento externo trabajará para desencadenar la enfermedad somática, la cual en la mayoría de los casos está producida como una forma de lenguaje (Bleichmar y Bleichmar, 2003). El psicoanalista que va al encuentro de los niños debe estar a la escucha del lenguaje del cuerpo y del lenguaje mímico; la lengua de las imágenes del cuerpo, inscrita en las fantasías que se refieren al narcisismo fundamental, al deseo y a las necesidades. Es este lenguaje de las imágenes del cuerpo lo que debe ser comprendido y analizado. Es el lenguaje (narcisista) de las imágenes del cuerpo el que entra en resonancia, de manera inconsciente, con todo significativo y en particular con las palabras más allá de los cuerpos siempre separados; este lenguaje puede también expresarse por el gesto, en el esquema corporal como las enfermedades e inconsciente (Dolto, 1973).

En la obra freudiana no aparece explícita y claramente articulada la categoría de subjetividad, su aporte radica en señalar la intervención del psiquismo en la construcción de la realidad, ubicando en el centro del proceso al inconsciente y a la fantasía. Estos elementos darán lugar a la construcción teórica del aparato psíquico en sus tres instancias, consciente, preconscious, inconsciente. Desde la articulación de estos tres niveles, Freud analiza la constitución del sujeto en su vínculo conflictivo consigo mismo y con el otro (Fernandez, 2003). El psicoanalista, en el hospital, se puede encontrar frente a fantasías, resistencia, que debe respetar totalmente si quiere ayudar al sujeto en su relación consigo mismo, reconociéndolo enmascarado, pero libre también de seguir estándolo hasta que él lo deseé (Dolto, 1973).

## **CAPITULO 3. SÍNDROME FACTICIO: CASO CLÍNICO**

### **3.1 El niño y la hospitalización**

La situación que se plantea en la familia cuando uno de sus miembros sufre una enfermedad es contemplada con una gran preocupación que es mayor, cuando el enfermo es uno de los hijos. Son momentos en los que la familia se ve desvalida, sin saber qué hacer, pendiente sólo de estar cerca del hijo enfermo, sin otra preocupación que atenderle. Aparece la angustia, el estrés, el miedo, la desconfianza, los recelos, los sentimientos de culpa, etc. A estas dificultades iniciales, se añadirán a lo largo de los días otros muchos a los que tendrán que enfrentarse, pero que aún no ha tenido tiempo ni de pensar en ese momento: la pérdida de colegio del niño; la falta de asistencia del padre y de la madre al trabajo; los problemas económicos; o la problemática surgida con el resto de los hermanos del niño enfermo, entre otros muchos aspectos (Farah, 2000).

Comienza así una nueva etapa dentro de la vida familiar desconocida y a la que se debe hacer frente y surge entonces un amplio camino de interrogantes, algunos de ellos relacionados con la psicología y pedagogía infantil, con el fin de poder comprender mejor la evolución de estos niños, una vez que son ingresados en el hospital y que se ven aproximados a pasar una larga estancia lejos de su ambiente familiar y social el cuál debe ser la respuesta de la familia y de la administración sanitaria y educativa (Grau, 2000).

La hospitalización en la vida de un niño es un acontecimiento estresante por sí mismo, que implica además situaciones desconocidas, como el rompimiento con la rutina de la casa, el someterse a estudios médicos dolorosos, alejarse del ambiente familiar, de la escuela, y el contacto con sus redes sociales. Además, es común observar que, habitualmente, el personal médico se limite a la realización de sus labores, y suele olvidarse que está trabajando con niños que enfrentan una situación especial y diversos cambios (Farah, 2000).

La reacción del niño a la hospitalización supone un cúmulo de problemas que exigen una detenida reflexión. Estos riesgos atribuidos a la hospitalización, se deben a que el niño

hospitalizado, debe adaptarse rápidamente a un sinnúmero de situaciones, por ejemplo a nuevos horarios, alimentos, pijamas a sí como problemas de comunicación que agravan su padecimiento (Rodríguez, 2008). Existen diversas formas para afrontar la hospitalización, por lo que el proceso de adaptación debe ser considerado como dinámico, flexible y dependiente de las variables tales como edad, desarrollo psicoevolutivo, tipo de enfermedad, fase de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, recurrencia y grado de comprensión de la enfermedad (López, 1995). Es por esto que las enfermedades afectan al niño en alguna medida como lo son:

- ✦ Modificando su carácter y personalidad.
- ✦ Alterando las relaciones padres-hijos, especialmente por la ansiedad y angustia que aquellos generan ante el riesgo y padecimiento del hijo.
- ✦ Produciendo disturbios en las relaciones del niño con sus compañeros de escuela.
- ✦ Impidiendo o dificultando la integración completa en las actividades físicas que forman parte de la vida escolar.
- ✦ Disminuyendo el rendimiento escolar.

Dichas consecuencias pueden afectar al niño y ocasionar una alteración de su equilibrio adaptativo altamente desencadenante de estrés, el niño no sabe lo que es la enfermedad, sobre todo si es muy pequeño, ni comprende a qué se debe el dolor. Rodríguez (2006) señala que la hospitalización afecta de manera diferente a cada niño, según su edad, su entorno familiar y el ambiente en el que se desenvuelve:

- ✦ Lactante: cambio de rutina y ambientes familiares, le supone un problema la separación de los objetos deseados.
- ✦ Niño de 1 a 3 años: miedo a la separación y al abandono. En este período la ansiedad por esta causa es máxima. Relaciona la enfermedad con una situación, circunstancia o conducta concreta.
- ✦ Más de 3 años: miedo al dolor o lesión corporal. Tolera mejor la separación que los menores. Entiende la enfermedad como un castigo por haber hecho algo mal.
- ✦ En edades escolares se produce un temor por la naturaleza física de la enfermedad.

Hay preocupación por la separación del grupo de compañeros y de la capacidad de mantener su relación en el grupo. Percibe la enfermedad como una causa externa, pero localizada en el cuerpo.

- Adolescente: se produce ansiedad por la pérdida de independencia, control o identidad. También se manifiesta preocupación por la pérdida de intimidad. Percibe el órgano o proceso que funciona mal como causa de enfermedad, y es capaz de explicarla.

Se ha encontrado que los niños mayores de seis años se toman mejor la enfermedad, tienen mayor capacidad para comprender su situación, aunque siempre hay que darle al niño, sea cual sea su edad, una explicación de la enfermedad y de por qué tiene que estar en el hospital. Esta explicación será lo más verídica posible y adaptada a su edad o estado de maduración, si el niño descubriera que se le ha mentado se agravaría aún más el estrés emocional que sufre ante una situación tan anormal para él. Si el niño ya ha tenido alguna experiencia médica (hospitalizaciones anteriores, exploraciones o simplemente alguna prueba como análisis, etc.) tolerará mejor la situación y no existirá ese miedo a lo desconocido (Aberastury, 1984).

El síndrome hospitalismo tiene reacciones emocionales, como ansiedad, tristeza, depresión y conductuales que puede sufrir un niño que precisa ser hospitalizado, con la consiguiente separación de su familia y su casa:

Algunos autores como José Antonio Cieza, 2000 (cit. en Rodríguez, 2006) lo describe como un síndrome independiente del niño enfermo, definiéndolo como:

*“el malestar, la incomodidad o el dolor suelen producir inquietud, hiperactividad, irritabilidad, trastornos de alimentación y alteraciones del sueño”*

Junto estos síntomas directos, cabría igualmente hablar de consecuencias (Rodríguez, 2006):

- Regresión o reaparición de modelos sociales inmaduros, dependencia excesiva de la madre, conducta exigente o agresiva, disminución de la capacidad de compartir cosas con los compañeros o hermanos, y por último dificultades de concentración y aprendizaje.

- ✦ Depresión: desánimo, trastornos de alimentación, variaciones de carácter, reaparición de miedos primitivos, sentimientos de competencia o insuficiencia, conductas estereotipadas de carácter ritual y fases hipocondríacas transitorias.
- ✦ Interpretación errónea de la enfermedad, uniendo a veces el tratamiento a un miedo o ansiedad de mutilación corporal.
- ✦ Somatizaciones al margen de la enfermedad o mantenimiento psicógeno de síntomas una vez curada.
- ✦ Amnesia o estados pseudodelirantes.
- ✦ Déficits perceptivo-motores.

Existen algunas fases por las cuales pasan los niños en su intento de adaptarse al proceso hospitalario, las cuales han sido descritas por Robertson (cit. en Rodríguez, 2006):

Fase de protesta: la cual puede durar horas o semanas, el niño tiene una fuerte necesidad de su madre y la espera basándose en una experiencia anterior en la que ella siempre respondía a sus lloros, por ello se desespera ante esta nueva situación desconocida para él, en la que sus protestas y gritos no conducen a la aparición de la madre. En esta fase el niño suele ser considerado un mal paciente.

Fase de desesperación: se caracteriza por la necesidad continua y consciente de su madre, el niño presenta una apatía y un retraimiento fuera de lo normal, así como una gran tristeza. Aparentemente el niño parece tranquilo y adaptado. Es la fase de mayor controversia respecto a la presencia de los padres en el centro hospitalario.

Fase de negación: el niño muestra más interés por el entorno y esto es considerado como un signo de que está feliz, pero lo que realmente está haciendo es reprimir sus sentimientos.

Posiblemente, gran parte de estas reacciones podrían deberse al miedo. El estudio de miedos específicos nos induce a pensar que los miedos a sufrir daños físicos y corporales, a los lugares cerrados, al peligro o la muerte, o los relacionados con la enfermedad, podrían estar asociados con mayor intensidad al estrés infantil por hospitalización.

En la adolescencia los miedos más relevantes serían el propio miedo a la estancia hospitalaria, el miedo a los procedimientos médicos (inyecciones, dolor, entre otros) y el miedo a la enfermedad y sus posibles repercusiones. Según Valiente, 1999 (cit. en Méndez,

2003) el miedo al peligro y a la muerte es una de las categorías más comunes, incluyéndose en ella el miedo a una enfermedad grave como uno de los cinco tipos más frecuentes en la infancia y la adolescencia.

La duración de la estancia en el hospital podría tener una gran importancia, una hospitalización media de más de una semana o repetidas readmisiones de pequeña duración podrían asociarse con un considerable aumento de las alteraciones conductuales del paciente pediátrico y con un aumento de su estrés y el de sus padres (López, 1995). Las habilidades paternas serán de gran importancia y jugarán un gran papel tanto en la recuperación del niño así como en su estado de ánimo pues será el principal soporte psicológico de éste.

### **3.2. Las expresiones psicológicas de los niños con sus enfermedades**

El niño sano es un ser completo, desde que nace llega al mundo preparado para realizar lo que está destinado a ser. Trae consigo todo el potencial para hacer frente a los retos que implica el existir. Entra al mundo como un organismo en pleno funcionamiento; responde por medio de sus sentidos y de estos depende su supervivencia. Necesita cuidados, ser abrazado, tocado y acariciado para vivir. Poco a poco se va haciendo consciente de su cuerpo; va descubriendo que puede alcanzar, tomar, asir, soltar y explorar. Y conforme crece va adquiriendo nuevos niveles de control y habilidades sobre sus capacidades intelectuales, sociales, emocionales y físicas (Grau, 2000).

El niño a temprana edad depende totalmente del adulto para cubrir sus necesidades. Al crecer desarrolla nuevas habilidades, encuentra formas para comunicar sus necesidades y empieza a cubrir algunas por sí mismo. El modo en que sus padres satisfagan sus necesidades y sus deseos, la manera como reaccionen a la expresión que tiene y la reacción de ellos ante los intentos del niño de valerse más por sí mismo y satisfacer sus propias necesidades y deseos, afectan profundamente al niño. Es a partir de estos momentos que el niño absorberá muchos de los mensajes negativos que lo acompañarán toda la vida (Aberastury, 1984).

El niño busca la aprobación y la validación, y va optando por diversas conductas para lograr cubrir sus necesidades. El organismo del niño tiene una necesidad apremiante de expresarse. Si ha suprimido sentimientos de rabia o miedo, estos van a tener que ser expresados tarde o temprano. Esto puede ser la causa de muchos problemas. La situación particular de los niños viene determinada, entre otras cosas, por el hecho de que, en mayor o menor medida, los padres se encuentran también implicados. Por un lado, las enfermedades de los niños expresan con frecuencia algo inexplicable que quieren decir a sus padres. Por otro lado esas enfermedades de los niños pueden ser una valiosa fuente de información para los padres afectados, siempre y cuando éstos quieran escucharla. A menudo, el proceso de la enfermedad de un niño se convierte en una serie de hitos en el camino de liberación o desarrollo de los mismos padres (Kiepenheuer, 1992).

Se hace difícil distinguir entre lo psíquico y lo somático cuando se es consciente de que el proceso de cualquier enfermedad, siempre está en gran medida condicionado anímicamente. Si falta la voluntad de vivir, una enfermedad relativamente inofensiva puede convertirse en una enfermedad grave.

La enfermedad es un conflicto con las sombras, es decir, con las cualidades y necesidades que están ocultas y no expresadas en nosotros, descuidadas y condenadas a una humillante existencia en las sombras. Estas cualidades y necesidades han conducido a una enfermedad precisamente para ser reconocidas. Preguntémonos, ¿Qué necesidad está cubriendo la enfermedad del niño? (Kiepenheuer, 1992). En la enfermedad se encuentra la clave hacia la salud. Cuando nos enfrentamos al niño enfermo con esta actitud se aprende a respetar su enfermedad como una manifestación de su propio yo, de su propio organismo, como una representación de sí mismo.

El doctor Kiepenheuer (1992) apoyado por su experiencia terapéutica, nos guía a través de un sorprendente compuesto de síntomas, sensaciones y fantasías, infantiles y adolescentes, que tratan de transmitirnos un significado, un sentimiento que los niños no saben o no pueden expresar voluntariamente. A continuación se presenta, muy brevemente, tres casos que exhibe en su libro “Lo que nos dicen los niños con sus enfermedades”. En estos casos se muestran psicopatologías derivadas de problemas psicológicos como la separación de los



padres o la llegada del nuevo hermanito, entre otros. En dichos casos los cambios de comportamiento no eran explicados.

Max: estreñimiento.

Paciente de sexo masculino, hijo único, de un matrimonio prácticamente roto, la madre señalaba que se mantenían unidos gracias a Max. Pues su marido siempre se había dedicado a hacer su propia vida, la mayoría de las veces pasaba el tiempo con sus colegas en el bar. Con frecuencia estaba borracho y le contaba mentiras. En aquellos primeros tiempos, dice la señora, lloraba mucho pero al mismo tiempo recordaba aquella época con cariño por que podía estar sola con el bebé. La madre dice le habría abandonado hacia tiempo, pero si no fuera porque Max estaba tan apegado a su padre. Los médicos le encontraron perfectamente sano. Una de las molestias más persistentes es la del estreñimiento. Un niño estreñado puede convertirse en el centro de atención de toda una familia, mientras que refleja por un lado la falta de armonía en el seno de ésta, y al mismo tiempo recarga el ambiente familiar, un círculo vicioso que se autoalimenta. El niño se da cuenta de que con el síntoma (al principio quizás sólo condicionado físicamente) manifiesta algo auténtico sobre sí mismo y sobre su familia. Esta denuncia podría resumirse del siguiente modo: no dejo que me quiten nada y conservo lo que quiero. Puedo decidir sobre mí mismo. Junto a esta autonomía, de hecho llena de sentido y positiva, en el síntoma también se expresa miedo, miedo a los cambios, miedo quizás a la pérdida, que en el caso de Max se hizo realidad más tarde con la muerte de su padre.

Giuseppe: dolores abdominales.

Paciente de sexo masculino, dice que el matrimonio de sus padres nunca fue feliz, el padre bebía cada vez más. La madre, que antes era una experta en la alimentación de los niños, había engordado progresivamente. Cuando Giuseppe tenía diez años sus padres se separaron definitivamente. En niño adoraba a su padre, quería hacerlo todo a su gusto y hacer realidad las esperanzas que éste pusiera en él. Le visitaba frecuentemente (y le llevaba regalos que él mismo le compraba pero estaba obligado a mantener las visitas en secreto ante su madre, porque ella se enfadaba mucho). Los dolores se hicieron

insuportables, su madre asustada, le llevó a urgencias, a la clínica infantil. Los médicos de la clínica le examinaron a fondo, pero no encontraron ninguna causa que justificara dicho malestar. Diez meses después más tarde se repitió lo mismo. El médico que le examinó esta vez le encontró perfectamente sano en lo que se refiere al aspecto físico. Sin embargo, le llamó la atención que los dolores abdominales desaparecieran en el momento en que le tocaba con la mano para examinarle. Sin embargo, tenía que reconocer que, para su propia sorpresa, los dolores abdominales habían desaparecido a pesar de que yo no había hecho “absolutamente nada”. Esa era la diferencia, reconocía él entonces, el cirujano trabaja con las tijeras y el psicólogo con las palabras. Los dolores abdominales en los niños son de lo más corriente. Casi todas las madres al mandar al colegio a su hijo por la mañana se han planteado alguna vez la pregunta: ¿debo tomarme en serio estas quejas?, ¿debo llevar al niño al médico? síntoma como puramente físico o sólo psíquico, ya que el niño no es sólo cuerpo ni sólo subjetividad. De esta forma se llega también a una conversación sobre los posibles dolores abdominales: a menudo puede tratarse de cualquier conflicto sin explicación con los compañeros de casa o con el maestro que una vez expresado pierde su aspecto amenazador.

El siguiente caso es similar al caso que se reporta más adelante de síndrome facticio.

Michaela: dolores en una pierna.

Adolescente de 16 años, tenía desde hacía meses continuos dolores en el pie derecho. Su médico de cabecera la había sometido a numerosas exploraciones, sin ningún resultado. En una difícil operación, los cirujanos habían explorado directamente la zona dolorosa, sin resultado. La joven parecía tener una actitud triunfante al respecto, como si hubiera conseguido una victoria sobre los médicos. Puesto que distintos tratamientos físicos no habían dado como resultado ninguna clase de alivio, los médicos se decidieron a administrarle una medicación con placebos (pastillas con aspecto corriente pero que no contienen ninguna sustancia activa). Esto tuvo un efecto positivo pasajero. Pero después los dolores empeoraron. De repente se vio afectada por fuertes molestias en el oído sin que pudiera diagnosticarse ninguna irregularidad aparente. Los dolores que sentía en el pie se extendieron a la pierna hasta llegar a la rodilla, y reaccionaba a la palpación de la zona

afectada con una fuerte sensibilidad. Una inyección de placebo aplicada directamente en la zona dolorida le proporcionó de nuevo alivio, aunque duró pocas horas. Sus dolores eran tan fuertes que no podía dar ni un paso. Se encontraba ante un cambio fundamental en su vida: las esperanzas sociales adultas (decisiones respecto a la elección de una profesión) le venían impuestas desde fuera, su desarrollo físico sexual la convertía en una mujer, y la pregunta propia de su edad sobre el sentido de su vida (religión) la empujaba desde dentro. Se trataba, entonces, de una barrera que impedía el desarrollo propio de la pubertad. Ante todo, había que permitirle estar enferma, porque el dolor del pie la protegía de tener que dar los grandes pasos a los que se veía obligada para su desarrollo y para los que no se sentía preparada. Una semana después de que hubiera sido dada de alta en la clínica, su médico de cabecera comunicó la noticia de que no había mejorado en absoluto. Seguía teniendo dolores en el lugar donde le habían hecho la operación y en la pierna. Tres años después, reingreso, ahora por dolores abdominales, gases y diarreas. Después de un efectivo tratamiento médico, las molestias seguían siendo las mismas, o sea que de nuevo se trataba sólo de una cuestión psicosomática.

Pero pronto reaparecieron los dolores abdominales, esta vez de un modo tan dramático que fue intervenida quirúrgicamente ante la sospecha de un ataque agudo de apendicitis. Pero el apéndice extirpado resultó perfectamente sano. Después de la operación, los dolores cambiaron y se desplazaron al muslo. Era como si el cuerpo de Michaela, con sus crecientes síntomas de enfermedades, gritara cada vez más alto porque su subjetividad no era escuchada ni por ella misma ni por su entorno.

Es por esta razón que los pediatras sienten gran interés por las influencias que las demandas y necesidades de un niño pueden tener sobre su cuerpo; en otras palabras, se preocupan excesivamente por la enfermedad psicosomática. Han llegado a la conclusión de que muchas de las enfermedades comunes de la infancia son producidas por el sector emocional de la personalidad infantil (Freud, 1977). Dando como resultados enfermedades somáticas que se utilizan como una forma de expresión de algún malestar psíquico, es cubierto por una queja física que ocasiona malestar físico, en ausencia de hallazgos clínicos que permiten postular una causa orgánica, dando como resultado, en muchos de los casos, los trastornos psicológicos y psiquiátricos.

### **3.3 Intervención en el Hospital General Tacuba del ISSSTE**

El Hospital General Tacuba del ISSSTE, es un hospital de segundo nivel el cual brinda los servicios de Geriatría, Pediatría, Alojamiento conjunto, Ginecología y Obstetricia, Clínica de VIH, Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia.

Cuando se ingresa al hospital, hay diferentes líneas de colores en el techo, cada color te dirige a un servicio hospitalario. La línea de color verde pistache es la que se dirige al servicio de Pediatría, se encuentra a un costado de la UCIN (unidad de cuidados intensivos neonatales) y de medicina interna. Pediatría se divide en tres zonas: del lado derecho se encuentra la sala de día, a la izquierda la central de enfermeras, a un costado los cuartos de aislamiento y siguiendo el pasillo se encuentra el cubículo de los médicos (ver anexo 2).

La sala de día se divide en dos áreas en la primera se encuentran 8 camas, las cuales están divididas por una cortina, con su respectivo buró para que el paciente pueda colocar sus cosas y hay una silla para su familiar, así como un baño completo para los pacientes. La segunda área es la sección de juego en este espacio hay mesas, sillas, material didáctico, así como crayolas, hojas, rompecabezas y juegos de mesa. También hay una televisión donde los niños pueden ver las caricaturas y de esta manera hacer más amena la estancia de los niños en el hospital.

La central de enfermeras tiene sillas y material de papelería que ocupan para realizar sus reportes, hay un teléfono para comunicarse con los otros servicios del hospital. En esta zona hay un fregadero para la limpieza de las manos que se debe hacer antes/después de cualquier curación y de haber visto a un paciente. Hay que señalar que tienen un cuarto donde guardan y clasifican los medicamentos. En el cubículo de médicos hay una computadora la cual es usada por los médicos residentes para elaborar sus reportes, también en dicho cubículo se encuentran los expedientes.

A un lado de la central de enfermeras hay cinco cuartos individuales, los cuales son de aislamientos, a estos cuartos son canalizados los niños con padecimientos más graves o que pudiera ser contagiosos. Al final del pasillo hay un baño para el uso exclusivo del personal médico y hay un cuarto donde se guardan las cosas de limpieza, los cómodos y los patos.

Una vez que se inicio con la estancia en el servicio de Pediatría, los médicos de planta presentaron a todo su equipo de médicos residentes y adscritos, los cuales se portaron muy cordial, cooperativa y a gusto con la presencia del psicólogo en el servicio y exclamaron “que ya hacía falta psicólogos en pediatría”, debido a la buena experiencia que han tenido. Los médicos estuvieron de acuerdo en que a las visitas médicas fueran acompañados por el psicólogo para que se conociera sobre el padecimiento de los pacientes.

Pero no solo a los médicos les agrado la presencia del psicólogo en el servicio, ya que a las enfermeras también les simpatizó. Ellas juegan un importante papel durante la estancia de los pacientes en el hospital debido a que son las encargadas de administrar los medicamentos, prepararlos para los exámenes próximos, así como el escucharlos. La jefa de enfermeras explicó que ellas son las que tienen mayor relación los pacientes y que por eso existen tres horarios en el servicio, y que hay de 2 a 3 enfermeras por turno al igual que médicos. También expresó que los padecimientos más frecuentes del servicio son las diarreas, el asma, cirugía de circuncisión y la deshidratación; comentó que por lo regular son pocos los pacientes hospitalizados en este servicio, ya que por lo regular, en urgencias, tratan de controlar la situación para no internarlo, por ese motivo son pocos los niños, aproximadamente unos 10 a la semana. La tasa de mortalidad en el servicio es bajísima, ya que por lo regular los niños vienen de entrada por salida. La jefa de enfermeras señaló que no había trabajado con psicólogos pero que con su experiencia ha podido darse cuenta la gran falta que hace del psicólogo tanto para el trabajo con los pequeños como con los padres o familiares por que muchas veces están “más mal ellos que los niños”.

El ingreso al servicio fue bueno, ya que desde el primer momento se contó con el apoyo de las enfermeras y de los médicos, ya que siempre tomaban en cuenta el punto de vista del psicólogo ante el padecimiento de un paciente; por ejemplo cuando se presentaban casos sobre difíciles en los cuales se tenía que platicar con los padres del paciente para que se pudiera llevar un tratamiento adecuado.

Las enfermeras expresaron que es difícil que se presente un caso como este, que los padecimientos que más se presentan son:

Diarrea.- aumento en la frecuencia de las evacuaciones, junto con pérdida de la consistencia; es decir, casi líquidas o hasta acuosas. En el niño alimentado por el pecho, las evacuaciones son más frecuentes y normalmente pueden ser semilíquidas, lo cual no significa que estas sean diarreicas.

Deshidratación.- falta de líquidos en el cuerpo necesarios para que lleve a cabo sus funciones a nivel óptimo. Los bebés y niños pequeños son los que corren el mayor riesgo de padecerla.

Cirugía de apendicitis.- inflamación del apéndice vermicular, un pequeño órgano que se halla al principio del colon ascendente. La inflamación del mismo se produce cuando se obstruye y el contenido fecal retenido daña e infecta las paredes del apéndice. Se caracteriza por vómitos, dolor abdominal (por lo general localizado en la parte derecha del abdomen, un poco por debajo del ombligo), y fiebre moderada.

Fimosis y circuncisión.- estrechez de la piel que recubre el glande, lo que impide su retracción y la exposición total de la punta del pene debido a la presencia de adherencias. 80% de los recién nacidos tienen el glande protegida por el prepucio lo que protege al bebé del amoníaco del pís. Puede ser hereditario o como consecuencia de una alteración de la piel del pene del niño. La cirugía de circuncisión consiste en la remoción quirúrgica de la piel (prepucio) que recubre la cabeza del miembro viril (glande).

Asma.- es una enfermedad del aparato respiratorio que ocasiona inflamación y estrechamiento de las vías respiratorias. Los niños con asma pueden respirar normalmente la mayor parte del tiempo, pero cuando encuentran una sustancia que pueda causar problemas (un “desencadenante”), puede ocurrir un ataque de esta enfermedad.

Bronqueolitis.- es una enfermedad respiratoria aguda que afecta al tracto respiratorio inferior, caracterizada por una dificultad respiratoria provocada por la inflamación, obstrucción de las vías respiratorias.

Por esta razón se realizaron diversas actividades con la finalidad de brindarles a los pacientes y a sus familiares a que conocieran más sobre su padecimiento. Se realizaron carteles de asma, bronqueolitis, neumonía, deshidratación y diarrea (ver anexo 3), se realizó un tríptico sobre la cirugía de circuncisión (ver anexo 4), así como actividades de difusión y promoción de festividades que están directamente relacionadas con la cultura mexicana, con fueron: con motivo de día de muertos, se le colocó una virgen de Guadalupe a cada cama con motivo del 12 de diciembre (ver anexo 5), se adornó el servicio con motivo de la navidad (ver anexo 6), se adorno por motivo del día del niño (ver anexo 6) y se creó un espacio para que los niños pusieran sus agradecimientos (ver anexos 8).

En el servicio se presentó un caso de síndrome facticio en el cual los niños suelen ser hospitalizados por presentar grupos de síntomas que no parecen ajustarse a enfermedad clásica alguna. Se caracterizan por la presencia de síntomas físicos y psicológicos que se producen de manera intencionada o se fingen para asumir el papel de enfermo, su diagnóstico es complicado. Con frecuencia los niños son sometidos a exámenes, cirugías u otros procedimientos molestos e innecesarios (Comas, s/a). Sin embargo, el síndrome puede atentar contra la vida del niño involucrado ya que este comportamiento inusual puede llegar a daño físico grave e incluso la muerte. Existe poca información y su diagnóstico es difícil ya que se llega a confundir con el síndrome Munchausen, por esta razón este estudio se enfoca en el síndrome facticio.

A continuación se presenta el caso de Balinda Fantasía (que significa paciencia, resistencia y fortaleza). Es importante mencionar que los datos personales se cambiaron, para resguardar la identidad de la paciente y de su familia.

### **3.4 Síndrome facticio**

A lo largo de toda la historia de la humanidad se han ido presentando diversas enfermedades al igual que síndromes psicológicos y psiquiátricos, uno de estos nuevos es el “Síndromes Facticio”. Hemos constatado que existe cierta confusión con relación a los trastornos facticios, denominándolos confusamente síndrome de Münchhausen, cuando éste

representa en realidad el subtipo más frecuente y grave de estos síndromes, pero no la totalidad de ellos (Comas, s/a).

El síndrome Münchaussen es uno de los trastornos más inexplicables que se puede encontrar en la práctica médica, ya que la persona que lo padece se provoca a si misma los síntomas conscientemente con el objetivo de actuar el rol de enfermo. Este término fue acuñado por Asher en 1951 (cit. en Comas s/a) y se caracteriza por mentiras patológicas y una conducta inestable de hospital en hospital, fingiendo una enfermedad física inexistente.

Cuando se presenta en niños y adolescentes se considera como una forma de violencia ya que se les obliga a tomar medicamentos o autoagredirse y conforme van creciendo los síntomas se van haciendo más sofisticados, como son el uso deliberado de esteroides e inyectándose sustancias irritativas con la finalidad de ser hospitalizado por enfermedades no existentes.

Para explicar este síndrome se puede tomar en cuenta los trastornos somatoformes, que agrupan varios trastornos psicopatológicos y psiquiátricos en los cuales los sujetos refieren síntomas físicos, pero niegan tener problemas psicológicos. Trastorno somatoforme es un término relativamente nuevo para referirse a lo que se suele conocer como trastorno psicósomático. En dichos trastornos, los síntomas físicos, su gravedad o duración no pueden ser explicados por ninguna enfermedad orgánica. Los trastornos somatoformes incluyen también a la hipocondría (Grua, 2000).

La hipocondría es otro de los trastornos al cual no se le puede dar una explicación orgánica, la característica esencial de la hipocondría es la preocupación y el miedo a padecer, o la autosugestión de tener, una enfermedad grave, a partir de la interpretación personal de uno o más signos o síntomas somáticos (Muñoz, 2004). La sintomatología más típicamente hipocondríaca es la sugestiva, que experimenta acompañada de una especial alteración negativa del estado de ánimo, sumamente desagradable, y que le hace colocarse en una actitud fóbica frente a sus molestias, de las que siempre cree que son el comienzo de enfermedades graves.



Estamos ante un trastorno asociado muy a menudo con la ansiedad, por lo que el principal síntoma de la hipocondría es la preocupación exagerada que siente por su salud. Puede describir su cuadro clínico con un ingenio impresionante, aclarando repetidas veces el alcance de cada uno de sus síntomas físicos. La atención del hipocondríaco se centra no sólo en el estudio de sí mismo (se toma el pulso, la temperatura, el número de respiraciones por minuto y la tensión arterial varias veces al día), sino también en la cantidad y composición de los alimentos. Sabe con qué aguas hace mejor la digestión, qué grados de ventilación o de temperatura le convienen, etc (Baur, 1989).

Es curioso que, si bien siempre subyace un trastorno de la personalidad de gravedad variable, los psicólogos no tienen mucha experiencia con respecto a estos trastornos pues es una patología difícil de diagnosticar, por el engaño que la caracteriza, estos pacientes se presentan más comúnmente con sintomatología y quejas orgánicas, siendo tratados por médicos generales, y muy pocos de ellos derivados al psiquiatra.

Esto puede explicar porque los médicos son engañados, creyendo que su paciente presenta una patología orgánica y no psicológica, y cuando descubren la autogeneración de las afecciones, el enojo que habitualmente provoca, engaña la comprensión del clínico, quien puede no distinguir la existencia de un trastorno psicológico subyacente, como es el caso del síndrome facticio y por lo tanto, no realizar la canalización adecuada y pertinente (Garrote, 2008).

El síndrome facticio se caracteriza por la invención, producción o falsificación de síntomas físicos o psicológicos que simulan una enfermedad física o mental (Zamora, 2008). A diferencia del trastorno de simulación, las personas con trastorno facticio “aparentemente no obtienen ningún beneficio, excepto las molestias de exploraciones o intervenciones quirúrgicas innecesarias”. Parece ser que estos pacientes tienen como única meta la adquisición del rol de enfermo (Pino y cols. 2004). Aunque el objetivo de asumir el papel de enfermo es consciente y las conductas que llevan a simular la enfermedad son voluntarias y requieren cierto grado de planificación, las motivaciones por las que se siente impulsado a ello son inconscientes (Bocchino, 2005).

Los pacientes suelen relatar sus padecimientos de manera dramática, pero describen con imprecisión los síntomas cuando se les solicita que los expliquen en forma detallada y las quejas que estos pacientes manifiestan con más frecuencia incluyen elementos depresivos, con ideación suicida, amnesias, ideas delirantes entre otras. Pueden ser objeto de intervenciones quirúrgicas o exploraciones diagnósticas cruentas y peligrosas. Cuando son descubiertos se sienten ofendidos y cambian de médico o de hospital. Por esta razón, es habitual que consulten a más de un médico, siendo frecuente su de ambulación por diferentes consultorios y hospitales, en el mismo período o en forma secuencial.

La verdadera causa de los síndromes facticios, sin importar la forma de presentación, es el disturbo psicológico, de gravedad variable, pero siempre presente. Los pacientes actúan de manera consciente al producir sus enfermedades, pero las motivaciones permanecen inconscientes para él, al igual que saben que están actuando pero no pueden detenerse, porque su conducta está determinada por factores inconscientes (Garrote, 2008). Lo más aceptado es que estos pacientes presentan una necesidad arrogante de ser atendidos y cuidados así como de ser el centro del interés y de atención (Bocchino, 2005). En algunos pacientes existe el antecedente de una enfermedad real infantil donde se sintieron cuidados por primera o única vez. Las hipótesis de orientación psicodinámica remarcan la elección del escenario médico para reactivar conflictivas inconscientes, que en algunos casos pueden implicar resentimiento contra médicos y hospitales, o la necesidad de rehabilitar una relación frustrante con una figura significativa, para tomar venganza ahora mediante el engaño y la hostilidad.

Ninguna terapia ha demostrado gran eficacia en el tratamiento de estos pacientes pues es incomprensible que los pacientes que simulan enfermedades importantes, que buscan y se someten a tratamientos innecesarios, se nieguen a sí mismos y a los demás su verdadera enfermedad. La mayoría de los autores que hacen referencia al tema remarcan lo dificultoso que resulta el tratamiento de estos pacientes, a su vez, a menudo el diagnóstico es confuso, ya que no puede descartarse completamente la posibilidad de que exista una causa real (Bocchino, 2005).

El tratamiento debe hacerse centrándose en el manejo de estos pacientes más que en su curación, el factor que más influye en el éxito es que se identifique rápidamente este

síndrome, y así el médico podrá evitarle al paciente gran cantidad de procedimientos y diagnósticos. El tratamiento, básicamente, consiste en dos aproximaciones; la confrontación directa e indirecta. La directa se caracteriza por informar al paciente que se detectó el engaño, que sus síntomas son provocados y que por lo tanto se le va a dar tratamiento psiquiátrico. Este tipo de tratamiento puede tener dos consecuencias; la primera es que el paciente abandone o huya del hospital, para no regresar e ir en busca de otro hospital y continuar en el mismo caso y la segunda, en el mejor que los casos, que acepte una terapia temporal y después abandone con o sin mejora. La indirecta consiste en no decir al paciente que ha sido descubierto e iniciar tratamiento en forma “encubierto”, es decir dejarlo que relate su vida e historia, para ir conociendo todos aquellos eventos relacionados con la aparición y mantenimiento de la enfermedad. No se le confronta para decirle que está engañando a los médicos y enfermeras, sino que se trata de ganarse su confianza y se hace un acercamiento psicoterapéutico progresivo y lento. Paulatinamente el paciente será confrontado con el hecho de que simula su enfermedad, pero se tendrán más elementos clínicos psicoterapéuticos para darle el apoyo adecuado, para que no huya o abandone el tratamiento (Comas, s/a).

Las reacciones personales de los miembros del grupo médico son muy importantes en el tratamiento y establecimiento de alianzas con el paciente, pues se ven forzados a abandonar un elemento básico: la aceptación de la veracidad de las quejas del paciente. Hay que señalar que se obtienen mejores resultados trabajando en conjunto con el médico que atiende al paciente que abordando únicamente al cuerpo. Los mejores resultados se obtienen con la combinación del tratamiento médico – psicólogo (Zamorra, 2008). Por lo que el principal papel del psicólogo es alertar a los otros especialistas de que, a pesar de que la enfermedad que presenta es fingida está severamente enfermo y que aun ninguna terapia ha demostrado su eficacia en el tratamiento de estos pacientes, por tanto debe hacerse centrándose en el manejo de estos pacientes más que en su curación. El factor que más influye es la rápida identificación de este síndrome para que se evite gran cantidad de procedimientos y diagnósticos innecesarios.

### 3.4.1. Caso clínico

Datos de filiación.

Nombre: Balinda Fantasía de 14 años de edad.

Institución médica:

Hospital General Tacuba del ISSSTE.

Balinda Fantasía: Síndrome Facticio.

Paciente de sexo femenino e hija única, fue una niña deseada porque sus padres ya eran grandes cuando la decidieron tenerla, después de 10 años de vivir juntos sus padres se separaron debido a que su relación de pareja ya era violenta, existían gritos y antes de que llegaran a los golpes la madre decidió que era bueno el separarse. Una vez que sus padres se separarán, ella se fue a vivir con su mamá al departamento de su abuela materna junto con sus dos perritas. Balinda Fantasía compartía la recámara y la cama con su mamá hasta que la adolescente decidió dormir en su propia cama pidiendo su espacio y que por esta razón desea dormir sola.

A su papá lo veía, algunos fines de semana en los cuales hacían diferentes actividades que les permitirán pasar tiempo juntos, como el ir al cine, al parque o a jugar videojuegos. Los fines de semana cuando no se iba a la casa de su papá o él no la visitaba se iba a un parque a practicar gimnasia junto con sus primas, las llevaba una tía, hermana de sus mamá. Balinda Fantasía decía llevarse bien con su tía y con sus primas, ellas eran como sus hermanas ya que estaba la mayor parte del día solo con sus mascotas debido a que su mamá salía a trabajar a la Secretaria de Educación Pública en el área de administración y su papá trabaja como en un centro de celulares.

En la entrevista que se le realizó a la mamá de Balinda Fantasía menciono:

*“... su padre ya se desentendió de Balinda, recién que nos separamos trataba de visitarla todos los fines de semana, o cada tercer fin de semana por lo mucho, pero ahora que ya tiene una amiguita, luego pasan hasta 4 o 5 fines de semana que no ve a mi hija, él cree que lo único importante es el dinero, pero está equivocado porque mi hija necesita de su padre, el poder convivir con él y no solo con su dinero...”*

Como se puede ver en este fragmento de la entrevista que se tuvo con la mamá de Belinda Fantasía, la relación entre ellos no es buena ella le exige tiempo para su hija y no solo dinero sino que exista comunicación entre padre e hija para que su relación, aunque a distancia, sea buena. Mientras que en la entrevista que se le realizó al padre de Balinda Fantasía, se obtuvo esta información,

*“...cuando ella decidió que nos separamos yo le rogué que lo intentáramos que recurriéramos a una terapia de pareja para salvar nuestro matrimonio y ella no quiso ahora le pido el divorcio, ¡sí, sí, sí! porque estoy saliendo con otra persona y no me lo quiere dar, toma de excusa y le mete ideas a Balinda, que me voy a olvidar de ella ahora que tengo novia, que ya no me importa. Pero eso no es cierto porque Balinda es mi vida es todo lo que tengo, por eso me molesta que su madre le meta esas cosas en su cabeza, que la envenene hacia mi...”*

En el fragmento de la entrevista que se tuvo con el padre de Balinda Fantasía, se puede ver que el señor ya quiere rehacer su vida correctamente, por eso pide el divorcio pero su ex pareja no se lo quiere dar, quizá por miedo a que se olvide de su hija o por miedo a que se olvide de ella.

En ambos fragmentos se puede observar que los padres llevan una mala relación en la cual se encuentra Balinda Fantasía en medio, estando como un punto neutro en el que respeta, quiere y se preocupa por la situación que hay entre ambos.

¿Pero quién se preocupa por la situación emocional que sufre Balinda Fantasía?, es por esta razón que la adolescente necesita expresar sus necesidades a través del lenguaje de su cuerpo. Todo comenzó cuando la adolescente ingresó por primera vez con diagnóstico de fractura de metatarso izquierdo por causa de una caída practicando tae kwon do. Dicha fractura trajo como consecuencia una cirugía en la que le incrustaron 3 clavos, con este acontecimiento sus padres, que ya estaban separados, se unieron de cierta forma para cuidarla y estar a su lado hasta que la dieran de alta en su rehabilitación.

Una vez que se recuperó sus padres regresaron a su vida normal y se alejaron, dejando a un lado el procurarla y atenderla. Al cabo de un año transcurrido, la adolescente nuevamente ingresó, debido a que presentaba, según ella, un dolor abdominal. Como el dolor era

demasiado fuerte los doctores le realizaron diversos ultrasonidos para conocer su origen. Los resultados que se obtuvieron fueron negativos al padecimiento, pero aun con el tratamiento médico el dolor no cedía, por lo que los doctores tomaron la decisión de intervenirla quirúrgicamente con la finalidad de descartar una apendicitis; una vez que ya tenían la decisión tomada se la comunicaron a su madre y a la paciente para conocer su reacción y ver si de esta forma el dolor cedía hasta desaparecer. Al conocer la noticia, la adolescente reaccionó tranquila debido a que de esta forma el dolor iba a desaparecer y nuevamente iba a recibir atención de sus padres; los doctores adscritos al servicio de pediatría reconocieron que la cirugía se le iba a realizar sin necesitarla pero tanto la adolescente como su mamá estaban de acuerdo en que se le realizara. Una vez que concluyó la cirugía, los médicos se dieron cuenta que la operación fue innecesaria ya que Balinda Fantasía se encontraba en perfectas condiciones.

Esta fue el principio de 6 internaciones mas a causa de diversos síntomas, nunca con orígenes orgánicos, como dolor abdominal, intenso dolor de piernas y temblor del cuerpo los cuales no le permitían caminar, a consecuencia de dichos padecimientos permanecía internada por algunos días, quizá una semana con la finalidad de hacerla entender que no padecía algo orgánico. Pero el padecimiento que más llamó la atención y el que más ha permanecido es el de las crisis convulsivas; debido a que está situación se ha venido presentando desde enero del 2008. La mamá señalaba que cuando se presentaban las convulsiones, eran 20 convulsiones seguidas a lo que los doctores decían que esa situación era ilógica, por lo que decidieron grabar a Balinda Fantasía en el momento que se presentara una convulsión, pero casi nunca le daban dentro del hospital, solo una vez le dio y la enfermera fue testigo del acontecimiento por lo que se le entrevisto:

*“...esa niña no tiene nada, su convulsión fue más fingida que otra cosa, fíjese se empieza a convulsionar y parece que le están haciendo un exorcismo, así no son las convulsiones, cuando yo quise entrar a ponerle el medicamento en el suero, la chamaca tenia bien cerrada la puerta con su pie, la estaba empujando, eso no es normal, para entrar tuve que agarrar vuelo y ventar la puerta, solo así entre y como ya había pasado tiempo de que empezó la convulsión ya no le puse el medicamento en el suero sino que directo y viera luego, luego reacciono, como por arte de magia...”*

Tomando como referencia esta entrevista los médicos decidieron canalizarla con el neurólogo del hospital, éste le mandó medicamentos para controlar las convulsiones pero sólo fue por un tiempo ya que estas se complicaron. A partir de que iniciaron las convulsiones la adolescente se ha presentado en más ocasiones al hospital y por lo regular cada vez que ingresa presenta síntomas nuevos como mareos, temblor de cuerpo exagerado, no control de esfínteres y amnesia. Esta situación les preocupó a los médicos y a su mamá ya que se temían que durante un episodio de “convulsión”, la adolescente sufriera realmente un daño como algún golpe en la cabeza que le ocasionara la muerte, es por esto que recurrieron a realizarle un sinnúmero de estudios, como fue: electromiografía, perfil toroide, biometría hemática, electrolitos séricos, química sanguínea, potenciales sensoriales evocados, electroencefalograma (en 2 ocasiones), resonancia magnética y tac de cráneo.

Dichos estudios dieron como resultado que no sufre de ninguna patología orgánica, por lo que los doctores le dieron placebo<sup>2</sup> para controlar las convulsiones. Todo iba bien hasta que un día se le olvidó tomarse la medicina y le dio la convulsión. La mamá les pidió a los doctores y a las enfermeras que no le dijeran que la medicina no servía y que solo era ella la que manejaba su padecimiento por miedo a que recayera en otra enfermedad. Reconoció que su hija estaba mal psicológicamente y le pidió a los doctores que ayudaran a su hija a recuperarse del todo para que en un futuro pudiera llevar una vida sana. Por lo que Balinda Fantasía fue canalizada a paidopsiquiatría y se le dio pase al Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, para que pudiera ser tratada, pero la niña se negó a ir, diciendo que ella no estaba loca.

Cuando los padres se enteraron de esta situación, se les realizó otra entrevista, el padre expresa lo siguiente:

*“...Balinda es lo más importante en mi vida por eso me preocupa que se ponga mal y más que nada que su madre no la atienda y no se preocupe por su salud...”*

2. Sustancia sin valor medicinal que puede producir efecto curativo si el enfermo la toma creyendo que es un medicamento eficaz, puede ser efectiva en causas psíquicas o psicológicas. (Mosby, 2003, p 193).

Mientras que su mamá señaló:

“... es mi única hija y lo más valioso que tengo por eso me preocupa mucho su comportamiento y todo lo que le pasa, pero no puedo estar todo el día con ella, pues tengo que trabajar y hacer mis cosas y su papá no se puede hacer cargo de ella cuando yo no estoy, pues él se dedica a sus cosas y ahora menos le va hacer caso a mi hija, con eso de que ya trae una noviecita pues menos tiempo va a tener para Balinda...”

Como se puede ver en estos fragmentos de entrevistas ambos padres dicen preocuparse por la salud de Balinda pero solo en eso y no en su estado emocional, en lo que siente y piensa; ellos no saben o no se quieren dar cuenta que estos dos factores son muy importantes para que su desarrollo emocional y su integración social se dé, de forma adecuada.

Durante la entrevista que se le realizó, con la finalidad de explorar sus síntomas y confrontar con la posibilidad de que el origen de su padecimiento fuera emocional incluso simulado, la adolescente lo negaba pero se mostraba muy interesada con respecto a la simulación de síntomas y si los doctores también pensaban lo mismo con respecto a su padecimiento. Se observó que distorsionaba la información que proporcionaba ya que en ocasiones se contradecía o cambiaba los detalles. Tiene necesidad de aprobación y reconocimiento social, los cuales busca por medio de conductas regresivas e inmaduras presenta dependencia hacia la figura materna y finalmente refiere ser la más feliz estando en el hospital ya que es en este escenario es donde se encuentra protegida y atendida por sus padres.

La psicóloga adscrita le realizó una serie de pruebas, de personalidad, proyectiva y neuropsicología donde se encontró que, es una adolescente con tendencia a las fantasías como forma de evadir su realidad, la cual le genera ansiedad y/o aversión.



## CONCLUSIONES

A través de las prácticas que se realizaron en el 7° y 8° de la materia de “Psicología Social Aplicada Laboratorio VII y VIII con el Programa Académico “Psicología de la Salud en las Instituciones” en el Servicio de Pediatría del Hospital General de Tacuba se puede concluir que la labor del psicólogo dentro de éste es necesaria debido a que las problemáticas suscitadas en esta institución expresan la composición de lo físico, biológico, psicológico y social en el proceso de la salud-enfermedad.

Que es en este proceso donde se debe considerar la individualidad como instancia de identidad para poder otorgar atención a cada paciente atendiendo a sus características de personalidad, de forma de ver la vida, de sentir, de pensar y de organizar sus emociones ya que está construida en un marco social donde se entrecruzan una serie de factores históricos, sociales, económicos y biológicos propicios a cambios. Estos cambios pueden colaborar para que las personas se enfermen, y aunque de cierta forma están conscientes de estar enfermos y conocer los síntomas, no conocen el origen ni el sentido de la enfermedad. Es por esta razón que no se puede mirar a la enfermedad orgánica y a la salud psicológica como factores aislados, pues la enfermedad no es solamente producto de la falta de armonía al interior del sistema del cuerpo; ni es únicamente el resultado de la incapacidad de integración de ese individuo con su medio y con los sistemas a los que pertenece, sino que es la manifestación de un conjunto de factores que están dañando la subjetividad del individuo, el cual utiliza su cuerpo como medio de comunicación para expresar las situaciones que le están afectando, a través de enfermedades orgánicas. Es por esta razón que la Psicología se ha integrado a las instituciones médicas aunque ha sido algo difícil su reconocimiento debido a que en el hospital reina únicamente la salud física la cual está a cargo de los médicos, enfermeras, nutriólogos, químicos, etc., pero entonces ¿dónde quedan los factores psicológicos del paciente?, hay que mencionar que no se pueden dejar fuera a estos debido a que es aquí donde se desarrolla la personalidad y a que es la organización de los sistemas psicofísicos que determinan la conducta y el pensamiento característicos de cada individuo, la cual se construye día a día, apoyándose de la familia, la educación, la experiencia y en la actualidad de la tecnología; viviéndose en una época de evolución imparables, que va dejando cambios y adelantos inesperados. Como se puede ver

en la tecnología la cual ha venido a establecer nuevas formas de ver y entender al mundo y la realidad de cada uno, un gran ejemplo son las nuevas vías de comunicación que han impactado sobre el avance de la sociedad, como el pretender saber todo con tan solo ingresar a internet. Retomando el tema de la salud, en él se puede encontrar cualquier enfermedad, síntomas y tratamiento; este factor es una gran desventaja ya que ahora se puede crear la enfermedad y presentar los síntomas sin ningún problema y cuando esta persona recurre a la Unidad Médica es sometida a diversos estudios y diagnósticos confusos pues los médicos están siendo engañados debido a que realmente el paciente no presenta una enfermedad orgánica sino que es psicológica.

Es por esta razón que en los sistemas hospitalarios se debe invertir conciencia en el papel del psicólogo, así como de la gran importancia y ayuda que pueden brindar a los pacientes las nuevas generaciones con la finalidad de prevenir disturbios orgánicos más adelante.

Los sucesos mundiales importantes, los avances tecnológicos y sobre todo la crianza que nos entregan nuestros padres, hacen que la población modifique su forma de enfrentar la vida, de vestirse, de comunicarse, sus metas e incluso los valores internos y con ello, porque no, introducir la idea de que la salud se construye física, psicológica y socialmente.

Hasta el momento se puede dar cuenta de que el concepto de salud ha cambiado, es visto desde dos dimensiones, la social como bienestar, y la biológica como ausencia de enfermedad. El trabajo del psicólogo dentro del hospital se ha convertido en una necesidad, ya que a través de las intervenciones hechas se pueden aportar diversas soluciones para el proceso de la enfermedad y la hospitalización, trabajando junto al equipo médico. Como sucedió en el caso de síndrome facticio reportado en la presente tesis.

## BIBLIOGRAFÍA.

1. Aberastury, A. (1984). Aportaciones al psicoanálisis de niños. Buenos Aires, Argentina.: Paidós.
2. Agüero, A. R. (2002). La importancia del otro en la conformación del sujeto. En: I.A. Herrera, C. A. Amador, C. Mondragón. Historia, psicología y subjetividad. (205-222). México, Edo.: UNAM-FESI.
3. Ajuriaguerra, J. (1977). Manual de psiquiatría infantil. Barcelona: toray-masson.
4. Alberro, N. (2003). Cuerpo y psicósomática. Psicología y psicoanálisis. Buenos aires.
5. Alvarez, U. F. (1983). Miserables y locos: medicina mental y orden social en la España del siglo XIX. Barcelona: Tusquets.
6. Amigo, V., Fernández, R., y Pérez, A. (1998). Manual de Psicología de la Salud. España: Pirámide.
7. Ariés, P. (1987). El niño y la vida familiar en el antiguo régimen. Madrid: thomson.
8. Baur, S. (1989). Hipocondría: como evitar una vida miserable provocada por las enfermedades imaginarias. México: Gedisa.
9. Besada, M., Cebal, P., Corral, S. (1995). Psicólogos concurrentes sección psicopatología y salud mental. Hospital Gral. Buenos Aires.
10. Bocchino, (2005). Trastornos facticios. Revista de Psiquiatría del Uruguay, 69(1), 92-101.
11. Braunstein, N. A. (1984). La psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan). México.: Siglo XXI.
12. Brody, N. (2000). Psicología de la personalidad. México: Prentice hall.
13. Caballero, V.E. (1995). Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos: fundamentos conceptuales: trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos. Madrid: siglo XXI.
14. Coleman, J.C. (1985). Psicología de la adolescencia. Madrid: Morota.

15. Comas, J. R. y Vázquez, V. (s/a). Síndrome de Munchausen: cuadro clínico, diagnóstico diferencial y una propuesta de tratamiento. México: UNAM.
16. Cortes, S. E. (2002). Historia, contexto y producción teórica en el psicoanálisis. En: I.A. Herrera, C. A. Amador, C. Mondragón. *Historia, psicología y subjetividad*. (205-222). México, Edo.: UNAM-FESI.
17. De Mouse, L. (1982). Historia de la infancia. Madrid: alianza.
18. Dean, X. P. (1998). Psiquiatría del niño y el adolescente. Madrid, España.: Harcourt Brace.
19. Dolto, F. (1973). El caso Dominic. México: Siglo XXI.
20. Donald. A. B. (1999). Psicología y salud. Brouwer.: Descleé.
21. Durán, G.L. (1998). La participación del psicólogo en la tención integral a la salud. En: R.G. Ortega. *La Psicología de la Salud en América Latina*. (61-82). México.: UNAM.
22. Farah, S. C., Rodríguez, A. A. Aké, Sosa, C. M. (2000). Desarrollo de la inteligencia emocional en niños hospitalizados por situación oncológica. Universidad Autónoma de Yucatán.
23. Fernandez, G. C. (2002). La especificidad epistemológica del psicoanálisis. En: I.A. Herrera, C. A. Amador, C. Mondragón. *Historia, psicología y subjetividad*. (205-222). México, Edo.: UNAM-FESI.
24. Fernández, G. C. (2002). La especificidad epistemológica del psicoanálisis. En: I.A. Herrera, C. A. Amador, C. Mondragón. *Historia, psicología y subjetividad*. (205-222). México, Edo.: UNAM-FESI.
25. Fernandez, R. L. (2003). La subjetividad: opaco objeto de conocimiento. En: Isabel Jaidar (2003). *Tras las huellas de la subjetividad*. México.: UAM- Xochimilco. Pp. 79-103.
26. Ferrari, H., Luchina, I. y Luchina, N. (1980). La interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario. Buenos Aires.: Ediciones, Nueva Visión.
27. Florez, L.A. (2006). Psicología de la salud. Unidad de Investigaciones. Dpto. de Psicología. Universidad Nacional de Colombia.

28. Freud, A. (1977). Los servicios de clínica infantil. En: El psicoanálisis infantil y la clínica. Buenos Aires.: Paidós. Pp. 127-133.
29. Garrote, N. (2008). Síndrome de Munchausen por poder de manifestaciones de supuestos eventos de aparente amenaza a la vida. Revista Pediátrica de Argentina. 106(1), 47-53.
30. Gemelli, A. (1960). El psicólogo ante los Problemas de la Psiquiatría. México.: UNAM.
31. González, R. F. (1993) Aolescencia estudiantil y desarrollo de la personalidad. Perfiles educativos. Abril-junio, (60). 1-15. UNAM.
32. Grau, A. (2000) Psiquiatría y Psicología de la infancia y adolescencia. Argentina.: Medica Panamericana.
33. House, A. (2003). DSM-IV: el diagnostico en la edad escolar. Madrid: alianza.
34. Hoyos, J. Subjetividad y Prácticas Asistenciales. Departamento de psicoanálisis. 1998 (2), 1-5.
35. Kanner, L. (s/a). Psiquiatría Infantil. Buenos Aires.: Siglo Veinte.
36. Larsen, R. (2005). Psicología de la personalidad: dominios de conocimiento sobre la naturaleza humana. México: Mc Graw.
37. Lefrancois, G. R. (2000). Acerca de los niños: una introducción al desarrollo del niño. México: Fondo de Cultura Económica.
38. León, R. J.M., Medina, A. S., Barriga, J. S., Ballesteros, R. A., Herrera, S. I. (2004). Psicología de la salud y de la calidad de vida. Barcelona.: editorial UOC.
39. López, F. L. M., Álvarez, L. E. (1995). Aspectos psicológicos de la hospitalización infantil. Pediatría: vol. 15. (36). 235-240.
40. Louise J.K (1986). Adolescencia, el adiós a la infancia. Buenos Aires, Argentina: paidos.
41. Luzoro, G. J. (1992). Psicología de la Salud. Revista de Psicologia. Depto de Chile. 111(1), 24-29.

42. Méndez, F.X., Inglés Saura, C.J., Hidalgo Montesinos, M.D., García-Fernández, J.M. y Quiles Sebastián, M.J. (2003). Los miedos en la infancia y la adolescencia: un estudio descriptivo. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 13.
43. Méndez, F.X., Inglés Saura, C.J., Hidalgo Montesinos, M.D., García-Fernández, J.M. y Quiles Sebastián, M.J. (2003). Los miedos en la infancia y la adolescencia: un estudio descriptivo. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 13.
44. Mira, Y. E. (1979). Psicología evolutiva del niño y del adolescente. Argentina: el ateneo.
45. Morales, C. (1997). La psicología en los hospitales y centro de rehabilitación. Introducción al estudio de la psicología de la salud. (137-157). México, D.F.: UNISON.
46. Morrison, J. (2008). DSM-IV: guía para el diagnóstico clínico. México: manual moderno.
47. Muñoz, C. E. M. (2004). Enfermos imaginarios. Barcelona: DeBolsillo.
48. Oblitas, G. (2004). Psicología de la Salud y Calidad de Vida. México.: Thomson.
49. Osterrieth, P. (1999). Psicología infantil. Madrid: Morata.
50. Piaget, J. (1984). La psicología del niño. Madrid: Morata.
51. Pilotti, F. J (2001). Globalización y convención sobre los derechos del niño. Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL, división de desarrollo social.
52. Pino, A., Sierra, P. y Livanos, L. (2004). Síndrome Munchausen de presentación precoz. Actas Especializadas en Psiquiatría del Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario la Fe, 32(3),181-183.
53. Poter, R. (2004). Breve historia de la medicina de la antigüedad hasta nuestros días. México: Taurus.
54. Rempelin, H. (1980). Tratados de psicología evolutiva. El niño, el joven y el adolescente. Barcelona: labor, s.a.
55. Rodríguez, L. (2006) Características y déficits inherentes a la hospitalización infantil. Escuela Universitaria de Magisterio de Toledo.

56. Rodolfo, R. (1986). Clina psicoanalítica: en niños y adolescentes: una introducción. Buenos aires: lugar.
57. Rudolph, M. A. (1985). Pediatría, Vol. I. Barcelona: labor s.a.
58. Shaffer, R. D. (2007). Psicología del desarrollo: infantil y adolescencia. México: Thomson.
59. Stone, C. G. (1988). Psicología de la Salud: una definición amplia. Revista Latinoamericana de psicología. 20 (001), 15-26.
60. Stone, L. J. y Church, J. (1967). Niñez y adolescencia, psicología de la persona que crece. Buenos Aires: paidós.
61. Stuart, M. F (1976).Fundamentos de la psiquiatría infantil. Buenos Aires: psique
62. Tiberi, S. (1987) El dispositivo de trabajo es la Interconsulta, proceso de entrecruzamiento de discursos, entre médico y psicológico. El psicólogo en el hospital
63. Uzorskis, B. (2002). Clínica de la subjetividad en territorio médico. Buenos Aires, Argentina: Letra Viva.
64. Vasta, R. (1996). psicología infantil. Barcelona: Ariel.
65. Yannuzzi, S., Osorio, F., comps. (2006). Inteligencia y subjetividad. Buenos Aires-México.: Ensayo y Experiencias.
66. Zamora, M. L. (2008). Trastorno facticio con síntomas psicológicos. Diagnóstico y tratamiento. ¿Es útil la confrontación? Actas Especializadas en Psiquiatría del Servicio de Psiquiatría, Hospital de Móstoles, Madrid.

**ANEXOS**



## **Anexo 1.**

### **Primer nivel**

- Unidad de medicina familia del imss y del issste
- Clínicas del imss y del issste
- Clínica pemex allejo
- Clínica del ejército
- Unidad de consulta externa escuadra (sedena)
- Clínica de la sección sanitaria

(inegi) (2004) clasificación de instituciones de salud

### **Hospitales de segundo y tercer nivel.**

#### **Instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado ( i.s.s.t.e.)**

- “Centro médico nacional 20 de noviembre”
- Hospital general tacuba
- Hospital de especialidades issste, Puebla
- Hospital general regional “ Ignacio Zaragoza”
- Hospital general regional. puebla
- Hospital general regional “ López Mateos”
- Hospital general regional. “ 1 de octubre”

#### **Hospitales privados**

- Hospital Londres ciudad de México
- Hospital ángeles de las lomas ciudad de México
- Hospital santa fe ciudad de México
- Nuevo sanatorio Durango ciudad de México
- Unidad hospitalaria “la paz “Puebla, puebla.
- Hospital Betanía , puebla. puebla.
- Fundación Tamariz Oropeza, puebla. Puebla.
- Star médica, San Luis Potosí
- Star médica, Mérida Yucatán

#### **Secretaria de salud federal**

- Hospital de rehabilitación ciudad de México
- Hospital Juárez de México
- Hospital homeopático ciudad de México
- Hospital general de México, ciudad de México
- Hospital de la mujer ciudad de México
- Instituto nacional de enfermedades respiratorias

(Protección Civil del Gobierno de México)

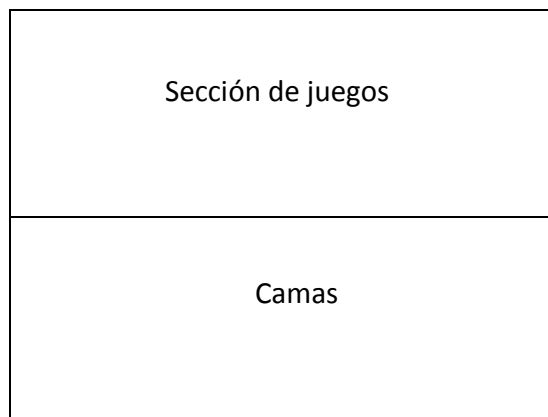
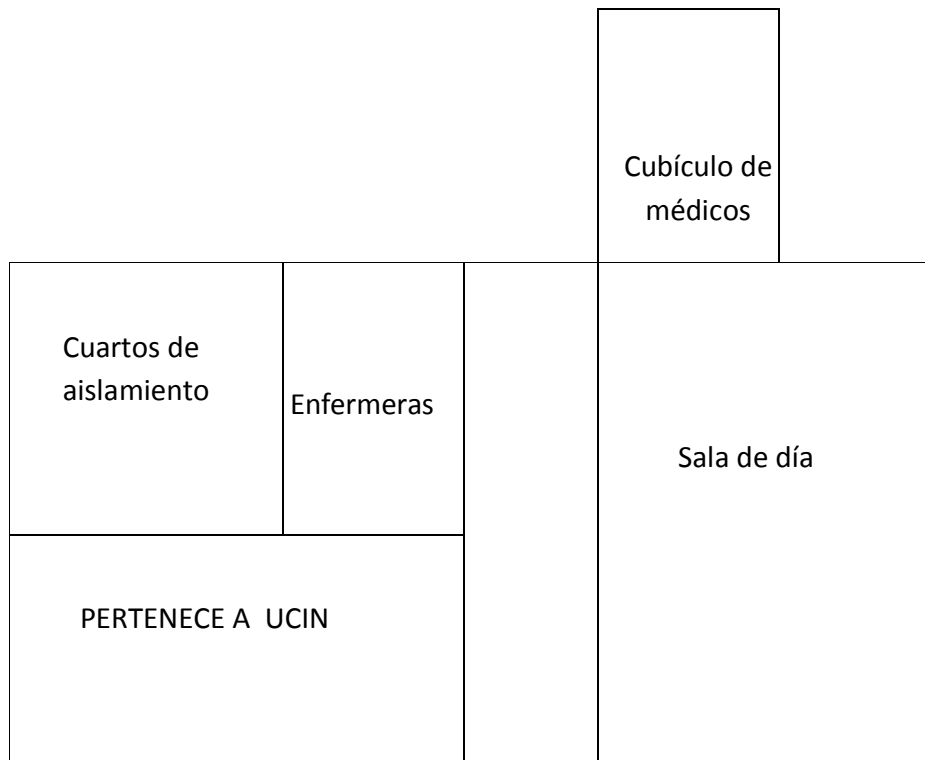
**Instituto mexicano del seguro social  
( imss)**

- Banco central de sangre, la raza
- Hospital infectología la raza
- Hospital de especialidades la raza
  
- Hospital general regional n° 25 valle de México
- Hospital general zona n° 30 iztacalco delegación sur, distrito federal.
- Hospital traumatología Magdalena de las Salinas delegación sur.
- Hospital general zona c/ umf n° 8 san ángel delegación sur distrito federal

**Secretaria de salud del distrito federal.**

- Hospital general "Dr Gregorio Salas Flores "
- Hospital general milpa alta
- Hospital general "Rubén Leñero"
- Hospital general de ticomán
- Hospital general de iztapalapa
- Hospital general la villa
- Hospital general balbuena
- Hospital general " Belisario Domínguez"
- Hospital materno infantil " Dr. Nicolás M. Cedillo"
- Hospital materno infantil Magdalena Contreras
- Hospital materno infantil topilejo
- Hospital materno infantil inguaran
- Hospital materno infantil tlahuac
- Hospital materno infantil cuautepec
- Hospital materno infantil cuajimalpa
- Hospital materno pediátrico Xochimilco
- Hospital pediátrico Legaría
- Hospital pediátrico iztacalco
- Hospital pediátrico San Juan de Aragón
- Hospital pediátrico la villa
- Hospital pediátrico Coyoacán
- Hospital pediátrico Tacubaya
- Hospital pediátrico Azcapotzalco
- Hospital pediátrico Peralvillo
- Hospital pediátrico Moctezuma

(Protección Civil del Gobierno de México)



### Anexo 3. Se realizo cartel sobre deshidratación y diarrea

# Deshidratación y Diarrea




#### La deshidratación

Es una deficiencia de líquidos en el cuerpo, se produce cuando el organismo elimina mayor cantidad de agua de la que ingiere. Generalmente el niño se deshidrata como consecuencia de una diarrea, vómitos, fiebre, sudoración o por un bajo consumo de líquidos.

El vida suero oral es nuestro aliado para evitar la deshidratación. Es importante recordar que el Sobre Vida Suero Oral no es igual a una bebida energizante o al refresco, es un medicamento en polvo que contiene sales hidratantes, potasio y sodio que presentan una rápida absorción en el intestino enfermo.

Es fácil de preparar, en caso de un menor con diarrea dar Vida Suero Oral después de cada evacuación, media taza a cucharadas si el niño es menor de un año y una taza si tiene más de un año de edad. El Sobre Vida Suero Oral se otorga gratuitamente en las Unidades de Salud.

#### Deshidratación leve

Es cuando se detecta en el niño un estado irritable, las mucosas de la boca están parcialmente húmedas y la saliva es pegajosa; tienen poca sed y lloran con pocas lágrimas.

En este caso se puede utilizar el llamado Plan A de hidratación en el hogar con Vida Suero Oral a libre demanda, incrementar la ingesta de líquidos y no suspender la alimentación habitual y estar siempre vigilando los signos de deshidratación.

#### Deshidratación moderada.

Se nota cuando el niño se ve triste o enfermo, la respiración es agitada, los ojos y la mollera están hundidos y orinan menos de lo normal. La atención del Plan B consiste en que debe acudir a atención médica, donde la hidratación se inicia con Vida Suero Oral.

#### Deshidratación grave

Es cuando el niño presenta estado de conciencia muy alterado y se ve como adormilado, lloran sin lágrimas, los ojos y la fontanela están muy hundidos, la boca se seca por completa y las extremidades se encuentran muy frías. En estos casos se aplica en unidad médica el Plan C con hidratación por vía endovenosa.

#### ¿Qué es la Diarrea?

Es la excreción frecuente de heces acuosas, lo cual conlleva una pérdida de líquidos, dolor, fiebre, náuseas, vómitos, debilidad o pérdida del apetito.

#### Causa

- Infección viral leve que desaparece por sí sola en pocos días y es usualmente conocida como "gripe estomacal".
- Intoxicación por alimentos y agua contaminados con organismos como las bacterias o parásitos.
- A individuos mal alimentados o que viven en condiciones de poca higiene la diarrea puede llegar a ser peligrosa para la vida si no se trata a tiempo.



#### Tratamiento

Implica un consumo de cantidades adecuadas de agua para sustituir la pérdida de líquidos, mezclada preferiblemente con electrolitos para reemplazar las sales minerales esenciales y ciertos nutrientes.

Los siguientes tipos de diarrea indican generalmente la necesidad de supervisión médica:

- diarrea en niños pequeños
- diarrea moderada o grave en niños
- diarrea acompañada de sangre
- diarrea continua durante más de dos semanas
- diarrea asociada con alguna otra enfermedad más general tal como dolor de estómago o abdominal, fiebre, pérdida de peso.

#### Recomendaciones dietéticas

- No tomar alimentos sólidos durante 16 horas.
- Tomar sólo agua, agua de arroz o caldo vegetal, bebido en pequeñas cantidades de manera continua, sin forzar.
- Hidratación oral (suelo vida oral), según su peso, edad y grado de deshidratación.
- Controlada la primera fase (menos de 3 a 4 deposiciones diarias) se introduce gradualmente una dieta sólida, siempre en pequeñas cantidades para comprobar la tolerancia a la misma.

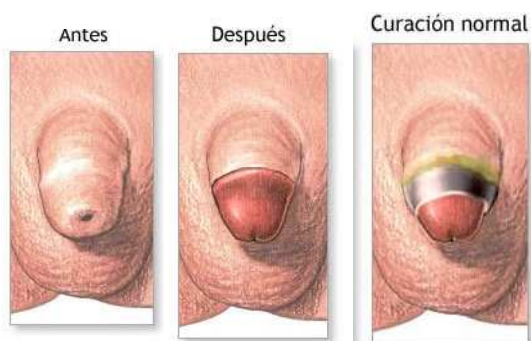
Alimentos prohibidos durante el periodo agudo

(carne, leche, queso, miel, etc.)

#### Anexo 4.

La circuncisión cicatriza en 5 a 7 días.

Cuando la abrazadera es de plástico, se ata una sutura firmemente alrededor del prepucio, lo cual presiona el tejido dentro de un surco en el plástico sobre la cabeza del pene. En un período de 7 a 10 días, el plástico que cubre el pene cae por sí solo, dejando la circuncisión completamente cicatrizada.



¿Cómo debo cuidar la herida después de la circuncisión?

- Limpie cuidadosamente el área con agua cada día.
- Es normal que el pene se hinche un poco después de la circuncisión.
- Probablemente se forme una costra de color claro sobre el área.
- Normalmente se toma entre diez y doce días para que el pene sane después de la circuncisión.
- El vendaje debe cambiarse 2 veces en el día. Esto ayudará a prevenir la infección.

Hospital General Tacuba del

I.S.S.S.T.E

Pediatría

Servicio de psicología

### Cirugía de circuncisión



¿Qué es la fimosis?

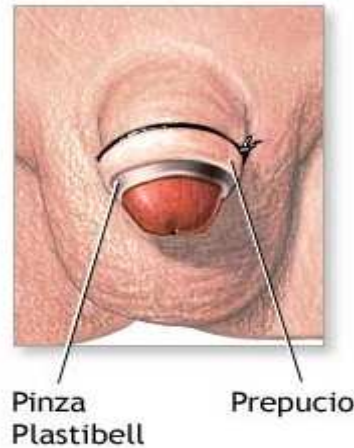
La fimosis consiste en una estrechez del prepucio (*piel que cubre la punta del pene*) que impide retraer dicha piel hacia abajo y descubrir el glande por completo.

Hacia el 3º año de vida, en el 90% de los niños puede retraerse el prepucio adecuadamente y el 10% presenta fimosis.



### ¿Qué problemas pueden tener un niño con fimosis?

A partir de los 3 años, el prepucio debería bajarse adecuadamente y poder descubrir el glande por completo.



### ¿Qué beneficios tiene la circuncisión?

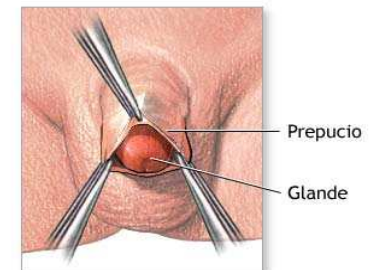
- Prevenir las infecciones del tracto urinario.
- Mayor higiene.
- Prevenir el cáncer de pene en los varones adultos. Sin embargo, esta enfermedad es muy rara en todos los hombres, independientemente

de que hayan o de que no hayan sido circuncidados.

- Algunos estudios muestran que la circuncisión puede ayudar a reducir el riesgo de cáncer cervical en las compañeras sexuales femeninas.
- También ayuda a prevenir ciertos problemas con el pene, tales como infecciones e hinchazón.

### ¿Qué es la circuncisión?

Es una sencilla intervención quirúrgica en la cual se corta el prepucio, que es la piel que recubre el glande y se libera el frenillo que es la banda de tejido que está bajo la punta del glande. Como resultado, el glande (punta o cabeza del pene) se deja al descubierto en forma permanente. La mayoría de las veces, se hace con anestesia local.



**Anexo 5. Se le colocó una virgen de Guadalupe a cada cama con motivo del 12 de diciembre.**



**Anexo 6.- Se adorno por motivo de las fiestas de navideñas.**



**Anexo 7.- Se adorno por motivo del día del niño**



**Anexo 8.- Se creó un espacio para que los niños pusieran sus agradecimientos**

