



UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE PSICOLOGÍA

Acompañamiento Psicológico a niños de 6 a 12 años, internados en el Hospital Baca Ortiz con quemaduras de segundo, tercer grado y a sus familias: a fin de prevenir el desarrollo de trastornos psicológicos posteriores a la situación traumática

Trabajo de Titulación presentado en conformidad a los requisitos
establecidos para optar por el título de:

Psicóloga Clínica

Profesora Guía:

Ana Parreño

AUTORA:

MARÍA DANIELA BARZALLO PAREDES

Año

2011

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con el estudiante, orientando sus conocimientos para un adecuado desarrollo del tema escogido, y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.”

Ana Parreño
Psicóloga Clínica
C.I.: 170924118-4

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes”.

Daniela Barzallo P.

C.I.: 080219934-9

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a todas las personas que hicieron posible este trabajo de titulación, en primer lugar a mis padres por haberme apoyado siempre en mi carrera.

A mi tutora de tesis Ana Parreño, quién aceptó tomar la dirección de este trabajo y que gracias a su paciencia, comprensión y dedicación supo orientarme en el trayecto de mi Tesis.

Agradezco también a la unidad de quemados en el Hospital Baca Ortiz, quiénes me permitieron realizar mi práctica; al personal docente, a los pacientes y a sus familias.

DEDICATORIA

Quiero dedicar esta Tesis a personas que han sido y son importantes para mí como mis padres, quiénes siempre han estado conmigo en los buenos y malos momentos. Ellos han sido mi soporte, mi ejemplo para enfrentar las adversidades de la vida. Mis hermanas que quiero mucho, a mis sobrinitos que son mi mayor felicidad.

De manera muy especial quiero dedicarle este trabajo a una persona que formó parte de mi vida, que amé mucho y que siempre va a vivir en mi corazón: mi abuelito querido que donde sea que esté le agradezco todo el amor que me dio.

RESUMEN

Este trabajo pretende realizar un acompañamiento psicológico a los niños de 6 a 12 años que han sufrido quemaduras graves internados en el Baca Ortiz y a sus familias.

En los capítulos se conocerá una descripción amplia acerca de las quemaduras, los efectos que genera la hospitalización en la dinámica familiar y como el acompañamiento psicológico permite al niño participar en su propio tratamiento, al entender la información médica que recibe.

Dicho trabajo tiene la finalidad de evitar trastornos psicológicos posteriores y que el periodo de hospitalización sea menos estresante tanto para el niño como para la familia, por medio del uso de técnicas como la ludoterapia, psicoeducación, entre otras.

ABSTRACT

This work aims to conduct a psychological support for children 6 to 12 years who have suffered severe burns, and are interned at Baca Ortiz Hospital, and their families.

On the chapters you will find out a extense description about burns and the effects that hospitalization generates on the family's dinamic and how the psicological help allows the child to participate on his own treatment, by understanding the medical information the he receives.

This work is intended to prevent subsequent psychological side effects and to make the period of hospitalization less stressful for the child and the family, through the use techniques such as play therapy techniques, psychoeducation among others.

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| CAPÍTULO I | 4 |
| 1 QUEMADURAS DE SEGUNDO Y TERCER GRADO | 4 |
| 1.1 GENERALIDADES Y ETIOLOGÍA DE LAS QUEMADURAS | 6 |
| 1.2 CLASIFICACIÓN DE LAS QUEMADURAS..... | 7 |
| 1.2.1 Por su Profundidad | 7 |
| 1.2.1.1 Quemaduras de Primer Grado | 8 |
| 1.2.1.2 Quemaduras de Segundo Grado | 8 |
| 1.2.1.3 Quemaduras de Tercer Grado | 8 |
| 1.2.1.4 Quemaduras de Cuarto Grado..... | 8 |
| 1.2.2 Por un Agente Etiológico | 9 |
| 1.2.2.1 Agentes Físicos..... | 9 |
| 1.2.2.2 Agentes Químicos..... | 10 |
| 1.3 ÓRGANOS Y SISTEMAS AFECTADOS POR LAS QUEMADURAS..... | 10 |
| 1.4 INFECCIONES Y COMPLICACIONES DEL PACIENTE QUEMADO..... | 12 |
| 1.5 TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE LAS QUEMADURAS..... | 13 |
| 1.6 SECUELAS DE LAS QUEMADURAS | 17 |
| CAPÍTULO II..... | 19 |
| 2 EL NIÑO Y SU CUERPO..... | 19 |
| 2.1 NARCISISMO..... | 22 |
| 2.2 IMAGEN INCONSCIENTE DEL CUERPO | 27 |
| 2.3 ESQUEMA CORPORAL | 33 |
| 2.4 MARCAS CORPORALES Y SUS EFECTOS..... | 37 |
| CAPÍTULO III..... | 43 |
| 3 CONSECUENCIAS EN LA VIDA DE LA FAMILIA | 43 |
| 3.1 CRISIS FAMILIARES PARANORMATIVAS..... | 45 |
| 3.1.1 Eventos por Desmembramiento..... | 46 |
| 3.1.2 Eventos por Desorganización | 47 |
| 3.1.3 Eventos por Incremento..... | 47 |
| 3.1.4 Eventos por Desmoralización | 47 |

| | | |
|--------------------------|--|------------|
| 3.2 | HERIDA NARCISISTA A LA QUE SE ENFRENTAN LOS PADRES..... | 48 |
| 3.3 | EFFECTOS EN LA VIDA FAMILIAR | 52 |
| 3.4 | PROCESO DEL DUELO | 55 |
| CAPÍTULO IV | | 60 |
| 4 | CONSECUENCIAS EN LA VIDA DEL NIÑO TRAS LA HOSPITALIZACIÓN POR QUEMADURAS DE SEGUNDO Y TERCER GRADO..... | 60 |
| 4.1 | UNIDAD DE QUEMADOS DEL HOSPITAL “BACA ORTIZ” | 62 |
| 4.2 | INTERRUPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA..... | 67 |
| 4.3 | EL NIÑO EN EL MEDIO HOSPITALARIO..... | 70 |
| 4.4 | SÍNTOMAS QUE PRESENTAN DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN | 72 |
| 4.5 | TRASTORNOS PSICOLÓGICOS POSTERIORES | 76 |
| 4.5.1 | Trastorno por Estrés Postraumático | 78 |
| CAPÍTULO V | | 82 |
| 5 | ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO AL NIÑO Y A SUS FAMILIARES DURANTE EL PERIODO DE HOSPITALIZACIÓN..... | 82 |
| 5.1 | CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA | 84 |
| 5.2 | SESIONES CON PADRES: CURA A TRAVÉS DE LA PALABRA..... | 94 |
| 5.3 | ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO A TRAVÉS DEL JUEGO DE APOYO | 99 |
| 5.4 | MÉTODOS Y OTRAS TÉCNICAS QUE SE UTILIZARON..... | 107 |
| 5.4.1 | Observación..... | 107 |
| 5.4.2 | Entrevista Psicológica..... | 108 |
| 5.4.3 | Historia Clínica o Ficha de Caso..... | 108 |
| 5.4.4 | Taller..... | 108 |
| 5.4.5 | Psicoeducación..... | 108 |
| 5.4.6 | Terapia Explicativa..... | 110 |
| 5.4.7 | Apoyo Psicológico..... | 111 |
| 5.5 | INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DEL NIÑO Y SU FAMILIA..... | 112 |
| Conclusiones..... | | 115 |
| Referencias | | 116 |
| Anexos | | 121 |

INTRODUCCIÓN

La organización mundial de la Salud considera a las quemaduras por fuego la tercera causa de muerte accidental infantil.

Bracho médico cirujano plástico del Hospital “Baca Ortiz” y fundador de la Unidad de Quemados encontró que dicha situación comúnmente ocurre en las familias de estrato socio económico bajo, debido a las circunstancias que viven por las responsabilidades que los niños deben asumir. Las consecuencias pueden ser catastróficas tanto para el niño como para la familia es sobre esto y sobre el apoyo que se les puede brindar a nivel emocional que trabajamos en este trabajo de titulación.

En el primer capítulo se realizó una descripción amplia en cuanto a las quemaduras: etiología, clasificación, tratamiento y secuelas con el fin de que el lector conozca el proceso por el que pasan los niños durante el periodo de hospitalización.

La piel es el órgano más afectado en el cuerpo del niño, las consecuencias de las mismas pueden ser: desfiguración, despigmentación y en casos más graves amputación. Por esta razón se explica en el capítulo II que la imagen de sí mismo del pequeño será la parte emocional más afectada. Nos detendremos a trabajar sobre la constitución de la imagen del cuerpo en relación al vínculo que estableció con la madre o quien cumplió esta función desde el inicio de su vida y como este vínculo le permite al niño sobrellevar su nueva condición física y afrontar la mirada de los otros de rechazo o aceptación, sin alterar la imagen que él tiene del mismo.

La familia es un factor importante en la vida del niño, en el capítulo III se aborda los efectos que la hospitalización genera en la dinámica familiar.

El ambiente en el hospital es un mundo totalmente nuevo para el niño, le provoca ansiedad y angustia, al verse rodeado de adultos totalmente desconocidos para él y de aparatos quirúrgicos.

Dentro de este trabajo hemos constatado que el principal factor estresante en los niños se debía a la separación de los padres y al miedo de entrar a un mundo desconocido, esto afecta su recuperación.

Los procedimientos han sufrido cambios en el ámbito hospitalario infantil, con el objetivo de alcanzar el bienestar y conformidad del niño, para que el lugar sea menos atemorizante.

Hoy en día los hospitales infantiles cuentan con área de juegos, libros, juguetes, decoraciones en las habitaciones, entre otras cosas, con el fin de que el niño se sienta en un ambiente más familiar y se reduzca la ansiedad realizando actividades propias de su edad. En el Capítulo IV se trabajará sobre la interrupción de las actividades de la vida cotidiana y las consecuencias que a raíz de esto se producen. En este tiempo el niño pasará por una etapa muy difícil, porque tiene que separarse de sus progenitores, lo cual causará mucha angustia al sentirse solo, también porque debe enfrentarse al dolor de una realidad donde no sabe que va a pasar, ni cuanto tiempo permanecerá en el hospital.

Para terminar, el Capítulo final se centra en el acompañamiento psicológico, en donde abarca el trabajo práctico. La ludoterapia es uno de los recursos importantes en el proceso terapéutico del niño, factor que va a minorizar la angustia, temor y facilitar la relación con el terapeuta.

El objetivo del terapeuta es ayudar a que el niño participe en su propio tratamiento y entienda la información médica que recibe, es decir que comprenda las intervenciones que le van a realizar y que el mismo pueda

hacerlo en los muñecos, para que se reduzca el temor como por ejemplo a una operación y vea que no amenaza su vida.

Se trabajará en temas sobre cómo le afecta al niño y a su entorno familiar, porque no es el único que sufre ante esta situación, en este caso se habla de los padres, para ellos puede ser aún más difícil lo que está pasando con sus hijos y por ende pueden sentir mucha culpabilidad al haberlo dejado solo, debido a que ambos tienen que trabajar para llevar el sustento al hogar y por esta razón no pueden pasar en casa y peor aún prestar más cuidado a sus hijos.

Se trabajará también con los padres sobre los distintos sentimientos que tendrán que afrontar durante el proceso de hospitalización. El acompañamiento psicológico servirá de puente entre los médicos y familiares de los pacientes quemados pues no siempre reciben información adecuada acerca de sus hijos.

El impacto del accidente y la desfiguración que sufren generan vivencias traumáticas en los niños, con este trabajo se pretende crear procesos de acompañamiento psicológicos, para reducir la angustia y temor en su estadía dentro del hospital por medio de la terapia centrada en el juego, con la finalidad de prevenir el desarrollo de trastornos posteriores como el estrés postraumático, donde la persona responderá con temor, desesperanza, irritabilidad, horrores intensos, problemas para dormir, pesadillas, entre otros.

CAPÍTULO I

1 QUEMADURAS DE SEGUNDO Y TERCER GRADO

No me dejes nunca solo en la bañera, ni en lugares con agua. No dejes que meta los dedos en un enchufe. No me dejes al lado de una ventana abierta. No dejes a mi alcance sustancias tóxicas o medicamentos. No dejes que me trague las piezas pequeñas de los juguetes. Si te descuidas tu hogar puede ser peligroso para tus hijos. No te descuides. Evita los accidentes, por lo que más quieras.

Gobierno de España.

Estas son palabras extraídas de un anuncio del Ministerio de Sanidad de España, con la finalidad de disminuir las cifras de accidentes en el hogar.

Según Globedia (2010), en España cada año mueren cerca de 1.500 niños por accidentes infantiles, de los cuales más de la mitad ocurren en el hogar y en las actividades de ocio, en un rango de edad de 0 a 15 años.

Los niños están en constante movimiento ya sea de juego o exploración, razón por la cual frente a un pequeño descuido de los tutelares, el niño puede ser víctima de una catástrofe, como caerse por una ventana, voltearse una olla hirviendo de agua encima, apoyarse en un horno caliente, jugar con gasolina y quemarse, etc.

Al accidente se lo define como un “suceso eventual que altera el orden regular de las cosas” (Real Academia española, 2006, p. 14).

Existen varios tipos de accidentes como de tránsito, del trabajo y los que ocurren en el hogar. Como se menciona al inicio los niños son una población vulnerable, propensos a sufrir accidentes en casa como caídas, ahogamientos, quemaduras, ingerir sustancias tóxicas, entre otras.

“Los accidentes que ocurren en el hogar, son causa mayoritaria de consultas pediátricas y origen de innumerables secuelas que pueden durar toda la vida” (Globedia, 2010). Según esta revista el hogar es el sitio donde nos sentimos acogidos, protegidos, seguros, en donde transcurre nuestra vida íntima y familiar. Generalmente pensamos que es el lugar en el que estamos exentos a los peligros exteriores, sin darnos cuenta que sin las debidas precauciones también estamos en riesgo de sufrir un accidente.

De acuerdo a un nuevo informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el UNICEF, cada día mueren más de 2000 niños debido a lesiones no intencionales (accidentales) y cada año ingresan decenas de millones con lesiones que a menudo los dejan discapacitados para toda la vida (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Las cinco causas principales de muerte por lesiones, según este informe son:

1. **Los accidentes de tránsito:** son la primera causa tanto de mortalidad como de discapacidad en los niños, donde mueren alrededor de 260.000 pequeños y cerca de 10 millones son víctimas de lesiones al año.
2. **El ahogamiento:** más de 175.000 niños mueren y sobreviven cerca de 3 millones al año.
3. **Las quemaduras causadas por el fuego:** este tipo de quemaduras ocupan el tercer lugar entre las cinco causas de muerte de este informe, el cual refiere a la pérdida cerca de 96.000 niños al año.
4. **Las caídas:** causan lesiones a cientos de miles y provocan la muerte alrededor de 47.000 niños al año.
5. **Las intoxicaciones no intencionales:** ocasionan la muerte a más de 45.000 niños al año.

En casa hay instalaciones eléctricas, escaleras, productos químicos o de limpieza, la cocina, riesgos potenciales para los niños que no miden el peligro y se queman.

1.1 GENERALIDADES Y ETIOLOGÍA DE LAS QUEMADURAS

Según Romero (1984, p. 260) las quemaduras son “lesiones producidas por la acción de diversos agentes, físicos, químicos o biológicos que provocan alteraciones, las cuales varían desde un simple enrojecimiento hasta la destrucción total de las estructuras afectadas”.

La extensión de la lesión corresponde al tipo de agente y a la duración y la intensidad de su acción (Manual de Merck, 1978, p. 1856).

Las quemaduras pueden variar desde heridas mínimas de primer grado a la forma más grave de lesión a la que pueda exponerse el hombre. La magnitud de la lesión determina el grado de los cambios fisiológicos. A diferencia de otras heridas que pueden cerrarse inmediatamente o en pocos días, la quemadura profunda requiere tiempo para la eliminación de la escara antes de su oclusión. La persistencia de este tejido muerto fomenta la lesión y produce síntomas generales. Una quemadura extensa es sin duda una enfermedad catastrófica, por el grave insulto que provoca al paciente, por sus aspectos psicológicos, por el costo y sufrimiento que origina (Sabiston, 1981, p. 261).

En cuanto a la etiología, en un estudio realizado en el año 2005 por el Dr. Pablo Dávalos del Hospital “Baca Ortiz” las estadísticas demuestran, que la causa principal de las quemaduras en nuestro medio es el agua hirviendo, con un 61%, debido a que los niños al estar solos en casa tienen que preparar su propio alimento y cuidar a sus hermanos.

Seguido está el fuego en un 29%, ya que tienen un acceso fácil a los materiales inflamables en el hogar. El 9 % representa a las quemaduras por electricidad, la misma que en el 50% de los casos conlleva una amputación. Finalmente por sustancias químicas el 1%.

A diferencia de otros países en donde según la mayoría de estudios epidemiológicos, el agente causal principal es el fuego (Sabiston 1981, p. 262) encontró que en las edades de 3 a 14 años las quemaduras que predominan son las de llama cuando los vestidos prenden fuego.

Las quemaduras por fuego como acabamos de ver están entre las cinco causas principales de muerte por lesiones según la OMS (2008). Se habla de cerca de 96.000 niños muertos al año, la tasa de mortalidad es mayor en los países de bajos y medianos ingresos, que en los países de ingresos altos.

Como se menciona al inicio, el Dr. Bracho (1994 p. 12), fundador del área de quemados, encontró que estos accidentes ocurren en familias de estrato socio económico bajo, lo cual indica que el entorno en el que éstas personas viven es propenso a que sus hijos corran peligros como sufrir una quemadura grave.

La pobreza es entonces otro factor de riesgo. Según la INEC en el año 2006, la población Ecuatoriana se encuentra con un 38.28% en pobreza.

Es decir se trata de un problema social que lleva a que la mayoría de niños permanezcan durante periodos prolongados solos, o a cargo del hermano mayor, sin la protección de un adulto ya sea por cuestiones de trabajo o incluso por descuido de parte de los padres. Generalmente estos incidentes se producen dentro del hogar en donde hay agentes almacenados y utilizados inadecuadamente, los mismos pueden ocasionar este problema, dejando secuelas físicas y psicológicas. Por ejemplo tener líquidos volátiles (gasolina) en el domicilio.

1.2 CLASIFICACIÓN DE LAS QUEMADURAS

1.2.1 Por su Profundidad

Aguilar (2003, p. 1018-1019), indica que la profundidad de las quemaduras se clasifican en cuatro categorías:

1.2.1.1 Quemaduras de Primer Grado

Afectan solamente la epidermis, son dolorosas, generalmente no suelen dejar cicatriz, aparece enrojecimiento y no hay formación de ampollas.

1.2.1.2 Quemaduras de Segundo Grado

Se dividen en superficiales y profundas. En las superficiales hay apareamiento de ampollas y son dolorosas. En el fondo se conservan islotes dérmicos y epidérmicos que van a facilitar la cicatrización.

Las quemaduras de segundo grado profundas son las más comunes en la unidad de quemados del Baca Ortiz. Al igual que las superficiales se presentan ampollas, pero se diferencian de las anteriores porque debido a la infección la destrucción es mayor y puede comportarse como una quemadura de tercer grado.

Es decir con la presencia de infección fácilmente se pueden convertir en una lesión de espesor completo como refiere Sabiston (1981, p. 262).

1.2.1.3 Quemaduras de Tercer Grado

Este tipo de quemaduras que no son dolorosas también se hallan en la unidad de quemados pero con menor frecuencia. Se afecta todo el espesor de la piel, la cual se convierte en una escara que tiene que ser eliminada. La cicatrización se realiza desde los bordes o mediante injertos. El riesgo de infección y la pérdida de líquidos son mayores.

1.2.1.4 Quemaduras de Cuarto Grado

También llamada carbonización, tiene como consecuencia la necrosis de los tejidos profundos adiposo, muscular y óseo.

1.2.2 Por un Agente Etiológico

Bracho (1991, p. 10-11), divide a las quemaduras en dos grupos: agentes físicos y químicos.

1.2.2.1 Agentes Físicos

Calor:

Toda fuente que produce calor puede producir una quemadura al entrar en contacto con los tejidos orgánicos como: rayos solares, líquidos hirvientes (agua, leche o café), metales calientes, llamada directa de incendios o la explosión de líquidos volátiles.

Frío:

No son comunes en nuestro medio, dependerán del grado de temperatura y tiempo de exposición, para que aparezcan los sabañones y congelamientos.

Electricidad:

Las quemaduras eléctricas son lesiones producidas por fuente calórica de gran magnitud y tienen mayor gravedad que otro agente etiológico, debido a que el paso de la corriente eléctrica a través de los tejidos orgánicos produce lesiones destructivas muy severas.

Radiación:

Esta energía radiante afecta a los tejidos vivos, produce daños severos e irreversibles en algunos casos. Encontramos al uranio, cobalto, radio, un equipo de rayos X.

1.2.2.2 Agentes Químicos

Ácidos:

Están el sulfúrico, nítrico, clorhídrico, tricloroacético, fénico. Son ácidos que más producen lesiones en el organismo.

Alcalis:

Encontramos al óxido de calcio, hidróxido de sodio y el hidróxido de potasio, los cuales producen quemaduras.

1.3 ÓRGANOS Y SISTEMAS AFECTADOS POR LAS QUEMADURAS

Las quemaduras producen efectos en diferentes órganos y sistemas del cuerpo, empezando por la piel.

La piel es el órgano más grande del cuerpo humano en área superficial y peso (...) consta de dos partes principales: la superficial y más delgada está compuesta de tejido epitelial, se denomina epidermis. La profunda y más gruesa, de tejido conectivo, es la dermis (...) ayuda a regular la temperatura corporal, sirve como barrera protectora e impermeable entre el entorno y los tejidos internos (Tortora, G. Grabowski, S. 2002, 143-154).

Por otra parte Sabiston (1981, 265) menciona que las funciones más importantes de la piel también son: actuar como barrera protectora contra la pérdida de agua, calor y prevenir la infección bacteriana invasora, razón por la cual el paciente que sufre una quemadura de tercer o segundo grado profunda corre el riesgo de presentar gastos de energía o grados de deshidratación. En cuanto a la función de evitar una infección esta queda totalmente abolida a causa de la profundidad de las heridas.

Esta situación que va a afectar el metabolismo de estos pacientes que según Bracho y otros (1991, p. 43), tienen pérdidas de agua en grandes cantidades y de calor por evaporación llegando a la hipotermia. En las quemaduras de segundo grado profundas a los ocho días de evolución dichas pérdidas por evaporación disminuyen debido a que la zona quemada empieza a epitelizarse, al contrario de las de tercer grado donde no va a haber epitelización sino se aplican injertos, siendo el gasto metabólico mayor y su evolución es más tardía. Lo que ocurre entonces en estas dos es un hipermetabolismo.

En el estudio de Dávalos, Sevilla y Castro (2005) se encontró que las quemaduras también afectan a otros sistemas como:

- Cardiovascular: debido a las pérdidas de líquidos hay disminución del retorno venoso, del gasto cardíaco y del flujo circulatorio renal.
- Pulmonar: "Puede ocurrir obstrucción aguda de las vías respiratorias altas pocas horas después de la quemadura como consecuencia del edema en las mismas" (Sabiston, 1981, p.284).
- Gastrointestinal: puede aparecer la úlcera de Curling que según Sabiston (1981, p. 283), es una úlcera aguda en el estómago que acompaña a quemaduras extensas o moderadas con mucha infección.
- Renal: si la administración de líquidos es inadecuada el paciente corre el riesgo de que se le presente insuficiencia renal.

Estos autores hacen referencia también a complicaciones locales que dificultan la cicatrización de las heridas como el apareamiento de queloides.

1.4 INFECCIONES Y COMPLICACIONES DEL PACIENTE QUEMADO

Dávalos y otros (2005, p. 101), sostienen la idea de que las infecciones en una persona con quemaduras extensas es una causa común de muerte en estos pacientes.

“La infección es el principal problema en el tratamiento de las quemaduras. La infección de mayor importancia en el paciente quemado es sin duda la sepsis” (Sabiston, 1981). La sepsis consiste en la invasión de microorganismos de la herida.

A pesar de todos los cuidados mantenidos en el área (como el uso de mascarillas, batas y gorros) las infecciones pueden aparecer, de ahí la importancia del aislamiento dentro del Hospital, tanto para proteger a los pacientes de la unidad de quemados como al resto de personas.

Las zonas más comunes en donde aparece la infección son las heridas, los pulmones, el tracto urinario y el torrente sanguíneo por el uso de catéteres. En esta unidad los cuidados del paciente con quemaduras graves deben ser muy minuciosos y de acuerdo a las necesidades de cada niño con el fin de evitar infecciones que puedan afectar a la zona de la quemadura, por presencia de bacterias.

Como otras complicaciones ocasionadas por infecciones encontramos a las erisipelas que según el Manual de Merck (1978, p. 1702) es una celulitis superficial causada por estreptococos, donde la lesión está bien delimitada, brillante, roja y con frecuencia se desarrollan ampollas.

Harkins recoge un total de 110 casos de tétanos tras quemaduras en la literatura médica mundial y cree que la infección puede deberse a tres diversas contingencias: a) Que el paciente se contamine al quemarse. b) Que la infección ocurra posteriormente (en el hospital). c) Que preexistiera en el organismo y sea activado a consecuencia del trauma (Mir y Mir, 1969, p. 227).

Según Mir y Mir (1969, p. 229-230), existe una posible alteración ósea aguda como una osteoporosis y lo que influye tanto en la intensidad como en la variedad de estas lesiones es la duración de la cicatrización de las heridas.

1.5 TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE LAS QUEMADURAS

Antiguamente los hombres primitivos realizaban curaciones en las quemaduras según Bracho y otros (1981, p. 1), con zumos de hojas o raíces de plantas. En China y Japón en cambio aplicaban hojas de té en las superficies de las heridas obteniendo cicatrización de las lesiones superficiales. Hipócrates utilizaba vinagre, otros utilizaban ceniza.

“Uno de los mayores desastres causados por el fuego fue el incendio de Coconut Grove, en Boston, en 1942”. (Sabiston, 1981, p. 261). Dicho accidente estimuló las investigaciones de Cope y More sobre las respuestas de las quemaduras donde murieron alrededor de 491 personas en esa discoteca, especialmente demostraron la pérdida de proteínas y líquidos en los quemados.

Otros autores como Allen y Koch en el mismo año de 1942 propusieron el uso de gasas, apósitos e inmovilización para el tratamiento de los quemados.

Se han hecho muchas investigaciones a lo largo del tiempo. Actualmente el tratamiento de las quemaduras de segundo grado profundas y tercer grado se realiza de la siguiente manera:

- Traslado de quemados a centros especializados: En nuestro país lamentablemente no todos los hospitales poseen un área para el tratamiento de quemaduras, peor aún la mayoría de provincias o en el campo que no cuentan con un hospital o clínica que tenga los equipos adecuados. Por esta razón algunos pacientes del Baca Ortiz, provienen de diferentes zonas del Ecuador, son trasladados a este Hospital, ya que es el que posee instalaciones especializadas para esta problemática.

- Escarotomía: “Ésta es meramente la incisión de la escara en toda su profundidad, con lo que se alivia la presión a que están sometidas las arterias y venas profundas” (Schwartz, Shires y Spencer, 1991, p. 252). Estos autores afirman que en caso de que haya insuficiencia vascular se debe realizar de inmediato la escarotomía.

Dicha incisión se realiza sin anestesia, puesto que en las quemaduras de tercer grado se ha perdido la sensibilidad.

- Quemaduras faciales: Dávalos y otros (2005, p. 135), aseguran que una vez aplicados los injertos en las zonas afectadas, se mantienen con suturas y vendas (apósitos) vaselinadas para evitar una desecación. Cuando los afectados son los párpados y ojos, se aplican ungüentos antibacterianos para proteger la córnea o se procede a la tarsorrafia. Se debe esperar hasta que se cicatricen las heridas para más adelante hacer las reconstrucciones faciales.

En ocasiones se utiliza una máscara confeccionada con tela de lycra elástica para que los injertos se adhieran con mayor facilidad.

- Según Schwartz y otros (1991, p. 256), los injertos son aplicados como láminas de piel, fijados con vendajes que van a facilitar su adherencia y evitar un desacomodo accidental. Estas láminas de piel se extraen de otra parte del cuerpo, que se convierte en zona donadora.
- Utilización de vendas en las heridas para evitar infecciones y en las áreas injertadas como ya se menciona.
- Nutrición adecuada: El aporte nutricional en el paciente quemado es fundamental ya que provee al organismo fuentes calóricas para su recuperación, mediante el aporte de calorías, proteínas, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas (A,C,D,E,K y complejo B) y minerales (Zinc),

además benefician a la cicatrización de las heridas, como lo refieren Dávalos y otros (2005, p. 85-93). Estos autores aseguran que una quemadura grave conlleva a una pérdida de la masa corporal magra, en la que se afecta el funcionamiento muscular, pulmonar, cardíaco, hepático, renal y a los mecanismos de defensa inmunológica (en la que se realiza la síntesis proteica).

La alimentación se realiza por vía oral y administración intravenosa de los nutrientes.

- Baños cada 48 horas (donde se les realizan limpiezas quirúrgicas): Antes de que ingrese el paciente hay un control de limpieza y asepsia de la tina de baño como del área. Se utilizan apósitos, gasas, tijeras, jabón, shampoo quirúrgico, etc.

Se verifica que las vías venosas estén protegidas, también hay una coordinación con el médico anestesiólogo para la sedación o analgesia.

Después de este proceso los niños son llevados a la sala de recuperación, para ser estabilizados. Éstos quedan adoloridos con necesidad de reposo por algunas horas.

- Fisioterapia: La Asociación Española de Fisioterapeutas la define como:

El conjunto de métodos, actuaciones y técnicas, que mediante la aplicación de medios físicos, curan, previenen y adaptan a personas discapacitadas o afectadas de disfunciones psicósomáticas, somáticas y orgánicas o a las que desean mantener un nivel adecuado de salud.

Schwartz y otros (1991, p. 258-259), afirman la importancia de la Fisioterapia desde el momento en que ingresa el paciente hasta el día en que le dan el alta, en donde el paciente ya haya cicatrizado sus heridas y pueda conservar el arco de movimiento normal.

Mediante una serie de ejercicios y posturas adecuadas cada día para su recuperación, evitando la inmovilización prolongada. Una vez colocados los injertos el paciente puede seguir con la fisioterapia, lo que va a motivar al niño en su recuperación.

Entonces para la rehabilitación del paciente quemado también es importante la movilidad articular, que hace que aumente el volumen respiratorio o le dé una sensación psicológica de normalidad, pues al inicio deben estar en una postura de reposo. Dávalos y otros (2005, p. 215) refieren que la funcionalidad de los arcos de movimiento y la ejercitación de los segmentos corporales permitirán que el niño cumpla con estructuras de la vida cotidiana por sí mismo, es decir el pequeño al ir recuperando su autonomía.

- Otras terapias: La terapia respiratoria (oxigenoterapia) se aplica a los niños con quemaduras por inhalación de gases.

El control de cicatrización se verifica a todos los tipos de etiología de quemaduras para comprobar la evolución de las heridas.

La presoterapia es la presión sobre la cicatriz, con el uso de prendas de lycra ajustadas de acuerdo a la zona, como se mencionó en las quemaduras faciales usan la máscara y en otras partes del cuerpo son guantes, mentoneras, shorts, chalecos, con la finalidad de mantener firmes los injertos o que las secuelas no evolucionen.

- Tratamiento psicológico: Este último es fundamental en el paciente, el cual está bajo una crisis al ser hospitalizado. En el caso de los niños presentan mucho temor y pueden desarrollar síntomas psicológicos en el periodo de internación, empezando por la ansiedad de separación en los más pequeños.

El paciente antes de ingresar al hospital llevaba una vida normal: iba a la escuela, convivía con su familia, jugaba por las tardes, hacía sus deberes e incluso algunos trabajaban. Estas actividades tuvieron que ser interrumpidas debido al accidente que provocó quemaduras en el cuerpo del niño. Este cambio brusco que provoca la hospitalización puede ser causa de desequilibrio en el área emocional por la separación de sus padres y del entorno al que pertenece. El acompañamiento psicológico va a beneficiar a que este proceso sea menos angustiante para el quemado y su familia, ya que ambas partes viven momentos de estrés, que podrán ser paliados con el acompañamiento psicológico durante el periodo de hospitalización.

1.6 SECUELAS DE LAS QUEMADURAS

Como se menciona al principio de este capítulo los accidentes dejan secuelas que pueden durar toda la vida. En el caso de las quemaduras graves, las secuelas que pueden quedar según Romero (1984) son cicatrices que varían de las discromías al queloide.

El queloide es el “crecimiento excesivo liso de tejido fibroblástico que surge en un área de trauma” (Manual de Merck, 1977, p. 1741).

“En casos extremos de destrucción de tejidos en profundidad llegando a la carbonización está indicada la amputación de urgencia” (Romero, 1984, p. 301). Esta cuestión es común en las quemaduras eléctricas, donde hay obstrucción arterial, la misma que dependiendo a su gravedad como refiere este autor, puede ocasionar una amputación de uno o varios miembros del cuerpo, e incluso puede llegar hasta la muerte.

El día de hoy los pacientes con esta situación tienen la oportunidad de usar prótesis, que les ayudará en su rehabilitación y reinserción social.

En 1969, Mir y Mir (p. 235) denominan a la secuela posquemadura como a una alteración objetiva, funcional, morfológica o estética. También la define como a toda aquella otra alteración subjetiva, molestias, prurito (picazón), etc., relacionados con la lesión sufrida por la quemadura, una vez que haya finalizado su capacidad de evolución hacia la curación.

Estos autores distinguen a las secuelas posquemaduras en dos grupos: en secuelas aparentes y verdaderas, las primeras son lesiones consecutivas a la evolución de la quemadura, mientras que las otras son alteraciones ya definitivas, cuyo desarrollo haya finalizado.

Mir y Mir (1969, p. 237-249) señalan entonces a las secuelas como:

Secuela-lesión: son lesiones evolutivas, secuelas aparentes. Estos autores han notado una mayor presencia de cicatrices hipertróficas, pseudoqueloideas en las quemaduras que se han cauterizado de forma espontánea que en las que han sido tratadas quirúrgicamente, mediante injertos cutáneos.

Secuela residual: en estas secuelas verdaderas una vez finalizada la evolución de la cicatriz posquemadura con esta última fase de secuela-lesión, queda establecida definitivamente la ya nombrada secuela, habiendo una mejora desde el punto de vista objetivo como subjetivo, es decir se acaban las molestias, el prurito, etc.

En cuanto al tratamiento la aplicación de injertos o alguna otra indicación quirúrgica se impondrá dependiendo al caso. En las secuelas ya establecidas se puede optar por los injertos, mientras que en las aparentes se hará alguna intervención sólo de ser necesario como en la aparición de ulceraciones.

Luego de este recorrido por el aspecto médico de las quemaduras pasamos al desarrollo del aspecto psíquico empezando por la constitución misma de la imagen corporal en el niño.

CAPÍTULO II

2 EL NIÑO Y SU CUERPO

El cuerpo se crea como es mirado. Primero, responde a la mirada familiar y después, a la mirada social.

(Alejandro Jodorowsky)

Este enunciado de Alejandro Jodorowsky hace referencia a la manera en que percibimos nuestro cuerpo a través de la mirada del Otro.

Al referirse a la noción de cuerpo autores como el filósofo fenomenólogo francés Maurice Merleau-Ponty dice que “el cuerpo es la manifestación del hombre y presencia en el mundo, solo en él y por él se concreta nuestro ser, las experiencias motrices no solo son experiencias del cuerpo sino una experiencia del cuerpo en el mundo; yo no estoy ni en el espacio ni en el tiempo, yo soy del espacio y del tiempo, mi cuerpo se aplica a ellos y los abraza” (Merleau-Ponty, 1975).

El psicólogo pedagogo también francés Henri Wallon (1965), señala que el cuerpo es el eje del mundo y con él se adquiere conciencia de todo lo que nos rodea.

Otro autor Bucher (1976) en cambio dice que “el niño al experimentar con su cuerpo engloba todo su campo experimental: lo percibido, lo consciente o no, lo vivido, lo hecho, lo conocido, lo dado y lo recibido, todo lo cual van constituyendo los datos significativos sobre los cuales va construyendo su personalidad”.

El psicoanalista Bernard (1985, p. 49-52), basándose en la teoría de Wallon sobre los comienzos de la conciencia del cuerpo refiere que el niño desde muy

pequeño lo va experimentando, a pesar que de recién nacido no lo distingue del mundo exterior. Empieza a descubrir el movimiento de sus manos, pies y dedos con asombro, ya que los percibe como objetos ajenos a él hasta el sexto mes. El pequeño presenta un gran interés por palparse el cuerpo durante ese periodo como hasta después del año, es decir se lleva las manos a la boca, al pecho, igualmente que a los muslos.

Primero hay una simbiosis fisiológica, el bebé tiene una dependencia del otro desde la fase intrauterina que se prolonga más allá del nacimiento, debido a que continúa dependiendo en cuanto a sus necesidades. Los movimientos entonces de las personas que lo manipulen formaran las primeras actitudes del infante, en especial los movimientos maternos.

Luego viene una simbiosis afectiva en el diálogo tónico que el niño tiene con la madre o la persona que lo cuida, hablando de los intercambios que tiene ésta para con él en cuanto a sus necesidades fisiológicas como emotivas.

Por eso Bernard (1985, p. 79), dice que la motricidad para el recién nacido es la única forma de contacto psicosocial. Este autor menciona en su libro a René Spitz, el cual señala la importancia de la relación primordial entre el hijo y la madre. Nombra también a Ajuriaguerra, él cual habla sobre el papel que tienen las caricias y manipulaciones que le dan al pequeño cuando es bañado o besado.

Gestos, palabras, cariños, ternura, afectos, acciones que tenga la madre para su bebé quedarán inscritos en el psiquismo del pequeño, en su historia, que día a día se irá formando, todo esto en relación a lo que señala la psicoanalista Dolto (1984) a la que revisaremos en este capítulo con su escrito "La imagen inconsciente del cuerpo".

Anzieu en el año de 1987, en su escrito "el yo-piel" menciona el artículo de la americana Barrie Biven (1982), la cual enumera datos sobre la importancia de

la piel. Uno de estos puntos se refiere a que “la piel que el recién nacido aprende a conocer mejor es la de las manos y la de los pechos de la madre”. Se refiere esto porque el órgano más afectado en una quemadura es la piel, como se vio en páginas previas.

Entonces el niño poco a poco irá reconociendo su propio cuerpo, como suyo, diferenciándolo del de los demás. Este proceso lo hará a través de la experiencia del espejo y también de la relación que tenga con su madre, quién será un soporte para él ante estas vivencias del pequeño.

“Nuestro cuerpo es un constante llamamiento al cuerpo de otro y una constante referencia a él, pues la mirada de ese otro me valora como objeto digno de ser amado, en suma, me juzga” (Bernard, 1985, p. 145). Este autor refiere que para que adquiramos una imagen de nuestro cuerpo conforme para nosotros dependerá tanto de la aceptación de la mirada como del juicio de los demás. Siendo esta primera mirada la de nuestra madre.

Primero, está la mirada exterior procedente de los otros, la mirada que me reconoce o me rechaza pero que, de todas maneras, influye en la imagen que tengo de mí mismo. Luego, está mi propia mirada interior, suma de todas las miradas de los otros introyectadas con el paso del tiempo. Esta automirada se traduce a menudo como una conciencia moral que me halaga o me critica, me elogia o me condena. Pero, ya sea interior o exterior, la mirada continúa siendo, indiscutiblemente, el principal agente formador de la imagen de uno mismo (Nasio, 2008, p. 142).

Dolto explica que esto quiere decir que dependiendo de la relación que haya tenido con sus padres, si éstos fueron buenos, amorosos, le inculcaron desde pequeño que es alguien capaz, el individuo aprenderá amarse y juzgarse como ellos lo hicieron con él. La mirada entonces, las opiniones de los otros no tendrán mayor importancia ni lograrán desestabilizarlo, si esta persona se siente tranquila, satisfecha, conforme consigo misma.

En sí nos veremos con los ojos de los que nos amaron primero, que son nuestra familia, después esta percepción será con los otros.

2.1 NARCISISMO

Freud escribe la obra “Introducción al narcisismo” en el año de 1914, haciendo referencia a que la persona toma como objeto de amor a su propio cuerpo. El término lo utiliza con anterioridad en una reunión de la Sociedad Psicoanalítica de Viena en 1909, declarando que el Narcisismo es un estadio intermedio entre el autoerotismo y el amor de objeto.

Continúa con otros escritos como “un recuerdo infantil de Leonardo Da Vinci” en 1910, donde hay una explicación más extensa del narcisismo, sobre la elección de objeto de los homosexuales, que se toman a sí mismos como objeto de amor, es decir buscan a personas de su mismo sexo para amarlos como su madre los amo, como hizo Leonardo con sus discípulos. En este texto Freud (1910) plantea hipótesis interesantes en el análisis de la vida anímica de este personaje multifacético quien además de ser un gran pintor, tenía otras capacidades como las de escultor e inventor, entonces Freud afirma que en la actividad artística de Leonardo se representaban dos clases de objetos: su madre y su propia persona infantil, ya que los pocos datos biográficos que hay sobre Leonardo afirman que éste fue separado de su madre posiblemente a los cinco años, dejando en él recuerdos que afloraron, en las obras de su adultez.

El descubrimiento del narcisismo condujo a Freud a establecer (en el caso Schreber, 1911) la existencia de una fase de la evolución sexual intermedia entre el autoerotismo y el amor objetal (Laplanche, 1996, p. 228). Como se menciona al inicio la persona toma su propio cuerpo como objeto de amor. En 1913, escribe Tótem y Tabú, donde se refiere a lo mismo.

Freud (1914) habla de un narcisismo primario y secundario que según el diccionario de Laplanche (1996, p. 230), el primario sería un estado en el que el niño deposita toda la libido sobre sí mismo y el secundario es la vuelta de la libido sobre el yo, retirada de sus catexis objetales. Es decir este autoerotismo lo lleva no sólo a descubrirse sino también a apropiarse de su propio cuerpo,

tomándolo como objeto de amor, a lo que luego esa libido pasará a investir otros objetos exteriores.

Según Freud (1914, p. 91), en cuanto a los ideales, dice que el narcisismo se desplaza sobre el yo Ideal del niño, donde recae el amor de sí mismo que en la infancia gozó el yo real. Entonces el sujeto utiliza un sustituto del narcisismo que perdió en su infancia, en la que él era su propio ideal, intentándola recuperar por medio de este sustituto que viene a ser el Ideal del yo.

La palabra Narcisismo viene del mito de Ovidio, que cuenta la historia de un joven llamado Narciso que tenía una belleza indescriptible. Muchas mujeres se enamoraban de él, pero también se decepcionaban debido al rechazo de éste hacia ellas.

Narciso fue castigado por la diosa de la venganza Némesis, en amar sin ser correspondido al igual que estas mujeres. Un día el joven cansado después de una de sus actividades que era la caza, sediento se disponía a tomar agua de una fuente, en el trayecto se encuentra con una ninfa (Eco) que como las otras muchachas estaba enamorada de él, pero al igual que el resto fue rechazada. Se acerca entonces a dicha fuente, donde ocurre algo interesante: queda cautivado con la hermosura de su propia imagen sin saber que se trataba de él mismo.

Hay dos versiones que pueden prestar a confusión sobre el mito escrito por Ovidio en el año 43 A.C. en su libro "Las Metamorfosis". La primera señala que Narciso se enamora de sí mismo al verse reflejado en el agua. Frente a lo que dice Ovidio es que en realidad Narciso se enamora de él mismo, pero porque él suponía que era otro. Desconociendo que esta imagen representaba su propio rostro, es de otro de quien Narciso se enamora sin saberlo. El final del relato señala que el joven tratando de alcanzar esa imagen cae al agua y aparece en su lugar una flor que lleva su mismo nombre: Narciso.

El concepto de Narcisismo ha sido trabajado por el psicoanálisis con mucha atención, Dolto (1984), se refería al mito colocando en el lugar del otro a la madre.

El Doctor Guido Macías-Valadez Tamayo (1999) define al narcisismo de la siguiente manera:

El narcisismo se refiere al depósito de energía afectiva en la representación mental de la "imagen" que la madre y la familia han proyectado al niño y que en el futuro será la autoimagen, en donde como Narciso se deleita con lo que el espejo refleja (Macías-Valadez, 1999, p. 298).

Este enunciado de Macías-Valadez (1999), hace referencia a la importancia que tiene la madre y la familia para el niño, significa el soporte que representa para este, la seguridad de enfrentarse con el mundo, ante las diferentes adversidades externas e internas que el niño puede encontrar. Pensemos en el tema preciso de este trabajo, es decir una quemadura grave.

La familia va a fomentar el amor de sí en el niño, va sostener su narcisismo, el cuidado que tenga consigo mismo y su cuerpo. Será una tendencia al crecimiento.

Según Dolto (1994), es toda esa historia desde el nacimiento del sujeto que empieza con un narcisismo fundamental, que es la relación de la madre con el niño, entonces el narcisismo de este como sujeto, se construye en la relación día a día con sus progenitores y demás familiares. Es en la niñez en donde este narcisismo, este amor propio se va a formar.

"Lacan descubre la importancia del espejo en la formación de la identidad de un niño, que se produce entre los seis y los dieciocho meses" (citado en Nasio, J. 2008, p. 83). Este trabajo de Lacan se denomina "Estadio del Espejo" realizado en el año 1936, que va a intervenir en la formación del yo y del sí mismo del niño.

Jacques Lacan (1949) en su escrito “el estadio del espejo como formador de la función del yo”, habla sobre la importancia del reconocimiento de la madre frente a este espejo, la madre sostiene al niño y le dice ése eres tú, otorgándole la identificación de un ése soy yo, en el momento preciso en que el bebé gira su cabeza hacia la boca de la que proviene esa palabra. Se mirará entonces con los ojos de la persona que lo ama o lo detesta que viene a ser la madre o quién cumpla esa función. Hay que tener en cuenta que para este autor la fase del espejo, interviene como llama a su obra en la formación del yo y del sí mismo, siendo a la vez importante para él distinguirlos: el yo es la afirmación de ser uno, mientras que el sí mismo es el sentimiento de ser uno mismo.

Según el diccionario de psicoanálisis de Chemama, R y Vandermersh, B (2004, p. 212-438), para que el niño pueda apropiarse e interiorizar su imagen del cuerpo, es necesario el narcisismo, el lugar que ocupa el pequeño en el gran Otro. Es decir este narcisismo se construirá por medio del amor y la mirada que este gran Otro deposite sobre el niño.

El estadio del espejo es una fase observable del desarrollo infantil en el transcurso de la cual al niño aún muy pequeño descubre reflejada en un espejo la imagen global de su cuerpo (Nasio, J. 2008, p.84). El niño lo hará a través de una de las imágenes que habla Lacan que es la imagen especular que veremos más adelante, la cual le muestra al niño frente al espejo que posee una figura humana propia, distinta a la de los demás y que posee movimiento. Es decir empieza a hacer el reconocimiento de su propio cuerpo.

Chemama, R y Vandermersch, B (2004, p. 439) afirman que es “de allí que procede el narcisismo primario, es decir, la investidura pulsional, deseante, amorosa, que el sujeto realiza sobre sí mismo o, más exactamente, sobre esa imagen de sí mismo con la que se identifica”.

Según Dolto (1994, p.126), después de la experiencia del espejo, la imagen inconsciente del cuerpo formará su propio esquema corporal, en donde el niño

descubre si su narcisismo se satisface a través de la imagen que ve en el espejo: su integridad, su carácter.

La presencia del Otro, las experiencias que haya tenido en este caso con la madre, le ayudan a dar respuesta de esta imagen que el niño ve en el espejo, a darse cuenta que esa imagen es propia y la de la madre es otra. De lo contrario la imagen inconsciente del cuerpo desaparecería y la imagen escópica como Dolto la llama, en lugar de especular no tendría sentido para él.

Lo que puede ser dramático es que en un niño al que le falta la presencia de su madre o de otro ser vivo que se refleje con él, acabe “perdiéndose” en el espejo (...) ciertos niños pueden caer así en el autismo, por la contemplación de su imagen en el espejo, trampa ilusoria de relación con otro niño (...) Esta imagen de ellos mismos no les aporta nada más que la dureza y el frío de un cristal, o la superficie de un agua durmiente en la cual, atraídos al encuentro del otro, como Narciso, no encuentran a nadie: una imagen solamente (Dolto, 1984, p. 120).

Esta autora quiere decir que en el niño hay una invalidación del sentimiento de existir y una vez más aclara la importancia del Otro en esta fase del pequeño, que es la del espejo. La relación a través del lenguaje con ese Otro es fundamental, ese Otro que lo sostiene ante ese espejo, tranquilizándole y a la vez aclarándole que esa imagen es suya.

Como vemos en el mito de Narciso, no hubo un otro (la madre o quién cumpla esa función) que lo sostenga ante esa imagen que veía reflejada en el agua y le señale que esa imagen lo reflejaba a él mismo.

Referimos entonces al Narcisismo: como “la mismidad de ser, conocida y reconocida, que va-deviene para cada cual según la índole de su sexo” (Dolto, 1994, p. 43). Para esta autora el narcisismo asegura la continuidad del ser de una persona, pero primero este tiene que organizarse en función de las duras pruebas con las que tropieza el deseo del niño que son las castraciones.

2.2 IMAGEN INCONSCIENTE DEL CUERPO

A lo largo de la historia el término imagen corporal fue nombrado y definido por diversos autores. El primero en formalizar esta expresión fue el psicoanalista Paul Ferdinand Schilder de Viena en su obra "Imagen del cuerpo" en el año de 1935, en donde la idealiza como una representación que nos hacemos mentalmente de nuestro cuerpo.

Otros autores en el campo de la psicología que también emplearon el término imagen del cuerpo fueron la alemana Charlotte Bühler, Mark Baldwin de Estados Unidos y el neuropsiquiatra Jean Lhermitte quién la llamó "imagen del propio cuerpo" en el año de 1939, retomará este término desarrollándole de otra manera por el psiquiatra, psicoanalista francés, Jacques Lacan.

Horowitz (1966), la conceptualiza como una parte de la función del yo, llamada representación de sí.

Luego aparece la definición del psicólogo francés Henri Wallon en uno de los escritos de Ajuriaguerra en 1993 (De la psicomotricidad al cuerpo en relación con el otro), en donde dice que "está basada en la asimilación de la experiencia vivida de ese cuerpo en su relación con el otro".

Gisela Pankow psiquiatra y a la vez una de las psicoanalistas más renombradas en el tema de la psicosis, propone "la imagen dinámica". Françoise Dolto la nombró "la imagen inconsciente del cuerpo".

Françoise Dolto en el año de 1984 publica su libro "La imagen inconsciente del cuerpo", la cual según la autora es propia de cada individuo, ligada al sujeto y a su historia, definiéndole como sigue:

La imagen del cuerpo es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales: interhumanas, repetitivamente vividas a través de las sensaciones erógenas electivas, arcaicas o actuales (...) es a cada momento memoria inconsciente de toda la vivencia relacional y al mismo tiempo es actual, viva, se halla en situación

dinámica, a la vez narcisística e interrelacional: camuflable o actualizable en la relación aquí y ahora, mediante cualquier expresión fundada en el lenguaje, dibujo, modelado, invención musical, plástica, como igualmente mímica y gestual (...) se estructura mediante la comunicación entre sujetos (Dolto, F. 1984, p. 21-22).

Dolto afirma con su definición que la imagen inconsciente del cuerpo es toda esa historia llena de experiencias del sujeto, desde cuando es un bebé. Por medio de esta imagen, el individuo puede entrar en comunicación con el otro. El niño se expresará de diferente manera como lo hace el adulto, este lo hará a través de técnicas que Dolto sugiere como el dibujo o el modelado.

La relación con la madre, el lenguaje oral y afectivo que tenga ésta para con su hijo ayudará a estructurar la imagen del cuerpo del pequeño, incluso en niños que padezcan discapacidades, la intervención de ésta madre será fundamental para la autonomía de los niños en la vida.

Por otra parte Nasio (2008, p. 21), siguiendo a Dolto señala que la imagen inconsciente del cuerpo es el conjunto de las primeras y numerosas impresiones grabadas en el psiquismo infantil por las sensaciones corporales que un bebé o un feto experimenta en el contacto con su madre. Es decir son todas esas sensaciones que una persona experimenta en su infancia y las imágenes que quedan impresas en cuanto a la relación afectiva con su madre, desde la gestación hasta cuando el niño descubre su imagen en el espejo. Sensaciones que el individuo va a revivir en el trayecto de su vida sin darse cuenta.

Dolto (1984, p. 42) propone tres imágenes, las cuales construyen la imagen inconsciente del cuerpo. Estas imágenes son:

- **Imagen de base:** Conforme a Dolto (1984, p. 43) esta imagen es la que le va a permitir al niño experimentarse en una mismidad de ser, es decir este va a poder seguir en una continuidad narcisista o de espaciotemporal, que está presente desde su nacimiento. Esta mismidad

le da al niño el sentimiento de existir, de reconocerse, de ligarse a su narcisismo, ya que es aquí donde se forma este.

El niño antes de nacer ya tiene una historia, sus antepasados la han ido construyendo para él. Es decir son ellos los que esperan la llegada de este bebé del que hablan, atribuyéndole rasgos físicos, sexo, actividades futuras, etc.

Entonces el narcisismo empieza desde antes de la concepción del niño, donde hay un narcisismo primordial que son estos significantes.

“La imagen de Base es la que le da al niño la convicción de que su cuerpo se asienta sobre un suelo firme que lo sostiene y lo soporta” (Nasio, 2008, p. 27). Convicción que será dada por la madre, mediante el lenguaje que esta tenga con su hijo, ya sea con palabras, caricias, besos, abrazos y sobre todo la seguridad que habrá un retorno de esta.

Esta imagen es fundamental, debido a que por medio de esta se forma la relación con la madre, le provee seguridad.

La imagen de base permite al niño el sentimiento de ser, de existir.

- **Imagen funcional:** Dolto (1984, p. 47), asegura que esta imagen tiende al cumplimiento de un deseo.

Nasio (2008, p. 28), dice que el cuerpo infantil de la imagen funcional está en constante actividad, abierto a los intercambios con la madre, ya sean intercambios sustanciales (donde se responden a sus necesidades) o intercambios sutiles (donde la madre responde a los deseos de ternura de su bebé como caricias, palabras dulces, timbre de voz, miradas tiernas).

- **Imagen Erógena:** Para Dolto (1984, p.49), esta imagen está asociada a determinada imagen funcional del cuerpo, en donde se focalizan el placer o displacer erótico, en cuanto a la relación con otro.

Las tres formarán la imagen dinámica, la cual corresponde al deseo de ser y a una intensidad de espera del alcance del objeto.

Según Lacan el término "imagen" significa la réplica o el doble de algo, que puede aparecer como un reflejo en una superficie pulida (espejo o vidrio), como una representación grabada en la consciencia o en el inconsciente, a través de una sensación y finalmente como una actitud corporal, es decir mediante un comportamiento, emoción o algún gesto, que viene a ser la imagen actuada, manifestada por el sujeto sin darse cuenta. Por ejemplo una imagen actuada sería el doble de una mirada triste.

Este autor refiere tres principios, los cuales definen qué es una imagen: el primero es como se acaba de mencionar la imagen es el doble de algo, el segundo destina el lugar donde se inscribe la imagen, es decir puede que esta imagen esté en nosotros o fuera. El tercero se relaciona con la carga afectiva, con las imágenes que pueden ser conmovedoras.

Por otra parte Lacan propone dos imágenes principales:

- **Imagen mental:** Esta imagen es no visual, de mis sensaciones físicas. Es decir es la imagen mental de mis experiencias corporales o afectivas, impresas en la psique de la experiencia misma y de los detalles de la zona corporal afectada.

Estas imágenes pueden ser conscientes o inconscientes. Por ejemplo la imagen actuada es una imagen inconsciente.

- **Imagen especular:** Anteriormente se menciona que Lacan (1936) descubre la importancia del espejo en la identidad de un niño entre los seis y dieciocho meses, a lo que designa con el término de “estadio del espejo”.

Según este autor la imagen especular es el reflejo de nuestra silueta en el espejo o aparecida en un soporte como en una fotografía, pantalla, escultura o dibujo. Mediante esta imagen, se puede alimentar el amor o el odio hacia uno mismo, es decir mi imagen me puede tanto atraer, como decepcionar.

Lacan (1936, citado en Nasio, 2008, p. 83-89) crea ocho proposiciones sobre la imagen especular del cuerpo: el estadio del espejo.

- Como se había señalado en páginas precedentes, el estadio del espejo se define como la fase observable del desarrollo infantil en el transcurso de la cual el niño aún muy pequeño descubre reflejada en un espejo la imagen global de su cuerpo (Lacan, 1936). Mediante esta fase del espejo hay el nacimiento del yo, del sí mismo y del otro.
- El personaje principal del Estadio del espejo no es el bebé, ni siquiera su mirada; sino la imagen especular de su cuerpo (Lacan, 1936). A pesar del espejo, el ojo que capta la imagen y del otro que está junto a él, el niño sigue siendo el protagonista de esta fase.
- La imagen especular le muestra al niño que su cuerpo tiene una forma humana, le hace sentir que es una entidad distinta de las otras figuras reflejadas en el espejo y le hace creer que es una entidad homogénea (Lacan, 1936). Es decir mediante esta imagen el bebé empieza a darse cuenta que posee una silueta humana, diferente a las demás que se reflejan en ese espejo y que posee movimiento.

- La imagen especular le da al niño la ilusión triunfante de dominar su cuerpo (Lacan, 1936). El pequeño experimenta el júbilo de saber que esta figura humana reflejada en el espejo, es suya y puede dominarla a su antojo.
- La relación del niño con la imagen especular está condicionada por la presencia del Otro (Lacan, 1936). El niño ante el primer encuentro con esa imagen reflejada en el espejo, da un giro con el fin de encontrarse con la mirada tranquilizadora del Otro quién lo sostiene en sus brazos o está a su lado, que le sonrío, que le dice con palabras tranquilizadoras que esa imagen es suya y cómplice a la vez de la alegría de este pequeño.
- El hecho de que el niño asuma su imagen especular es un movimiento de identificación (Lacan, 1936). A pesar de que el niño asiente las bases de su identidad, en identificaciones con los adultos, también lo hará con la identificación consigo mismo, con el modelo especular de sí mismo. Es decir lo que lo hará ser él, será la imagen de sí mismo y poco a poco se percibirá como una entidad distinta.
- Mi imagen especular es equivalente a la silueta de mi hermano humano (Lacan, 1936). Lacan afirma que la identificación con la imagen del otro que es tan humano como él, también tiene lugar en el estadio del espejo. La atracción que sentimos por nuestra imagen, puede ser tan fuerte como la que sentimos por el ser que amamos.
- Somos ajenos a nuestra imagen y, por lo tanto, al otro que la encarna (Lacan, 1936). Lacan quiere decir con esto que para que el pequeño se pueda sentir el mismo, está obligado a recortar su imagen de la de su semejante, sintiéndose tranquilo al verse delante de él tan humano como ese otro. En sí siempre dependemos del otro.

2.3 ESQUEMA CORPORAL

La noción de esquema corporal, es definida anteriormente por diversos autores y nombrada de distinta manera. El término cenestesia es atribuido por el fisiólogo Reil en el siglo XVIII, para referirse a las sensaciones internas, que actualmente son llamadas propioceptivas e interoceptivas.

El neurólogo Bonnier especialista en trastornos auditivos, en el año de 1905 utiliza el término “esquema”. Para este médico era una figuración topográfica de nuestra corporalidad.

Head y Holmes en 1911 proporcionan la expresión “esquema postural”. El alemán Pick lo nomina “imagen espacial del cuerpo” en 1934. Otros autores propondrán como Van Bogaert en 1934 “la imagen de nuestro cuerpo” y “la imagen de mi cuerpo” por Andre Thomas en 1949.

Por otro lado, el neuropsicólogo Henri Hecaen y el neuropsiquiatra psicoanalista Julián de Ajuriaguerra definen al esquema corporal de la siguiente forma: desde el punto de vista psicológico es un sentimiento que tenemos de nuestro propio cuerpo y nuestro espacio temporal, mientras que desde el punto de vista fisiológico nos da el sentimiento correspondiente a la estructura real del cuerpo.

Ajuriaguerra al respecto refiere:

El reconocimiento del esquema corporal está basado sobre las impresiones táctiles, cenestésicas, laberínticas y visuales, construido de forma activa y en un constante evolución sobre las base de informaciones actuales y pasadas.

Gerstmann en 1958 lo especifica como un modelo de su cuerpo o yo físico, que cada uno se forma en su mente, en el curso de la vida.

El psicoanalista Schilder refiere que el esquema corporal es la imagen tridimensional que el individuo tiene de su propio cuerpo.

El psicobiólogo Wallon determina a este concepto como una necesidad, debido a que se constituye según los deseos de la actividad. Para este autor es el resultado y la condición de procesos relacionales entre el individuo y el medio. Refiere que el esquema corporal es una construcción, un elemento base para el desarrollo de la personalidad del niño.

El psicólogo Henri Wallon más los aportes de psicobiología dan a conocer la significación del desarrollo emocional del niño, basándose en la unidad psicobiológica del sujeto con el medio, donde el psiquismo y la motricidad vienen a representar la expresión de las relaciones del individuo con del entorno. “De allí la importancia del movimiento en el desarrollo psíquico del niño y en la construcción del esquema corporal que no es dado inicialmente, no es una entidad biológica, es una construcción” (Sassano, 2003, p. 14).

Por otra parte el epistemólogo, psicólogo, biólogo suizo Jean Piaget dice que la actividad motriz es el inicio del desarrollo de la inteligencia.

En el año de 1905 el neurólogo francés Dupré, describe el primer cuadro clínico específico, siendo este la debilidad motriz, al observar características de niños débiles mentales donde relaciona las anomalías neurológicas y psíquicas con las motrices. Sus estudios son el origen de la Psicomotricidad. Otro médico llamado Guilmain en 1935 crea el primer método de evaluación psicomotora.

Más adelante aparecen una serie de tratamientos de los distintos trastornos motrices y aportaciones de diversas figuras como: Soubiran creadora del “instituto superior de reeducación psicomotriz” y discípula de Ajuriaguerra; Picq y Vayer, Boucher, Le Boulch con su método derivado de la educación física al que nombra “Psicocinética”; Bernard Aucouturier con “práctica psicomotriz”, entre otros.

De Lièvre y Staes (1992) definen a la psicomotricidad de la siguiente manera:

La psicomotricidad es un enfoque global de la persona. Puede ser entendida como una función del ser humano que sintetiza psiquismo y motricidad con el fin de permitir al individuo adaptarse de manera flexible y armoniosa al medio que le rodea. Puede ser entendida como una mirada globalizadora que percibe las interacciones tanto entre la motricidad y el psiquismo como entre el individuo global y el mundo exterior. Puede ser entendida como una técnica cuya organización de actividades permite a la persona conocer de manera concreta su ser y su entorno inmediato para actuar de manera adaptada (citado en Sassano, 2003, p. 22).

Según Muniáin (1997, citado en Sassano, 2003, p. 23):

La psicomotricidad es una disciplina educativa/reeducativa/terapéutica, que considera al ser humano como una unidad psicosomática, la cual actúa sobre su totalidad por medio del cuerpo y del movimiento, en el ámbito de una relación cálida, a través de métodos activos de mediación principalmente corporal, con la finalidad de contribuir a su desarrollo integral.

Le Boulch lo definió como: “el conocimiento inmediato y continuo que nosotros tenemos de nuestro cuerpo en estado estático o movimiento, en relación con sus diferentes partes y sobre todo en relación con el espacio y los objetos que nos rodean”.

El esquema corporal es entonces como se menciona al inicio definido y nombrado de diferente manera, pero también fue designado en otras terminaciones como “yo corporal”, “conciencia corporal”, “imagen corporal”, “conciencia del cuerpo”, “precepto del cuerpo”, “imagen del cuerpo en el cerebro”, “cuerpo físico actual”, entre otras.

El niño va conociendo su propio cuerpo a través de las distintas sensaciones que de él recibe (contactos, dolores, roces, calor, etcétera) y de la elaboración mental que realiza de estas sensaciones (Océano, 58). Impresiones que sean dadas por la madre o por la persona que cumpla esa función.

Dolto (1984), en su libro “La Imagen Inconsciente del Cuerpo” lo define de la siguiente manera:

El esquema corporal es una realidad de hecho, en cierto modo es nuestro vivir carnal al contacto del mundo físico. Nuestras experiencias de la realidad dependen de la integridad del organismo, o de sus lesiones transitorias o indelebles, neurológicas, musculares, óseas y también de nuestras sensaciones fisiológicas viscerales, circulatorias, todavía llamadas cenestésicas (...) especifica al individuo en cuanto representante de la especie, sean cuales fueren el lugar, la época o las condiciones en que vive (Dolto, 1984, p. 18)

Según Dolto (1984), aunque los niños no recuperen un esquema corporal sano, su imagen del cuerpo puede verse no afectada, dependiendo de que la relación con la madre y el entorno hayan sido tanto satisfactorios como flexibles, sin excesiva angustia por parte de los padres, hasta el apareamiento de la enfermedad, en el curso de la misma, como hasta después. Para esta psicoanalista va a depender del vínculo emocional de los padres con su persona, de que éstos le ofrezcan precozmente información verídica sobre su estado físico de lisiado.

Este punto es particularmente interesante para este trabajo, ya que con esta afirmación la autora refiere algunos casos de niños con el esquema corporal afectado, muestran que a pesar de poseer un esquema corporal lisiado estos pequeños que tienen una imagen del cuerpo íntegra y por lo mismo utilizan normalmente otros miembros disponibles como lo harían con el que les hace falta, esto es posible si sus padres han cumplido la función de hablarles sobre su invalidez.

Dolto (1984) hace unas diferencias de estos dos temas tan interesantes que son el esquema corporal y la imagen inconsciente del cuerpo:

- El esquema corporal puede ser el mismo para todos (edad, sexo, lugar en el que vive), la cual se va a estructurar mediante el aprendizaje y la experiencia
- En cambio la imagen inconsciente del cuerpo es propia de cada uno, ligada a la historia del individuo, estructurándose a partir de la comunicación entre sujetos. Concepto que fue acuñado por Dolto en el año de 1984.

Otro psicoanalista, Jacques Lacan (1936) la llamó en cambio “Imagen Especular”.

El niño a lo largo del tiempo va adquiriendo la percepción de su esquema corporal, descubriendo poco a poco las partes de su cuerpo como las manos, pies, rostro, cabeza, etc.

2.4 MARCAS CORPORALES Y SUS EFECTOS

Cuando estuve hospitalizado algunos niños lloraban, decían que sus mamás no les iban a querer más porque se habían quemado, pero yo les dije que como nuestra mamá no nos va a querer, si es quien nos cuida, nos da cariño, nos ama a pesar de las cosas que hagamos, es quién está pendiente siempre de nosotros, es la que siempre nos va a perdonar. Mi mamá vino casi todos los días a verme cuando estuve aquí, cada vez que podía ella venía a visitarme.

Es el relato de un paciente de 9 años que estuvo anteriormente internado cuatro meses en el hospital Baca Ortiz, que regresó para ser intervenido quirúrgicamente en los ojos (tarsorrafia). Partamos entonces de la pregunta ¿Por qué hay niños que consiguen elaborar la afectación de su esquema corporal de manera adecuada y otros no?

Para responderla es necesario recordar lo que se menciona en páginas precedentes acerca de la imagen inconsciente del cuerpo, que según Dolto (1984) es esa historia del sujeto, esa relación que se construye día a día con el gran Otro, por medio de palabras, caricias y sobre todo por la mirada que este instaure en su hijo, que puede ser de amor o de rechazo hacia este.

En el discurso de este pequeño se nota claramente que el vínculo con su madre, el narcisismo que ésta depositó en él estuvo bien estructurado desde el inicio, a pesar de su esquema corporal lesionado, pues las marcas de la quemadura han desfigurado su rostro. El niño se refiere a ella con mucho amor y es consciente que ella siente por él lo mismo, lo que le permite aceptar su estado y asumir el regreso al hospital para la intervención quirúrgica, como algo positivo porque gracias a ella va a mejorar su visión. Según Bowlby (1985) la figura de apego del bebé hacia su madre o una figura sustituta “no sólo debe ser accesible, sino que debe estar dispuesta a responder de manera apropiada para brindarle su consuelo o protegerlo” (citado en Schorn, 2004, p. 26).

Para Macías-Valadez (1999, p. 31), a partir del nacimiento del pequeño, las demandas infantiles a que la madre responde se reducen a necesidades básicas como comer, dormir, defecar, orinar, entre otras, éstas se modifican con el tiempo y producen una respuesta materna ampliada, a lo que esta madre responderá o contestará a las pautas de conducta de su hijo que implicarán demandas de contactos o acercamientos, estimulación, etc.

Otro psicoanalista llamado Anzieu (1987), señala que “el bebé adquiere la percepción de su piel a través de las experiencias de contacto entre su cuerpo y el cuerpo de su madre. Aparece el reconocimiento de un YO-PIEL” (citado en Schorn, 2004, p. 27). Este punto es importante porque el órgano más afectado como se vio en el primer capítulo es la piel.

“Un niño con problemas en su desarrollo puede ser un niño sano o enfermo psíquicamente como cualquier otro niño, pero eso dependerá exclusivamente

de la estructura familiar que lo sostiene y de la trama mítica que lo envuelve” (Schorn, M. 2004, p. 15-16). Esta autora quiere decir con su enunciado que la familia será otro factor importante en la vida del pequeño, en su constitución como sujeto humano deseante y pensante, la madre obviamente es el primer vínculo que tiene éste, pero los demás miembros que la conforman como padre, hermanos o figuras sustitutas que le aporten afectos o palabras serán quienes también inscriban al niño en la sociedad, en el entorno que le rodea, en la relación con el otro, a partir de la mirada que instauren en el niño, éste sabrá el lugar que ocupa dentro de ella.

Vemos como entonces el uso adecuado de las palabras cumplen una función mediadora entre la angustia y la tranquilidad o inquietud del niño. La madre como se menciona es la que cumple este papel, de estar dispuesta a responder a las demandas infantiles de su hijo.

En 1909 Freud en el análisis de la fobia de un niño de cinco años, el caso Juanito plantea esta cuestión al referir que las interrogantes de Juanito no son contestadas de la forma correcta en cuanto a lo sexual y a la posición frente al deseo de sus padres, con el nacimiento de una hermanita se activan las preguntas del niño. La fobia a los caballos aparece a la edad de cuatro años, la cual comienza con el temor de que su madre se marche de casa, aunque en este hay la sospecha de las implicaciones genitales de ambos sexos, no recibe las respuestas que tiene derecho a esperar. “Es la palabra del adulto la que lo habrá de marcar y determinará las modificaciones ulteriores de su personalidad” (Mannoni, M. 1987, p. 38).

Fue más o menos entrando a la adolescencia, empiezas a observar en el espejo, empiezas a ver que tienes, que no tienes, entonces dije bueno ¿y mis brazos? Entonces fue cuando me cayó el veinte de que bueno pues yo era una persona diferente, yo tenía una discapacidad y siempre la iba a tener y que siempre las personas me iban a voltear a ver si subía los pies a la mesa y que las cosas siempre me iban a costar más trabajo.

Este es el relato de una conferencista, abogada y escritora de dos libros quién a pesar de su discapacidad ha logrado salir adelante. Se trata de Adriana Macías, nació sin brazos, recibió el apoyo de sus padres y gracias a eso consiguió llevar una vida normal, afirmando que desde el inicio de sus días ellos trataron siempre de adaptarla al medio, en lugar de excluirla.

Volvamos a Dolto (1984, p. 19), a su libro la imagen inconsciente del cuerpo en donde ella menciona algunos ejemplos de niños con el esquema corporal lesionado, uno de ellos corresponde a un niño parapléjico que por medio de la palabra de su madre va a proyectar una imagen sana del cuerpo, hablando de las cosas que podría hacer. “Hablar así de sus deseos con alguien que acepta con él este juego proyectivo, permite al sujeto integrar dichos deseos en el lenguaje a pesar de la realidad, de la invalidez de su cuerpo” (Dolto, 1984, p. 19). Adriana a pesar de su carencia, aprendió a realizar con los pies, lo que hubiera podido hacer con las manos, su imagen del cuerpo estuvo bien estructurada, hubo un Otro que la sostenía, incluso uno de sus libros se titula “abrazar el éxito”, a pesar de no tener brazos.

“Sabemos que la marca real va a dejar su efecto no solamente en la constitución del esquema corporal sino en la imagen inconsciente del cuerpo” (Schorn, 2004, p.15).

“Cuando el niño se ve atacado por una invalidez, es indispensable que su déficit físico le sea explicitado, referenciado a su pasado no inválido o, si éste es el caso, a la diferencia congénita entre él y los demás niños” (Dolto, 1984. p. 18-19). Como sucede con Adriana a pesar de que tanto su madre como su padre fueron un soporte para ella, la discapacidad no fue nombrada desde el inicio, sino hasta después como ella misma menciona en la adolescencia, dándose cuenta de que algo le faltaba (sus brazos), entonces pregunta ¿Porqué nació así?

Antiguamente no había mucha información sobre la discapacidad como la hay ahora. Según Schorn, (2004, p.10) la discapacidad no es una enfermedad, ni tampoco un síntoma que va a desaparecer con el tiempo, es una marca real que va a acompañar al sujeto a lo largo de la vida. Para esta autora la sociedad de hoy arroja al niño con una marca indeleble a un vacío, que es el de la indiferencia.

“Para el niño, asumirán importancia las palabras pronunciadas por quienes lo rodean acerca de su enfermedad (...) también la verbalización de una situación dolorosa le permitirá dar un sentido a lo que vive” (Schorn, 2004. p. 65-66). Es necesario que el niño entienda lo que le está sucediendo, sean éstas las marcas congénitas o recientes debido al accidente.

Las quemaduras graves producirán marcas corporales que no se van a borrar, al contrario van a generar desfiguración en la zona afectada. El periodo de internación sólo ayudará a su cicatrización y a la recuperación del paciente, pero las marcas seguirán ahí, tanto en el cuerpo como en el psiquismo del niño, el cual al verse al espejo podrá confrontarse con una falta de identificación, de reconocimiento de sí mismo, de pensar ése no soy yo. Ahí entonces la importancia de la presencia del gran Otro, el soporte que lo lleve a elaborar este proceso, este duelo que el niño enfrenta.

¿Por qué hablar de discapacidad, de duelo? Si bien los niños se encuentran en un estado crítico durante el periodo de hospitalización, se puede decir que durante este intervalo de tiempo se hallan discapacitados, necesitando la ayuda de otro para poder realizar todo tipo de actividades, incluso sus necesidades básicas más elementales: comer, orinar, defecar, entre otras.

Esta discapacidad puede que dure el curso de recuperación del pequeño, pero también puede que deje una que se quede para siempre, una pérdida con la que el niño tendrá que vivir de ahora en adelante, un duelo al que se va a enfrentar, por ejemplo la mutilación de un miembro de su cuerpo.

Pero no solo los pacientes van a confrontar esta situación, los padres van a encontrarse con sentimientos de culpa, remordimientos, van a enfrentarse a una herida narcisista que no esperaban (Ver Capítulo III).

“Ningún padre está preparado para recibir a un niño con “una marca”. Esta es una realidad que ellos no esperaban” (Schorn, 2004, p. 12). Para esta autora la discapacidad marca no sólo a la marca, sino al pequeño y a toda su familia.

CAPÍTULO III

3 CONSECUENCIAS EN LA VIDA DE LA FAMILIA

Hasta aquí el lector se podrá haber dado cuenta que el tema de este trabajo está siendo desarrollado bajo el enfoque psicoanalítico, apoyado en las teorías de autores renombrados en el campo del psicoanálisis como Sigmund Freud, Françoise Dolto, Maud Mannoni, Jacques Lacan, entre otros como Nasio, y Schorn.

La razón de haber escogido este enfoque fue analizar desde esta perspectiva teórica cómo afecta una situación como la tratada tanto al niño como a su familia. Desde el plano narcisista en ambos lados, pues es la parte más perjudicada.

En este trabajo se menciona la mayor parte del tiempo a la teoría de la psicoanalista Dolto sobre la imagen inconsciente del cuerpo, que es toda esa historia del sujeto.

Al decir que el narcisismo es la parte más perjudicada, se trata de explicar en este capítulo cómo influye en el pequeño, la relación temprana que ha tenido con su madre y por ende como se ve él mismo, en cuanto a la imagen de sí mismo.

En el hospital hay algunos niños que elaboran de diferente manera esta situación, surgen las preguntas: ¿por qué en unos niños no es tan difícil la separación en el momento de ser internados?, ¿por qué no les afecta tanto la condición en la que se encuentra su cuerpo y a otros sí?

El objetivo entonces es analizar la historia del niño, es decir cómo fue la relación tanto con su madre, como con su entorno, lo que Dolto (1984) llama

“La imagen inconsciente del cuerpo” que será descrita en este capítulo, a todos esos afectos, palabras, caricias, entre otras cosas que haya vivenciado.

En el capítulo anterior se vio que la imagen inconsciente del cuerpo se estructura por medio de otras tres: imagen de base, funcional y erógena.

La imagen de base se encuentra muy ligada al narcisismo, debido a que en ésta se forma la relación entre madre e hijo, como refiere Dolto (1984), es aquí donde el niño obtiene el sentimiento de existir, de reconocerse. Es en esta imagen que según Nasio (2008) el niño siente un suelo firme que lo sostiene y lo soporta.

Mannoni (1964) refiere que los padres depositan en su hijo todo lo no resuelto en cuanto a su propio pasado. Es decir, querrán arreglar con el pequeño, el vacío que ellos tuvieron con anterioridad, pero esta relación puede verse afectada si hay un problema de identificación como en el caso de existir una marca corporal, con la cual los progenitores se verán imposibilitados de enfrentar dicha situación. Una herida narcisista se hace presente en la vida de esta familia.

Como sabemos la familia es un factor importante en la vida del niño, la mirada de sus miembros, empezando por la de la madre, será la que instaure ese lugar que éste ocupará dentro de ella. Si el pequeño como lo señala Dolto (1984) ha tenido una imagen inconsciente del cuerpo bien estructurada, a pesar de que haya lesiones en su esquema corporal debido a las quemaduras, si su condición física le es explicitada, esta situación no será tan perjudicial para la vida anímica de éste.

Es necesario aclarar que en este trabajo también se incluirán aportes de otros enfoques, debido a que el lugar en donde se realiza la práctica de esta tesis, exige laborar en el medio hospitalario donde se trabaja con otras corrientes. En el hospital el acompañamiento como ya se ha mencionado está encaminado

al paciente como a su familia, bajo la modalidad de psicoanálisis y otras técnicas. Es por eso que más adelante se mencionará los aportes proporcionados por otras teorías.

3.1 CRISIS FAMILIARES PARANORMATIVAS

Según Wilhelm (1967), la palabra crisis es entendida como peligro y oportunidad desde el símbolo chino (weiji). Basándose en el griego krinein corresponde a decidir. Lidell y Scott (1968), señalan que las derivaciones de la terminación griega también manifiestan a la vez: decisión, discernimiento, un punto decisivo en el que habrá un cambio para mejorar o empeorar.

El incendio del club nocturno Coconut Grove de Boston, en el año de 1942, no sólo estimuló las investigaciones sobre las respuestas de las quemaduras, sino que también impulsó a que clínicos como teóricos comenzaran a reflexionar sobre la naturaleza de las crisis. Desde estas investigaciones la experiencia de crisis se ha comprendido como algo precipitado o desbordado por algún suceso específico, según Slaikou (1984).

El origen de la intervención en crisis se forma a través de los trabajos de Erich Lindemann (1944) y colaboradores, quienes observaron y desempeñaron un papel activo en el Massachusetts General Hospital con los sobrevivientes como con las familias que perdieron a sus seres queridos en esta terrible tragedia, que fue el incendio del club nocturno ya mencionado.

Los miembros de una familia pueden estar expuestos a situaciones inesperadas como los accidentes que van a interrumpir la dinámica familiar, dando origen a una crisis que se define de la siguiente manera:

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo (...) el estado de crisis está limitado en tiempo (el equilibrio se recupera de cuatro a seis semanas) (...) la resolución final de la crisis depende de numerosos factores,

incluyendo la gravedad del suceso precipitante, recursos personales del individuo (fuerza del yo, experiencia con crisis anteriores) y los recursos sociales del individuo (Slaikeu, 1984. p. 11-12).

Por otra parte otros autores como Hamilton, Cubbin y Figley en el año de 1983 la definen como un aumento de la disrupción o incapacidad del sistema familiar para funcionar. Según Cohen y Ahearn (1989) es una situación vital que incluye cambios, amenazas o dificultades, las cuales originan un desequilibrio personal. En 1994 Patterson manifiesta que las crisis familiares se caracterizan por la desorganización, donde los viejos modelos como las capacidades no son adecuados por largo tiempo y se requiere un cambio.

Se encuentran a las crisis normativas y a las paranormativas, las primeras son las que se esperan en el ciclo de la vida. Slaikeu (1984), las llama crisis en la vida durante el desarrollo.

Las crisis paranormativas son cambios o transformaciones que la familia experimenta en cualquiera de sus etapas del desarrollo, relacionadas con hechos situacionales o accidentales como una separación, accidente, muerte o abandono.

Estas desencadenan cuatro tipos de eventos: desmembramiento, incremento, desmoralización y desorganización.

3.1.1 Eventos por Desmembramiento

Las quemaduras de tercer y segundo grado profundas están relacionadas con los eventos por desmembramiento que son situaciones en las que un miembro de la familia se separa a causa de un incidente como por ejemplo la hospitalización del niño, donde tanto él como su familia sufren por dicha separación. Puesto que debido a la gravedad de la quemadura es imprescindible el periodo de internación para su recuperación.

3.1.2 Eventos por Desorganización

También se relacionan con este tipo de eventos ya que obstaculizan la dinámica familiar. Su repercusión facilita las crisis familiares por desorganización como un divorcio, enfermedades, accidentes como en este caso, entre otros.

3.1.3 Eventos por Incremento

Tienen que ver con la incorporación de un miembro al hogar como en el caso de una adopción o la llegada de un hermanito

3.1.4 Eventos por Desmoralización

Son los hechos que rompen con las normas y los valores de la familia, por ejemplo el encarcelamiento, delincuencia, alcoholismo, etc.

Slaikeu (1984, p. 13) refiere a este tipo de crisis como circunstanciales, las cuales son accidentales o inesperadas.

De acuerdo a Slaikeu (1984, p. 3-12), todos los individuos están expuestos a experimentar en sus vidas una crisis acompañada por una gran desorganización emocional o perturbación. Este autor señala que para que una crisis desemboque en crecimiento, en deterioro inmediato o en problemas psicológicos subsecuentes, incluyendo su resolución dependerá de ciertos factores: primeramente de la gravedad del suceso precipitante (muerte de un ser querido, ataque físico, quemaduras graves), de los recursos personales del sujeto (de acuerdo a la experiencia que tenga en la vida, crisis anteriores, fuerza del yo, unos están mejor dotados que otros para enfrentar estas situaciones) y finalmente están los recursos sociales de la persona (asistencia disponible de los otros como la pareja, familia, médicos, psicólogos).

“La noción de Caplan, reiteró de manera uniforme, en la literatura clínica, que la crisis típicamente se resolverá en cuatro a seis semanas” (Slaikeu, 1984, p. 16-17).

Unos sucesos pueden ser devastadores para algunos, llegando a producir una crisis como la muerte del cónyuge, divorcio, lesiones o enfermedades, cambio de residencia, entre otras, que pueden tener una duración mayor a la de seis semanas.

3.2 HERIDA NARCISISTA A LA QUE SE ENFRENTAN LOS PADRES

Retomemos entonces la línea psicoanalítica, siguiendo la misma es indispensable trabajar sobre otro término al que se dedicará una parte de este capítulo, que es el de herida narcisista. Expresión que utiliza por primera vez Freud en el año de 1905, en su escrito “Tres ensayos de teoría sexual”, al hablar de la castración, señalando que la niña siente envidia del pene, del que se reconocería privada.

Quince años más tarde, en 1920 publica “Más allá del principio del placer”, señalando que la compulsión de repetición de los neuróticos devuelve vivencias pasadas no satisfactorias, a raíz de un florecimiento sexual temprano infantil, que se fue a pique por sensaciones dolorosas para éste. Freud refiere que la pérdida de amor, el fracaso, el desengaño del progenitor del otro sexo y los celos que provocaron el nacimiento de un hermanito dejaron como secuela un daño permanente del sentimiento de sí, en calidad de lo que él llamó cicatriz narcisista.

Este término ha sido utilizada por otros psicoanalistas como Baranger en 1991: “Se denomina herida narcisista todo lo que viene a disminuir la autoestima del Yo o su sentimiento de ser amado por objetos valorados”.

Por otra parte en 1983, Green señala: “Los narcisistas son sujetos lastimados; de hecho, carenciados desde el punto de vista del narcisismo. A menudo la decepción cuyas heridas aún llevan en carne viva no se limitó a uno de sus padres, sino que incluyó a los dos”.

De acuerdo a la revista de psicoanálisis *Fort-da*:

Todo niño humano viene al mundo en el lugar habitado por el deseo de sus padres que lo hacen nacer, nacimiento que entonces trasciende los hechos de la biología de la reproducción para constituirse en un acontecimiento simbólico que cada cultura se encarga de refrendar por medio de los ritos de la filiación. Su función, la del niño, es la de ser un objeto que simboliza una falta en la pareja parental (Castro, 2005).

¿Qué es, para la madre, el nacimiento de un niño? En la medida de lo que desea durante el curso de su embarazo es, ante todo, la revancha o el repaso de su propia infancia; la llegada de un niño va a ocupar un lugar entre sus sueños perdidos: un sueño encargado de llenar lo que quedó vacío en su propio pasado, una imagen fantasmática que se superpone a la persona “real” del niño. Este niño soñado tiene por misión restablecer, reparar aquello que en la historia de la madre fue juzgado deficiente, sufrido como una carencia, o prolongar aquello a lo que ella debió renunciar (...) este niño de mañana se halla al comienzo en la huella del recuerdo que la madre le crea; un recuerdo en el que se hallan incluidas todas las heridas sufridas (Mannoni, 1964, p. 22-57).

En páginas precedentes se había mencionado que los padres ponen significantes en el pequeño desde su concepción; éstos lo esperan, lo anhelan, lo piensan, entre otras cosas. La madre espera ansiosa este encuentro con ese infante soñado, perfecto para ellos, la llegada de un bebé con una marca orgánica puede desestabilizarla, en un segundo momento romper todo lo que ella tenía preparado para este nuevo ser, esa marca va a dificultar el proceso de identificación, puede llevar a que los padres se muestren imposibilitados para sostenerse como sujetos ante la llegada de este nuevo niño que sienten que no es el suyo, sino otro al que no esperaban.

Durante meses la madre y por qué no, el padre, han construido una imagen del niño que va a nacer. Imagen procedente de sus propias identificaciones, de sus aspiraciones, de sus frustraciones y luego acontece el nacimiento. Revelación, descubrimiento. La madre se topa con el cuerpo del niño y surge el riesgo. Ese cuerpo, ese ser ¿es el que se ha esperado o es un real desconocido? (Schorn, 2004, p. 26).

A los padres les va a resultar difícil continuar con los significantes del inicio, ya que este niño venía al mundo para soportar y sostener todo lo que éstos querían depositar en él, con respecto al pasado de cada uno, como lo manifiesta Mannoni (1964, p. 22), la llegada de este bebé iba a llenar ese vacío que quedó en su propia historia, iba a reparar lo sufrido con anterioridad.

“El que nace con una falta también nace con un lugar de mucha presencia. La mirada del otro lo presentifica” (Schorn, 2004, p. 54).

Esto tiene relación con lo que dice Dolto (1984) p. 18, cuando se refiere a que un niño cuyo esquema corporal está afectado, puede presentar sin embargo una imagen inconsciente del cuerpo íntegra. Será el otro quién le otorgue al pequeño su estar en el mundo, no la marca. Es decir se sentirá amado o rechazado, a través de esta mirada del Otro, quién le conceda ese lugar dentro del ámbito familiar y luego social.

Ahora bien, se ha indicado la desilusión que provoca en los padres el encuentro con lo inesperado, en cuanto al nacimiento de un bebé con una lesión orgánica, veamos entonces ¿qué pasa entonces con la problemática que presentan las quemaduras graves?, reflexionando sobre la frase anterior, al encuentro con un niño distinto al que fue antes del accidente, que luego del mismo presenta un esquema corporal afectado.

Este pequeño ya no es el mismo, ahora presenta una marca corporal que dependiendo del lugar que ocupe dentro de la dinámica familiar va a ser que el niño se reconozca en su anomalía, enfermedad o en la lesión física que tenga, a través de la mirada de los otros. Los ideales de los padres se ponen en juego, debido a que no esperaban un accidente y peor aún la gravedad de éste, que determina un cambio en la vida de su hijo.

El encuentro con un niño con malformaciones, con deficiencias sensoriales, motrices o mentales, con daño neurológico no es un encuentro al cual padre o madre se haya preparado. La madre está convulsionada en sus fueros más

íntimos, por sentimientos y fantasías depresivas, terroríficas que la atrapan y ponen a prueba su psiquismo (Schorn, 2004, p. 28).

La herida narcisista a la que se enfrentan los padres, es ese encuentro con ese nuevo ser con marcas corporales como secuelas de las quemaduras, a esos ideales perdidos desde el momento del accidente. Si los progenitores logran tramitar esta herida podrán darle un lugar al pequeño dentro del ámbito familiar, a pesar de la presencia de su lesión o discapacidad, que deberá ser explicitada como lo refiere Dolto (1984) en páginas precedentes.

Para el niño, asumirán importancia las palabras pronunciadas por quienes lo rodean acerca de su enfermedad. Esas palabras o su ausencia crearán en él la dimensión de la experiencia vivida. También la verbalización de una situación dolorosa le permitirá dar un sentido a lo que vive (Mannoni, 1987, p. 65-66).

El encuentro puede ser destructurante para los padres, que se sienten impotentes ante esta cuestión. La gravedad no es la misma en todos los casos, hay algunos como se vio en el primer capítulo en donde el daño de la quemadura llega hasta la mutilación, si el miembro está demasiado afectado, situación que convierte al niño en discapacitado y por ende va a necesitar la ayuda del otro, hasta que su cuerpo logre tanto asimilar la prótesis como utilizarla. Si los progenitores se encuentran imposibilitados, tendrán dificultades en la relación con su hijo que ahora necesita de ellos.

Las secuelas de las quemaduras ahora forman parte del cuerpo del niño, marcas que ni los padres ni el pequeño planearon para sus vidas. Esta herida a la que se enfrentan puede ser tramitada con ayuda del acompañamiento psicológico, en un espacio donde expresen todos los sentimientos encontrados frente a este problema: culpabilidad, impotencia, decepción, etc.

Los progenitores en este momento se harán cargo de esa marca y serán ellos el soporte para que su hijo vuelva a reincorporarse tanto en la dinámica familiar como en las actividades que éste solía hacer, como por ejemplo ir a la escuela. En caso contrario el pequeño solamente encontrará miradas de rechazo.

3.3 EFECTOS EN LA VIDA FAMILIAR

La familia es el “grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas” según la Real Academia Española (2006, p. 662). Es el primer vínculo que tiene el niño desde sus inicios.

La vida transcurre en una íntima relación entre un pequeño número de personas, padre, madre, hermanos, esposos, hijos y un grupo reducido de amigos íntimos. Gran parte de los momentos de felicidad o de tristeza se comparte con ellos y todo a partir de un momento común e inicial que es el nacimiento, momento de encuentro, de ilusiones, de proyectos, y porque no de duelos y de pesares (Schorn, 2004, p. 26).

Conforme a Mena (1998, p. 30) la familia es una unidad de iguales, en la que todos se interrelacionan, atravesando ciertas etapas de desarrollo: galanteo y formación de parejas, la familia con hijos pequeños, la familia con hijos adolescentes, el destete de los padres, integración de pérdidas.

Ante un accidente infantil como son en este caso las quemaduras graves, estas etapas del desarrollo se ven interrumpidas y obstaculizan la dinámica familiar, generando una crisis paranormativa.

Pittman (1998, p. 29) designa cuatro tipos de crisis a los que la familia puede estar expuesta: las desgracias inesperadas, las crisis del desarrollo, estructurales y de desvalimiento.

“Los rasgos más importantes de la desgracia inesperada son que la tensión es obvia y que surge claramente de fuerzas ajenas a la familia. Es real. No podría habérsela previsto” (Pittman, 1998, p. 29)

“La calidad del clima emocional familiar parece más importante que la propia estructura de la familia, que puede ser tradicional o una de las nuevas estructuras, tales como las monoparentales o reconstruidas” (Arranz, 2004, p. 74). Esto quiere decir, que a pesar de cómo se encuentre organizada, si hay

un ambiente cálido, de amor, de miradas de aceptación, el niño va a crecer en un entorno que le permita formar una imagen de sí mismo satisfactoria.

Sin embargo, no todas las familias presentan los mismos patrones positivos, donde respondan a las necesidades emocionales o físicas de sus hijos, están las disfuncionales donde predominan los conflictos entre sus miembros.

Algunos de los pacientes de la unidad de quemados tienen una familia disfuncional o forman parte de una como se acaba de mencionar de las nuevas estructuras como la reconstruida. Estos niños viven una gran angustia, en sus discursos manifiestan su temor a ser castigados por el accidente o preocupación porque ayudaban con el sustento económico del hogar.

En el caso de estas familias reconstruidas, es decir aquellas en las que hay una separación de los padres y estos forman otra con una nueva pareja, la familia vive un momento de estrés ante esta situación.

La respuesta de una persona a sucesos amenazadores o difíciles (...) en el plano psicológico, los niveles elevados de estrés impiden que las personas afronten la vida de manera adecuada; su visión del entorno se enturbia (...) además, en el plano más elevado del estrés, las respuestas emocionales pueden ser tan extremas que las personas pierden la capacidad de actuar en absoluto, así como la de enfrentar nuevos estresores (Feldman, 2006, p. 425-426).

Como refiere Feldman (2006), los padres ante este suceso amenazador, sus respuestas emocionales no son por lo general las más adecuadas. Estas familias reconstruidas viven en conflicto con la pareja anterior, si es que existía anteriormente ya una mala relación las cosas pueden empeorar y dependiendo con cual de los padres ocurrió el evento, la otra parte trasladará la falta a esta persona.

El peligro de las desgracias inesperadas reside en la búsqueda de culpables: el esfuerzo por encontrar algo que alguien podría haber hecho para evitar la crisis. Este esfuerzo sin duda revelará todo tipo de deficiencias personales y familiares, a las cuales podrá entonces adjudicarse la responsabilidad de la crisis (Pittman, 1998, p. 30).

Entonces el enfrentamiento se agrava, debido a la falta también de comunicación de los progenitores para solucionar el problema. Además cada uno tiene diferentes responsabilidades, no siempre pueden ir los dos al hospital a ver a su hijo. Citaremos el caso de un niño al que tuvieron que amputarle sus extremidades superiores como consecuencia de una quemadura eléctrica. Tanto el padre como la madre no se entendían bien y no lograban ponerse de acuerdo sobre el lugar a donde iría el paciente al finalizar su periodo de internación. La madre no vivía en la ciudad de Quito, el padre sí. Era preciso que el pequeño siguiera asistiendo a la unidad de quemados en ciertas ocasiones para las curaciones o el aprendizaje del manejo adecuado de las prótesis. Una intervención psicológica permitió encontrar una solución, el pequeño fue llevado a la casa de una tía de esta ciudad.

Se produce una crisis cuando una tensión afecta a un sistema y requiere un cambio que se aparta del repertorio usual del sistema (...) las reglas y los roles se confunden (...) las metas y los valores pierden importancia e incluso pueden desaparecer. Se reviven los conflictos irresueltos, que acaparan excesiva atención. Aumenta la tensión entre los miembros de la familia (Pittman, 1987, p. 25-26).

Como se manifestaba al inicio se obstaculiza la dinámica familiar ante este evento, todo toma un giro: ahora hay un miembro hospitalizado, del que tienen que estar pendientes día a día a través de un cuidador primario que debe quedarse en la unidad de quemados, están las responsabilidades con los demás hijos que se pueden descuidar, sintiéndose éstos abandonados. Las visitas se pueden dificultar sobre todo cuando los padres viven en otra ciudad, la falta de recursos económicos para organizar el viaje, no tener con quien dejar a los demás niños, obtener permisos en los trabajos, entre otras cosas.

El niño que ha sido mutilado presenta una discapacidad difícil de sobrellevar, sobre todo durante el periodo de adaptación y adecuación del entorno. La relación entre hermanos puede ser compleja, en algunos casos estos sienten culpabilidad porque al haber estado jugando uno de ellos se quemó o pueden llegar a sentir celos de éste niño, ahora con esquema corporal afectado que

acapara toda la atención de los padres. Conforme a lo que dice Schorn (2004, p. 56), una reacción puede ser negando tal discapacidad, el hermano sano le recrimina al que tiene la marca orgánica de que se aprovecha de la situación o que siempre trata de mostrarse.

Sabemos que la reacción de los hermanos depende en gran medida de la posición de los padres frente a sus hijos, del lugar otorgado a cada uno, de la rivalidad que produce o la necesidad de protección. El lugar de privilegio del discapacitado en el aparato psíquico del hermano sano será asiento de celos y envidias que pueden generar futuras vivencias culpógenas (Schorn, 2004, p. 56).

Conforme a lo que dice Maud Mannoni (1964) en cuanto a la relación que el individuo haya tenido con sus progenitores, afirma que si éste ha sido apegado a su propio padre el niño encontrará un lugar definido en la familia.

En sí ante esta crisis la familia corre el riesgo de padecer separaciones de los cónyuges, maltrato físico o verbal, aislamiento social con los demás familiares y amigos al sentir culpabilidad, piensan que no tienen derecho a divertirse. En cuanto a los demás hijos si los padres les aclaran la gravedad del diagnóstico del hermano hospitalizado, los celos pueden ser evitados.

3.4 PROCESO DEL DUELO

“También llamado penar, su origen etimológico (del latín dolus, dolor) lo asocia al dolor, que sería quizá lo más característico de este sentimiento, especie de “dolor normal” o “psíquico”, producto de la percepción de una pérdida objetual permanente” (Macías-Valadez, 1999, p. 292).

“Duelo es un término que, en nuestra cultura, suele referirse al conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que siguen a la pérdida de una persona con la que el sujeto en duelo, el deudo, estaba psicosocialmente vinculado” (Tizón, 2004, p. 19). Este autor refiere que los sentimientos, emociones ante tal pérdida, igualmente pueden presentarse ante un fracaso personal, ante la necesidad de separarse de un ser querido, de un trabajo, de esperanzas, etc.

Freud en su texto "Duelo y melancolía" en el año de 1915, lo define como una reacción frente a la pérdida de una persona amada.

En este escrito Freud (1915) establece la diferenciación entre estos dos términos, al referirse a la melancolía dice que hay una inhibición del interés del mundo exterior, toda productividad y la capacidad para escoger un nuevo objeto de amor en reemplazo del que perdió se ve obstaculizada. El duelo presenta un cuadro parecido a excepción de un rasgo: falta en él la perturbación de sí mismo (Yo).

Es decir en la melancolía el sujeto se instala en un duelo patológico, la persona está en un estado depresivo. Freud (1915), hace referencia a lo anímico, al decir que hay una cancelación del mundo exterior: el individuo no quiere hablar, ni puede amar a nadie más. Hay una rebaja del sentimiento de sí, que se exterioriza en autoreproches (se culpa, se critica por el pasado) como en ideas de auto-castigo (no come o puede presentar insomnio). Entonces disminuye el rendimiento de sí mismo. Aquí se empequeñece el Yo, empieza a haber un ataque sobre el propio Yo.

Otra diferencia esencial entre estos dos, es que en el duelo el mundo se ve pobre y vacío, mientras que en la melancolía se ve al yo pobre y vacío: hay un angostamiento del Yo, la persona siente que no vale nada, se ve afectada la imagen de sí mismo.

En 1944 el psiquiatra Erich Lindemann, realizó un gran aporte sobre el proceso del duelo en las observaciones que hizo cuando desempeñó un papel activo con los sobrevivientes y familiares que perdieron a un ser querido en el incendio del club nocturno Coconut Grove.

Su informe clínico (Lindemann, 1944), sobre los síntomas psicológicos de los sobrevivientes fue la piedra angular para teorizaciones subsecuentes sobre el proceso de duelo, una serie de etapas mediante las que, el progreso del

doliente equivale a aceptar y resolver la pérdida (citado en Slaikeu, 1984, p. 4-5).

En el campo de la medicina este término sigue siendo investigado, en 1964 Engel al considerar al duelo como una enfermedad, lo dividió en seis fases: shock e incredulidad, desarrollo de la conciencia de pérdida, restitución, resolución de la pérdida, idealización y resultado.

Otro psiquiatra llamado Parkes en 1970, explora con mayor profundidad las respuestas psicológicas del duelo, considerándolo como un estresante mayor, que tiene profundas implicaciones sobre la salud, lo que originó a que otros investigadores posteriormente lo examinaran desde el punto de vista de la teoría de crisis.

Las pérdidas afectivas y los duelos que desencadenan son el prototipo de traumatismo psicológico o, mejor dicho, psicossomático (...) prueba inevitable en la vida, el duelo nunca ocurre por primera vez. Es siempre una repetición: al menos, del duelo por la separación inevitable con respecto a la madre, con respecto al útero materno, con respecto a la familia... Cada vez que nos enfrentamos a una pérdida se reviven en nosotros a nivel total, psicofísico, biopsicosocial, las experiencias anteriores de satisfacción, pérdida, contención, consolación (Tizón, 2004, p. 20).

Este autor al inicio, hace hincapié en que el duelo además de la muerte, se presenta también con cualquier otra clase de pérdida y por ende estaremos expuestos a padecerlo en repetidas ocasiones. El diagnóstico de una quemadura grave es una experiencia traumática e inesperada tanto para el niño como para la familia, produce un choque emocional, sentimientos de ira, culpa, aturdimiento, etc. El pequeño antes del incidente era otro, no tenía marcas corporales. La relación que mantenía con la madre, quién le dio la vida, protección, quién constituyó su Yo por medio del narcisismo, de alguna manera se interrumpe tras el impacto del evento. Este suceso va a

imposibilitarla para responder de la misma manera a como lo hacía antes, nos referimos a las necesidades afectivas de su hijo.

El psicoanalista Jhon Bowlby (1985, p.31) explica en su libro “La separación”, que los niños que han sido apartados en un cierto periodo de tiempo de sus padres, al retornar al hogar presentan en su conducta grandes problemas a sus progenitores, especialmente a la madre y la manera en que ésta responda dependerá de algunos factores como la relación que haya tenido con su hijo antes de esta mencionada separación.

“Los sentimientos anteriormente cálidos tienden a enfriarse y la vida en familia se organiza de acuerdo con esquemas tales que no dan lugar a que el niño pueda adaptarse a ella a su entorno” (Bowlby, 1985, p. 32).

De acuerdo a Tizón (2004), en los procesos y en la elaboración del duelo se incluyen la pena, la aflicción: el dolor, el sufrimiento, que serán necesarios padecer, para elaborar el duelo o resolverlo. Sentimientos por los que pasarán el niño como sus padres.

El niño desde el inicio de su vida, ha vivido una serie de duelos, haciendo alusión a pérdidas y separaciones que le ha tocado confrontar, empezando por la castración umbilical donde hay el apartamiento de las entrañas de su madre, así como el destete, entre otras. La familia está pasando por un momento de aflicción, por el accidente mismo situación que se ve agravada por el temor del encuentro con lo inesperado, perdieron de vista al hijo que conocían y tendrán que acercarse a un hijo que ya no es el mismo, con marcas corporales, con cicatrices emocionales. Ahora viven una realidad, que no saben como enfrentar, ni como sobrellevar cuando éste niño sea dado de alta.

El acompañamiento psicológico será un sostén para encaminar a estos padres imposibilitados a elaborar este duelo al que se ven enfrentados, es decir a superar la pérdida del niño que tuvieron antes sin marcas corporales y recibir al

que tienen ahora, actualmente internado con vendas en su cuerpo o con heridas.

Freud en su escrito (1925) "Inhibición, síntoma y angustia", sitúa un isomorfismo entre el dolor físico y el dolor psíquico, en donde afirma que la investidura de añoranza del objeto ausente crea las mismas condiciones económicas que la investidura del lugar lastimado del cuerpo. Esto podemos ver en el caso del niño mutilado, éste siente que perdió algo importante, más la vida que llevaba antes, siendo preciso que también elabore este duelo. Como se vio en páginas previas, la psicoanalista Dolto (1984) manifiesta la importancia de la palabra, de la significación que los padres le den a su invalidez, dependerá como el niño se desmoraliza.

Ellos serán el soporte para que el pequeño pueda elaborar su duelo, explicándole porqué tuvieron que mutilar una parte de su cuerpo o arrancar piel para que el área lesionada se regenere. Para el niño esto no será fácil al principio, tomará tiempo aceptarlo, se encuentra asustado, en un ambiente lleno de desconocidos, lejos de sus padres. El área psicológica será quién intervenga antes que los padres, debido a que no pueden entrar en la unidad de quemados, con la finalidad de reducir la ansiedad y el temor frente a las intervenciones que se van a realizar.

Se quiere aclarar que el psicólogo no va a cumplir la función de los padres, sino será un mediador entre estos, será quién le ayude al niño a ir elaborando este proceso de internación. El pequeño como ya se dijo, se encuentra lleno de temor y en su camino corre el riesgo de presentar trastornos psicológicos tanto en el periodo de hospitalización, como ulterior. En el siguiente capítulo vamos a trabajar sobre esta cuestión.

CAPÍTULO IV

4 CONSECUENCIAS EN LA VIDA DEL NIÑO TRAS LA HOSPITALIZACIÓN POR QUEMADURAS DE SEGUNDO Y TERCER GRADO

Hospital proviene de la palabra latín “hosped”, que significa huésped. Deriva el término hospitalario, por la razón de que en sus inicios éstos albergaban no solamente a enfermos, sino también a necesitados y a peregrinos.

Hacia 1960, un creciente número de estudios analizaron el efecto de la hospitalización en la recuperación del niño y su salud subsecuente. El consenso fue que con frecuencia el estrés de la hospitalización interfería en el proceso de curación que se suponía tendría lugar. El principal factor estresante pareció ser la separación de padres e hijos, combinada con el miedo de entrar a un medio desconocido y propio de los adultos (Broadribb, 1985, p. 502).

Los hospitales son actualmente centros de salud destinados a la prevención, diagnóstico, tratamiento y si es posible, cura de enfermedades físicas y/o psíquicas, incluyendo la realización de prácticas quirúrgicas. Pueden ser públicos, estatales, generales para todo tipo de pacientes o especializados como los infantiles, geriátricos, psiquiátricos, etc.

El ambiente hospitalario nos atemoriza a todos, lo nuevo, lo desconocido, nos asusta no saber que va a pasar con nosotros, sobre todo si el paciente es un pequeño. Para este autor desde estos hallazgos, tanto las técnicas como los procedimientos cambiaron, con la finalidad de evitar el menor traumatismo posible en los niños y sus familiares.

En tiempos de antaño, el entorno de los hospitales era distinto, puesto que fueron concebidos para el mundo de los adultos, siendo un lugar frío y poco acogedor para los pequeños. De acuerdo a Broadribb (1985, p. 502), al

cambiar la filosofía de los hospitales sobre el cuidado de los niños, también ocurrió lo mismo con el medio hospitalario con respecto a lo físico: salas pediátricas y hospitales infantiles de hoy en día tienen un aspecto relajado, presentándose como sitios coloridos donde trabajan personas que muestran interés por los pacientes.

Es decir ahora los hospitales infantiles cuentan con áreas lúdicas o salas de entretenimiento, en donde el niño puede realizar actividades que llamen su atención e interactuar con los demás. Esto hace que el periodo de internación sea menos doloroso o angustioso para el pequeño paciente.

El Hospital “Baca Ortiz” cuenta con ésta área en la unidad de quemados, en donde los niños tienen acceso a cuentos, libros para colorear, diversos juguetes, películas, entre otras cosas, como se describirá en el siguiente capítulo.

Hay hospitalizaciones planeadas y hospitalizaciones de urgencia. En el primer caso, los padres tienen la oportunidad de explicarle con tiempo a su hijo, la razón por la que va a ser internado. Los niños pueden hacer un recorrido previo al ingreso, en compañía de sus progenitores o hermanos, con la finalidad de disminuir la angustia del paciente, como lo refiere Broadribb (1985, p. 505-506).

Las urgencias, como las intoxicaciones u otras lesiones accidentales, no permiten disponer de tiempo para explicaciones. La urgencia es en sí atemorizante para padres e hijos, pero la necesidad de tratamiento es inmediata. Los padres tratan de actuar como si estuvieran calmados y sin perder la compostura, pero es frecuente que los niños sientan su angustia (Broadribb, 1985, p. 506).

Las quemaduras graves corresponden a las hospitalizaciones de urgencia, donde ocurrido el accidente, el niño tiene que ser llevado de inmediato al hospital por la gravedad de su lesión, sin que los padres tengan tiempo de explicarle, que va a permanecer un periodo de tiempo internado. La presencia de uno de ellos al momento de su ingreso va a consolar de cierta manera al

pequeño, si es que estos logran controlar sus emociones, de lo contrario la angustia en él puede aumentar.

4.1 UNIDAD DE QUEMADOS DEL HOSPITAL “BACA ORTIZ”

El “Hospital pediátrico Baca Ortiz” ubicado en la Av. 6 de Diciembre y Av. Colón, se fundó el 14 de julio de 1948 en la ciudad de Quito, llegando a convertirse en un centro especializado de referencia nacional, que atiende a niños provenientes de diferentes provincias del país, en distintas áreas de dicha institución.

El nombre proviene del matrimonio “Baca Ortiz”, quienes en su testamento dispusieron que sus bienes fuesen destinados a la construcción de un Hospital de niños en la ciudad de Quito, proyecto que se realizó con la ayuda del presidente de ese entonces Carlos Julio Arosemena y un grupo de pediatras.

El funcionamiento como la organización de éste hospital estuvo a cargo de la asistencia pública, la atención de enfermería era impartida por las hermanas de la caridad. En los años 1963-1964 llega a poseer un edificio más eficaz con capacidad para 120 camas.

El 14 de diciembre de 1989, se reinaugura con su nueva planta física y se convierte en una institución de especialidad, contando con profesionales de la salud, capacitados en el cuidado de la niñez. La cabida disponible es de 230 camas.

El hospital dispone entonces de 40 subespecialidades clínicas, el departamento de cirugía con subespecialidades quirúrgicas, servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, odontopediatría, psicología y servicios de apoyo. Cada área posee una planta física, equipamiento que favorece el cuidado progresivo de los pacientes.

También cuenta con los miembros del voluntariado, que desean ayudar a los niños internados a sobrellevar su internamiento. Este voluntariado está a cargo de las “Damas voluntarias” y la “fundación Cecilia Rivadeneira”, cuyo objetivo principal es hacer llevadera la hospitalización de los niños.

La misión define al Hospital de niños como una “unidad operativa del Ministerio de Salud Pública que brinda atención médica infantil en 40 especialidades pediátricas, en prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de patologías clínicas y quirúrgicas, con alta calidad profesional, ética, calidez y humanismo, integrando a la familia y los profesionales de la salud, en el cuidado de los niños y niñas del Ecuador, todo en armonía tal que precautele la conservación óptima del medio ambiente”.

En cuanto a la visión, este hospital “será líder nacional en atención médica en todas las especialidades pediátricas. Con atención de la más alta calidad por poseer un talento humano de excelencia académica, con una tecnología de vanguardia. Enmarcando su trabajo diario en los principios de universalidad, eficiencia, eficacia, calidad, equidad y solidaridad”.

La Unidad de Quemados, se encuentra ubicada en el edificio principal.

En el año 1971, las autoridades del Hospital pediátrico “Baca Ortiz”, se ven obligadas a instaurar la Unidad de Quemados, bajo la jefatura del Dr. Jorge Bracho Oña, debido al progresivo número de niños quemados que acudían al servicio de Emergencia y que requerían atención especializada. Al principio esta área contaba con una pequeña sala de 8 camas, adaptada con una tina de baños, donde se realizaban las limpiezas quirúrgicas. Hoy posee la capacidad de hospitalización de 12 camas.

De acuerdo a la misión “La Unidad de Quemados brinda atención integral continua, oportuna solidaria fundamentada en principios científicos-técnicos acorde a las necesidades de cada paciente de hasta 14 años que sufren

quemaduras de diferente tipo y los mismos que provienen de varias regiones del país”

Su visión es “ser un área competente reconocida nacional e internacional por entregar una atención humana continua con calidad y calidez basadas en los conocimientos científicos, técnicos y socioculturales actualizados”.

La Unidad de Quemados es un área cerrada como restringida, debido a la condición de los niños, fue creada con la finalidad de proporcionar atención integral a los pequeños con quemaduras de diferente etiología. Se encuentra ubicado en el tercer piso del edificio principal, contando con un grupo de profesionales especializados y personal no profesional, capacitado para el cuidado del paciente quemado.

Este sector dispone de:

- Quirófano.
- Sala de recuperación.
- Sala de baños: con máquina de anestesia y tina para el baño.
- Salas para hospitalización: una sala para intervenciones quirúrgicas, dos para pacientes críticos, dos intermedias para quemaduras leves a moderadas y clínicamente estables.
- Salas de juegos (área lúdica), donde los niños pasan la mayor parte del tiempo, siempre y cuando dependiendo de su estado puedan hacerlo.
- Áreas administrativas (secretaría, vestuarios, bodega)
- Vestidores para hombres y mujeres

- Sala de reuniones.
- Estación de enfermería, donde se encuentra la papelería necesaria para el trabajo diario.

Todas las salas incluyendo al área lúdica, al quirófano y a la sala de recuperación, disponen de monitores cardíacos, tomas de oxígeno, de succiones, oxímetros del pulso, como de televisor.

La sala de juegos está adaptada para ser lo más acogedora posible, con un plasma, donde los niños pueden ver películas o dibujos animados por Tv cable, tienen cuentos para leer, libros para colorear, diversos juguetes como rompecabezas, cartas de mesa, etc., que llaman su atención y los mantiene entretenidos interactuando con los demás niños, con la finalidad de que el periodo de internación sea menos hostil.

En la planta física de la Unidad de Quemados se encuentran tres áreas:

Área restringida: Encontramos al quirófano y la sala de baños, en donde el equipo de salud se encarga de las atenciones quirúrgicas del paciente, transitando con gorra, botas, terno quirúrgico y mascarilla. En esta área se realizan cirugías, curaciones e injertos.

Área semirrestringida: Este sector intermedio entre la restringida y la limpia, se localiza a las salas de hospitalización, de recuperación post anestésica, en donde es necesario circular con gorras, botas como con terno quirúrgico. También se halla el área lúdica, en donde los niños pasan la mayor parte del tiempo.

Área limpia: En esta zona es donde se puede transitar sólo con el uniforme hospitalario (mandil), civil o terno quirúrgico, como en la secretaría, vestidores, sala de reuniones. Fuera de los vestidores se encuentra una mesa donde se

realizan las interconsultas (historia clínica) cuando el paciente acaba de ingresar a la Unidad de Quemados, reuniones entre doctores y familiares. Asimismo es el área donde los padres pueden ver a sus hijos entre cinco a quince minutos dos veces por semana si no hay riesgo de infección, también antes de una cirugía o injerto para calmar su angustia.

La Unidad de Quemados es un área muy delicada, como se ya se mencionó anteriormente debido a la condición en la que se encuentran los niños. Todo el personal (médicos, enfermeras, fisioterapistas, voluntarios, empleados de limpieza, comida, lavandería, etc.) que ingrese deberá acatar las normas de vestimenta, con el fin de evitar una infección en estos pacientes o cualquier problema que afecte su recuperación. En caso contrario no le será permitido entrar.

Esta Unidad también posee un anillo periférico, al cual tienen acceso los familiares, para circular hasta las habitaciones de los pacientes en horarios de visitas que son los martes, jueves, sábado, domingo y feriados de 13:30 a 14:30, a través de los ventanales que hay en él pueden tener contacto visual con sus hijos. Los padres no pueden entrar al área semirrestringida, debido a que anteriormente hubo una infección que perjudicó a la recuperación de los niños de ese entonces.

Otro motivo por el que no deben ingresar, es por la ansiedad de separación que se incrementa en los niños, sobre todo en los más pequeños, que aún viéndolos por los ventanales lloran. Aunque es doloroso para ellos, va a beneficiar a que el niño poco a poco logre adaptarse a este ambiente y sea progresiva su recuperación. En dicho anillo pueden circular con ropa civil.

En páginas previas se había mencionado que, de acuerdo a estadísticas del Dr. Pablo Dávalos en el año 2005, la principal causa de quemaduras fue el líquido hirviente en un 61%. Este factor sigue siendo primordial en el ingreso a esta Unidad, en el año 2009 con un 49% y en el 2010 con un 50%.

4.2 INTERRUPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA

La palabra infancia viene del latín “in-fale”, que quiere decir el que no habla y con el tiempo fue adquiriendo otro significado de el que no tiene palabra, como lo menciona Ferran Casas (1998, p.25), en su libro “infancia: perspectivas psicosociales”.

“Así, la infancia puede entenderse como un período determinado de la vida de un niño o una niña, medible por un intervalo de edad” (Casas, 1998, p. 23).

Generalmente las fases del desarrollo se clasifican en: infancia, niñez temprana, media, adolescencia, etapa adulta inicial, media y avanzada.

Siguiendo esta clasificación el presente trabajo corresponde a la niñez media, que conforme el autor ya nombrado, oscila entre las edades de 6 o 7 a 11 o 12 años.

A lo largo del tiempo, diversos autores han elaborado algunas teorías sobre la infancia, como el psicoanalista Erik Erikson (1963), en cuanto al desarrollo psicosocial, que dividió en algunas fases: etapa de confianza frente a desconfianza, etapa de autonomía frente a vergüenza y duda, etapa de iniciativa frente a culpa y etapa de laboriosidad frente a inferioridad.

Erikson (1963) concibió los cambios en el desarrollo que ocurren durante la vida como una serie de ocho etapas de desarrollo psicosocial, de las cuales cuatro transcurren durante la niñez. El desarrollo psicosocial comprende cambios en nuestras interacciones y comprensión mutua, así como en nuestros conocimientos y comprensión de nosotros mismos como miembros de la sociedad (citado en Feldman, 2006, p. 359).

Este autor menciona en su última etapa de la niñez (laboriosidad frente a inferioridad), que los niños a la edad de 6 a 12 años establecen interacciones sociales positivas con los demás o viceversa, es decir también se pueden volver menos sociables.

Es importante indicar que se citan algunas de estas teorías, por la razón de que este trabajo de titulación se basa en el rango de edades entre los 6 y 12 años del paciente. Por ende es necesario mencionar lo que dicen al respecto algunos autores, sobre todo porque los niños se comportan de diferente manera, dependiendo tanto a la etapa en que estén como al entorno en el que hayan crecido. Como sabemos en esta etapa del desarrollo infantil los niños tienen mayor habilidad, son más fuertes, les gusta realizar otro tipo de juegos o actividades que antes no practicaban como la bicicleta, saltar la cuerda, videojuegos, etc. y por ende están expuestos a ser víctimas de accidentes.

Siguiendo en esta línea, veamos ahora la teoría de otro psicólogo que es Jean Piaget (1970), quién planteó cuatro etapas por las que atraviesan los niños: sensorimotriz, preoperacional, operaciones concretas y operaciones formales.

Piaget (1970) señaló que los niños de todo el mundo atraviesan por una serie de cuatro etapas en un orden fijo. Sostuvo que estas etapas difieren no sólo en la cantidad de información adquirida en cada una, sino también en la calidad de los conocimientos y la comprensión (...) indicó que el movimiento de una etapa a la siguiente ocurre cuando un niño alcanza un nivel apropiado de maduración y está expuesto a tipos de experiencias pertinentes. Piaget supuso que, sin tales experiencias, los niños no alcanzan su nivel más elevado de crecimiento cognoscitivo (citado en Feldman, 2006, p. 360).

Cuadro 4.1

| Etapa cognoscitiva | Rango de edad aproximado | Principales características |
|------------------------------|---------------------------------|---|
| Sensorimotriz | Hasta los dos años | <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de la permanencia del objeto - Desarrollo de las habilidades motrices - Poca o nula capacidad para la representación simbólica |
| Preoperacional | 2 a 7 años | <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo del lenguaje y el pensamiento simbólico - Pensamiento egocéntrico. |
| Operaciones concretas | 7 a 12 años | <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de la conservación - Dominio del concepto de reversibilidad |
| Operaciones formales | 12 años a edad adulta | <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo del pensamiento lógico y abstracto |

Fuente: La autora

Para este trabajo se hará hincapié en la etapa de operaciones concretas en donde se desarrolla la noción de conservación.

Como se acabó de decir en este último párrafo, ellos están en un continuo desarrollo, ahora tienen una mayor habilidad en cuanto a sus movimientos, interesándose por otro tipo de juegos. No hay que olvidar que la curiosidad como el sentido de exploración está presente en ellos desde muy pequeños, pero con el tiempo esto se va incrementando. Esta curiosidad los lleva muchas veces a entretenerse con objetos o actividades riesgosas, sin saber el peligro que están corriendo, como el de ser atropellados al divertirse con los demás amiguitos en la calle, encender fósforos, tocar o rozarse con cables en la terraza de su propia casa, tomar el galón de gasolina que los padres guardan en el hogar por cuestiones de trabajo, que pueden llevar a accidentes como las quemaduras, entre otras.

A diferencia de otros pacientes hospitalizados, el niño quemado, es el producto, en un 90% de un descuido, del 5% al 8% por travesuras ya advertidas y tan sólo el 2% por accidente que a cualquiera de nosotros le puede ocurrir, sin dejar de mencionar los casos de maltrato (Dávalos, Sevilla y Castro, 2005, p. 205).

Los miembros de la familia del niño cumplen un papel importante en esta edad, son el primer vínculo de interacción que el individuo tiene y dependiendo de eso, del lugar que ocupe dentro de ella, de esa mirada como ya hemos visto en capítulos previos, el pequeño se comportará con los demás. La prensa médica mexicana (1966, p.16), al respecto dice que la familia proporciona a los sujetos que la conforman la sensación de contar para algo. Es decir todo lo que hagan cada uno de ellos, tendrá importancia para todos.

En esta etapa también el niño inicia la escolaridad, en donde desarrollan su nivel de intelecto: aprenden a leer, a escribir, a fortalecer la memoria. En cuanto a lo social, comienzan poco a poco a desenvolverse solos, a compartir con el resto de compañeros en juegos o actividades, etc.

Esta etapa de desarrollo, de crecimiento físico, social y emocional se verá bruscamente interrumpida debido al internamiento urgente del paciente, ya que dejará de asistir a la escuela. Dependiendo en el ciclo que vaya como al periodo de tiempo de hospitalización, éste podrá retornar en algunos casos sin perder el año escolar. Hay casos en el Hospital “Baca Ortiz”, de pequeños que han sufrido el accidente durante las vacaciones y de esta forma han evitado este inconveniente, sin embargo la situación puede ser más complicada cuando han sufrido amputaciones, a estos niños les costará más la reinserción en el medio en el que vivían, debido a su nueva condición física.

4.3 EL NIÑO EN EL MEDIO HOSPITALARIO

Los niños accidentados antes de ingresar a la Unidad de Quemados, pasan por el servicio de Emergencia, consulta externa, en donde los médicos de este servicio realizan una valoración previa considerando edad, porcentaje como profundidad de la quemadura.

Cuando se presenta un paciente grave en Emergencia y el área de quemados está copada, se transfiere al niño más estable a otra planta del hospital, siendo trasladado nuevamente a la Unidad sólo para baños o intervenciones quirúrgicas.

De acuerdo a la entrevista realizada a la enfermera líder de la Unidad de Quemados, los aspectos generales del ingreso del niño varían en cuanto al elemento que produjo la quemadura, el porcentaje y la profundidad. Lo que dependerá el estado del niño en ese momento, tiene relación con la persona que lo condujo al área en primera instancia, sin son los padres o familiares del pequeño. El niño podrá llegar en diferentes condiciones: tranquilo, habiendo recibido atención de otras unidades, etc.

Los niños en la Unidad de Quemados reciben atención médica durante todo el día, de acuerdo a las necesidades de cada uno, reciben diferentes terapias

como son: medicamentosa, física o de rehabilitación física, psicológica, que consiste en brindar un soporte emocional y espiritual al niño durante su permanencia en el área. En su cuerpo son colocadas vías periféricas o centrales en diferentes partes del cuerpo (manos, brazos, cuello) para suministrar la medicación.

Además de estas terapias dentro del área de quemados los niños tienen actividades recreativas y lúdicas.

El paciente quemado recibe las comidas de desayuno, almuerzo, merienda que les brinda el Hospital, más los dos refrigerios que son enviados por los padres que pueden ser alguna golosina que sirva de estímulo para el niño (gelatinas, galletas, chupetes, etc.). Los pequeños que no van a ser sometidos a una intervención como el baño tienen establecido un horario de comidas.

La hora de visitas es angustiosa para el niño, a pesar de que pueden ver a los padres o familiares resulta muy doloroso como desesperante no poder estar con ellos. Los recién llegados se encuentran muy sensibles ante dicha situación. Cuando se termina el tiempo de visitas algunos pequeños se quedan muy tristes ante la partida de sus padres y lloran porque quieren verlos nuevamente.

De acuerdo a la entrevista realizada se pueden presentar ciertos problemas durante el período de internación, como por ejemplo casos en donde el paciente carece de acompañamiento familiar, llegando a sentir soledad dentro de la Unidad. Los niños que han tenido malos hábitos alimenticios en su casa tienen mucha dificultad en adaptarse a este medio. Los pequeños pueden regresar a la unidad para alguna intervención o en el caso de que el cuidado en casa no haya sido adecuado y haya provocado una infección.

Los padres reciben información diaria desde el ingreso del pequeño, en cuanto a los días de visita, se les explica la razón por la que no pueden entrar a la

unidad, los implementos que va a necesitar dentro del área como pantuflas, cepillos de dientes, pañales, interiores desechables, protectores de colchón, Vitamina C, agua, etc.

Los apoyos sociales que reciben los progenitores en el área de quemados, provienen del personal médico los mismos que les brindan información como atención a sus hijos. Además esta unidad les ha adecuado un ambiente para que puedan permanecer en él, sobre todo las personas de provincia. El Hospital les proporciona un albergue, que se encuentra dentro del parqueadero del mismo. Así como también los familiares del paciente que se encuentran más tiempo orientan al recién llegado.

También cuentan con la gente de la comunidad que les brindan donaciones y el apoyo que reciben del sacerdote del Hospital con el refrigerio que les brindan en las mañanas.

Los voluntarios que ingresan a la unidad son otro apoyo para el paciente quemado, quienes realizan actividades lúdicas o algunas veces escolares. En cuanto a las prótesis, el área de quemados establece el contacto con las personas que les pueden ayudar y una vez obtenida la prótesis el niño vuelve a la unidad para rehabilitación física.

4.4 SÍNTOMAS QUE PRESENTAN DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

Juan Ramón Alegre (2005), menciona en su artículo “La hospitalización infantil: el niño hospitalizado” que a finales del siglo XIX, se produjo un cambio en el sistema de visita de los padres, ya que con anterioridad a ellos les estaba permitido la permanencia con sus hijos el mayor tiempo posible, dicho cambio tuvo lugar por asepsia, al mismo tiempo se consideraba que la presencia de los padres dificultaba la adaptación de los niños al hospital.

El médico y psicoanalista René Spitz en su libro “El primer año de vida del niño” (1969), señala el síndrome que encontró al realizar observaciones a 123

infantes en una institución, los mismos que mantenían relaciones buenas como normales con sus respectivas madres durante los primeros seis meses de vida. Este autor menciona que a partir de la segunda mitad del año, 19 de estos pequeños que fueron privados de sus madres comenzaron a desarrollar conductas contrarias a las que presentaban inicialmente como: lloriqueo, retraimiento, insomnio, rigidez facial, entre otras.

“La sintomatología y la expresión facial de esos infantes, recordaban grandemente la que se encuentra en los adultos que padecen de depresión” (Spitz, 1969, p. 200). A lo que el denominó **depresión anaclítica**. El autor señala que después de tres meses de separación del infante con la madre, hay un periodo de transición (dos meses) en donde dichos síntomas mencionados se harán más marcados, pero si hay un retorno de la madre durante este periodo el estado del niño puede mejorar, siendo lo contrario habiendo excedido los cinco meses el estado del pequeño puede llegar a fundirse con otro síndrome llamado **hospitalismo**, en el que hay un empeoramiento progresivo.

En el año de 1952, Bowlby y Robertson realizaron observaciones en pequeños durante su estadía en un marco institucional, delinearon por primera vez la secuencia de respuestas: protesta, desesperación y desapego. En 1966, el Instituto Nacional de la Salud Mental escribió un libro “El color rojo de las heridas: planificando el hospital para los niños”, donde refiere todo una serie de recomendaciones para disminuir el estrés del niño, al enfrentarse a una experiencia hospitalaria.

Otra pionera sobre el tema fue la profesora adjunta de desarrollo infantil en el departamento de pediatría de una universidad de medicina, Emma Plank quién en 1962 también escribió un libro llamado “El cuidado psicológico del niño enfermo en el hospital”, basándose en algunos aspectos del pequeño, como el área emocional, escolar, lúdica, entre otras.

A lo largo del tiempo fueron creándose organizaciones y revistas relacionadas con la psicología pediátrica, donde se incluían estos temas de hospitalización.

La hospitalización es un acontecimiento que nos atemoriza a todos, pero no podemos evitarla si se presenta una enfermedad o un accidente. La enfermedad es la “alteración más o menos grave de la salud” (Real academia Española, 2006. p.578). Muchos individuos las padecen en su infancia, algunas pasajeras como la varicela, sarampión, etc. y otras desdichadamente crónicas como el cáncer, que requiere obligatoriamente la hospitalización en la mayoría de los casos, así como también los accidentes.

Por ende la hospitalización genera en el niño muchos temores, sobre todo aquellas hospitalizaciones que se realizan de urgencia, en donde el pequeño no sabe cuanto tiempo permanecerá internado. En el caso de una quemadura la gravedad de las mismas determinará el tiempo. En dicho periodo podrá presentar síntomas ansiosos o depresivos, como lo señala en la entrevista el psicólogo de la Unidad de Quemados (Ver anexo 1).

Schaefer y O’Connor (1983, p. 193), refieren que los niños presentan cambios en su conducta durante el periodo de hospitalización, debido a varias causas como: la reubicación en un nuevo ambiente, pérdida de autonomía y control, temor al daño o a la muerte. Dichos cambios conductuales mencionados por estos autores son:

- Regresiones en el desarrollo
- Largos periodos de llanto y vómito
- Se aferran a los adultos y protestan cuando los sueltan
- Pesadillas, rabietas y utilizan un lenguaje hostil
- Actúan en forma resentida y con ira, se vuelven destructivos
- Presentan agresividad con los demás
- Se sienten temerosos

- Surgen actitudes de no cooperación (en donde se rehúsan a tomar medicamentos, dejarse inyectar y de seguir el resto de indicaciones del personal médico)
- Relacionar la enfermedad con algo malo que ha hecho

Alegre (2005), en su artículo menciona lo que diversos autores señalan sobre algunos de los principales factores que producen estrés a nivel general en el niño, durante la hospitalización:

- Un extraño y único entorno que es el hospital
- La separación de los padres y demás familiares
- Dolor y malestar de la enfermedad, además de las terapias
- Intimidación de muerte y ansiedad que esto provoca

“Los esfuerzos por controlar, reducir o aprender a tolerar las amenazas que conducen al estrés se conocen como afrontamiento” (Feldman, 2006, p. 433). Dicho afrontamiento, podrá ser manejado gracias al acompañamiento psicológico, con la finalidad de disminuir la ansiedad que provoca este estrés.

El afrontamiento también dependerá de la etapa en la que se encuentre el niño, de su personalidad, del entorno en el que ha vivido, es decir si venía de una familia estable o inestable y de la relación que mantenía con cada miembro.

La ansiedad puede ser definida, desde un punto de vista psicobiológico, como un estado del organismo en el que éste se sitúa en alertización con respecto a una amenaza a su integridad (física o psicológica), con objeto de posibilitar un gasto suplementario de energía (como el que se precisa para una respuesta de agresión o huida) (Newsletter, 1983, p. 13).

El niño ansioso vive permanentemente con un vago sentimiento de aprensión, como si algo terrible fuera a suceder. Sobre este “fondo ansioso”, que hace al niño irritable y fácilmente inquieto por su salud física, pueden sobrevenir episodios agudos, auténticos ataques de angustia, cuyo desencadenante puede ser cualquier hecho externo (enfermedad, ingreso en la escuela, cambio de clase, traslado de domicilio, colonias de vacaciones, etc.) o interno (Ajuriaguerra y Marcelli, 1996, p. 335).

El periodo de hospitalización va a generar esta ansiedad en el niño, tras haber experimentado un suceso que amenazó su integridad, afectando su esquema corporal. Ahora se encuentra internado, apartado de sus familiares, con el temor de que le realicen cualquier intervención. La mayoría de los pequeños lloran apenas perciben a cualquier persona en el área lúdica o en el momento en que alguien se les aproxima, inmediatamente piensan que van a cambiar sus vías, los van a pinchar o los van a llevar a darse un baño, del que salen muy adoloridos.

Ajuriaguerra y Marcelli (1996, p. 363), señalan que la semiología de la depresión en el niño es especialmente variada, en cuanto a lo tímico (disforia), moral (desvalorización), comportamental (agitación), somático (sueño, apetito), social (escuela, juego). Estos autores mencionan que esta variabilidad sintomática depende del propio niño, cuyas modalidades de expresión evolucionan con la edad.

Como sabemos al contrario de los adultos los niños no expresan mediante el uso de la palabra su sufrimiento, será su comportamiento el que indique síntomas de depresión en ellos, manifestaciones tales como: el llanto, la tristeza de su rostro, la indiferencia, el enojo o el aislamiento de los demás, son conductas que manifiestan los pequeños en la Unidad de Quemados. Aspectos que generalmente ocurren en los primeros días de ingreso del paciente, hasta que logre adaptarse al medio.

Mediante las actividades lúdicas que se realizan dentro del área el niño disminuye los síntomas ansiosos y depresivos. La ludoterapia le va a ayudar al pequeño a que el período de hospitalización sea menos angustiante. (Ver capítulo V).

4.5 TRASTORNOS PSICOLÓGICOS POSTERIORES

“En el niño, el equilibrio mental se relaciona con los intercambios entre lo interno y lo externo y las condiciones ambientales que varían o se alteran en

etapas críticas de la vida” (Alija, 2000). Es decir la salud mental del niño evoluciona de acuerdo a las experiencias obtenidas de su entorno. El estrés como se había mencionado en páginas precedentes es la respuesta de una persona ante sucesos amenazadores o difíciles.

Los niños al igual que los adultos están expuestos a situaciones estresantes a lo largo de su vida provocándoles problemas emocionales. Madders (1987) después de observar una clase en nivel primario identificó una relación de eventos estresantes escolares y extraescolares, tales como pérdida de uno de los padres, ser dejado solo, pelea entre los progenitores, mudarse de un nuevo colegio, ir al hospital, un nuevo bebé en la familia, entre otros.

El estrés es visto como estímulo (circunstancias o estresores que provocaron el malestar) y respuesta (reacciones del individuo ante las situaciones de estrés).

Las respuestas del organismo, tanto de naturaleza somática como psicológica, suelen darse simultáneamente y son percibidas por las personas como sensaciones integradas de malestar emocional, de tensión, que se han definido como miedo, ansiedad y estrés, y fobia (Trianes, 1999, citado en Alija, 2000). Para Alija (2000) el estrés no siempre conduce a un estado patológico, esta autora refiere que su evolución depende de las capacidades que tiene el individuo para hacer frente como para adaptarse.

Los niños reaccionan de manera distinta ante eventos estresores, Chandler (1985) describe cuatro patrones de respuesta al estrés:

- Respuesta Dependiente: falta de autoconfianza, dificultad para aceptar las críticas, pobre asertividad, poca participación en actividades (Chandler, 1985, citado en Alija, 2000).
- Respuesta Reprimida: mucha sensibilidad, fácilmente se molestan o se les hieren sus sentimientos, temerosos ante nuevas situaciones, poca

confianza en sí mismos, preocupados innecesariamente (Chandler, 1985, citado en Alija, 2000).

- Respuesta Pasivo-Agresiva: frecuentemente son niños de bajo rendimiento académico, tienden a postergar sus deberes, poco cooperativos, despistados, sus notas tienden a bajar (Chandler, 1985, citado en Alija, 2000).
- Respuesta Impulsiva: exigente, desafiante, de temperamento explosivo, iniciarán incomodidad o molestia en sus interacciones con otros niños. Por otro lado pueden ser muy activos, descuidados en su trabajo escolar (Chandler, 1985, citado en Alija, 2000).

Las respuestas dependiente y reprimida son las que más se observan en la Unidad de Quemados, asociadas a síntomas reprimidos. Como se dijo anteriormente los primeros días en dicha Unidad los niños se encuentran muy sensibles, sobre todo por la separación de los padres como del entorno. Son poco participativos, algunos no se integran con los demás pequeños. Se muestran temerosos ante las intervenciones quirúrgicas.

Las actividades lúdicas permiten disminuir la ansiedad y depresión en los niños. El acompañamiento psicológico más las otras terapias facilitan una mejor adaptación del niño a la Unidad de Quemados, como la fisioterapia que motiva a la recuperación de los pequeños pacientes.

Con dicho acompañamiento se pretende ayudar a que el niño afronte la situación. En el siguiente capítulo serán descritas otras técnicas que hacen parte de dicho acompañamiento.

4.5.1 Trastorno por Estrés Postraumático

La palabra trauma significa en griego herida, utilizada también en el campo de la medicina y ligada inicialmente dentro del psicoanálisis a la seducción precoz.

En cuanto a la neurosis, su etiología se atribuye a experiencias pasadas en la historia del sujeto, Freud y Breuer en el año de 1895 en “Estudios sobre la histeria” señalaron que la causa del síntoma podría hallarse en la ausencia de una reacción al trauma, sea por una reacción afectiva o por medio de la palabra.

Más adelante en el año de 1920, durante la primera guerra mundial se hallaron una gran cantidad de casos de sujetos afectados con neurosis traumática, la cual se encuentra ligada a un evento traumático. Estos sujetos revivían las escenas a las que se confrontaron anteriormente en sueños. Siguiendo la línea que nos interesa relacionamos este tema con los niños de la Unidad de Quemados, quienes estuvieron expuestos a un acontecimiento que amenazó su vida.

Según el diccionario de psicoanálisis de Laplanche y Pontalis (1996), trauma se define de la siguiente manera:

Acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica. En términos económicos, el traumatismo se caracteriza por un aflujo de excitaciones excesivo, en relación con la tolerancia del sujeto y su capacidad de controlar y elaborar psíquicamente dichas excitaciones (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 447).

Este trastorno psicológico se halla dentro del grupo de los trastornos de ansiedad, caracterizándose por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma, según el DSM-IV-TR (2002, p. 477-478). Es decir cuando la persona ha experimentado un evento que amenace su integridad física, surge la probabilidad de que aparezcan diversos síntomas posteriores al trauma.

De acuerdo a este manual el trastorno por estrés postraumático puede iniciarse a cualquier edad, en donde los síntomas suelen aparecer en los primeros tres

meses posteriores al trauma. Para determinar el inicio y la duración de los síntomas de este trastorno se utilizan las siguientes especificaciones:

- **Agudo:** La duración de los síntomas es inferior a los tres meses.
- **Crónico:** La duración de los síntomas es igual o superior a los tres meses.
- **De inicio demorado:** Esta última especificación señala que entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo seis meses.

Para el diagnóstico del trastorno por estrés postraumático se requieren ciertos criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, en donde se pueden presentar:

- Ante un acontecimiento traumático que amenaza la integridad física como una quemadura grave o la amputación de un miembro del cuerpo, la persona puede responder con temor, desesperanza u horrores intensos. Los niños pueden expresar estas respuestas mediante comportamientos desestructurados o agitados (Criterio A).
- Recuerdos recurrentes, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones del evento traumático. Los niños pueden manifestar de varias maneras el acontecimiento experimentado mediante pesadillas o juegos repetitivos, en donde representan ciertas características del trauma. Asimismo cuando la persona se expone a situaciones que le recuerden el acontecimiento, provocándole malestar psicológico intenso. (Criterio B).
- Evitación de estímulos asociados al trauma y pérdida de interés en actividades como la sensación de un futuro limitado. Es decir la persona

pierde el deseo de obtener cosas a futuro como el de formar una familia por ejemplo (Criterio C).

- Padecer constantemente síntomas de aumento de la activación, tales como dificultades para conciliar o mantener el sueño, para concentrarse, irritabilidad o ataques de ira, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto.

Según el DSM-IV-TR (2002, p. 524-525), estas alteraciones se prolongan más de un mes, provocando un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Los niños de la Unidad de Quemados corren el riesgo de padecer este trastorno posteriormente, sobre todo los pequeños que han sido amputados. Es lo que se pretende evitar con el acompañamiento psicológico.

CAPÍTULO V

5 ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO AL NIÑO Y A SUS FAMILIARES DURANTE EL PERIODO DE HOSPITALIZACIÓN

En éste último capítulo del trabajo de titulación, se abordará la parte práctica, es decir el acompañamiento psicológico con los pacientes de la Unidad de Quemados del “Hospital pediátrico Baca Ortiz” y sus familiares.

¿Qué se entiende por acompañamiento? Para el Diccionario esencial de la lengua española (2006, p. 22), esta palabra significa la acción y el efecto de acompañar. De acuerdo al tema que nos interesa, el acompañamiento psicológico es un espacio que se brinda al paciente quemado y a su familia, con el fin de que puedan sobrellevar la situación crítica que están atravesando.

Este acompañamiento se realizará a través de una escucha atenta y la aplicación de otras técnicas con el fin de que se sientan sostenidos.

Este espacio de acompañamiento puede ser individual o grupal, en donde los padres podrán expresar sus emociones, preocupaciones e inquietudes.

Como se señaló en capítulos precedentes las quemaduras graves alteran la vida familiar cotidiana, uno de los progenitores u otro miembro de los que conforman la familia debe permanecer en la Unidad de Quemados pendiente del estado de salud del paciente, descuidando a los demás hijos. A través del trabajo/apoyo/encuentro grupal los familiares se sienten comprendidos, apoyados, pues se dan cuenta que no son los únicos con este problema, que hay otras personas en iguales condiciones que ellos.

El lector se podrá haber dado cuenta con la descripción del capítulo anterior que La Unidad de Quemados, es un área totalmente distinta a las otras de este Hospital. Los padres no tienen libre acceso a ella, son separados de los niños debido a la condición en la que se encuentran. La preocupación de los familiares se acentúa por la falta de contacto, tienen temores con respecto a lo que pueda estar ocurriendo con su hijo. Estos temores pueden abarcar varios aspectos, desde pensar que están deprimidos, asustados, mal alimentados, hasta pensar que van a ser mutilados o que podrán quedar desfigurados. El horario de visitas es de una hora, es gratificante y a la vez angustiante tanto para los niños como para los progenitores.

Gratificante porque los familiares pueden ver como se encuentran los niños y por el lado de los niños confirmar que sus familiares si están en el hospital, no los han abandonado como ellos creen. La mayoría de niños internados en el área expresan este temor. Pero no deja de ser a la vez un momento angustiante, ya que el horario de visita comprende únicamente el contacto visual a través de los ventanales, lo que produce desesperación en los niños en especial en los primeros días de internación al no poder acercarse a sus padres. El temor al abandono es uno de los temores más intensos en los niños.

La función del psicólogo será la de constituir un soporte tanto para los niños como para sus familias durante el período de hospitalización. Se plantean diferentes métodos y técnicas que serán descritas en este capítulo, tales como: entrevistas, fichas de caso, sesiones con los padres, acompañamiento terapéutico a través del juego, psicoeducación, entre otras.

El cambio brusco de la normalidad a un estado de invalidez, el temor al sufrimiento físico que provocan las curaciones y otros actos terapéuticos, la posibilidad de desfiguraciones o déficit funcionales como secuelas de las lesiones y muchas otras preocupaciones que surgen en la mente del quemado, crean problemas psicológicos importantes que deben ser atendidos desde un principio (Romero, 1984, p. 284).

Los niños que han sufrido quemaduras graves tienen muchos temores a lo largo de la hospitalización pueden presentar diversos síntomas como vimos en el capítulo anterior de ansiedad, depresión, etc. La psicoeducación será de mucha ayuda con respecto a esto. Explicarle el estado de gravedad o invalidez va a disminuir la ansiedad en estos pacientes que tienen su esquema corporal afectado, al mismo tiempo que sienten mucho miedo a las intervenciones quirúrgicas.

Otra técnica que permitirá reducir la ansiedad será la ludoterapia. Más adelante será descrita junto con los juegos terapéuticos que posibilitarán que el tiempo de hospitalización sea menos estresante.

5.1 CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

El trabajo práctico realizado se llevó cabo con cuatro familias del “Hospital Pediátrico Baca Ortiz” en la Unidad de Quemados, con niños que han sufrido quemaduras de tercer grado y los miembros de su familia.

La muestra escogida en este rango de edad (6 a 12 años) se justifica por ser el periodo en donde el niño atraviesa la etapa escolar y tiene un mayor desempeño social que forma parte de su desarrollo. Es en relación a esta etapa que el accidente provocará interrupciones en las actividades cotidianas indispensables en dicho desarrollo social.

Afirmación que Erikson corrobora en su teorización sobre las etapas del desarrollo infantil, a la que llama etapa de “laboriosidad frente a inferioridad” que está comprendida entre los seis y doce años. Durante este periodo, el buen desarrollo psicosocial se caracteriza por una mayor competencia en todos los ámbitos, sean interacciones sociales o habilidades académicas” (Erikson, citado en Feldman, p. 359).

En la muestra se trabajan cuatro casos, de los cuales tres tienen como etiología la quemadura por fuego y uno por quemadura eléctrica. Se trata de

cuatro niños que asistían regularmente a la escuela, así como también mantenían una vida familiar. Su periodo de hospitalización varía de acuerdo a la gravedad de la quemadura.

Familia No. 1

- Pareja unida con cuatro hijos
- Cuidador primario: Padrastro
- Cuidador secundario: Madre
- Edad: 7
- Sexo: masculino
- Lugar que ocupa entre los hermanos: 4to
- Lugar de origen y residencia: Quito (Norte)
- Tipo de quemadura: segundo grado profunda
- Etiología: Quemadura por fuego (jugaba con gasolina dentro del hogar)
- Periodo de hospitalización: 2 meses (60 días)
- No. Injertos: 1 (extremidades inferiores)
- Zona afectada: tórax, glúteos, extremidades inferiores

Antecedentes del accidente: Esta familia conformada por cinco personas: sus padres, una hermana de catorce años, un hermano de doce años con parálisis cerebral y el menor tan sólo con siete años. Los tres hijos son del primer matrimonio de la señora. El accidente ocurrió en el hogar mientras el padrastro salió a comprar el pan, al mismo tiempo que la madre salió a buscar a su hija. El pequeño paciente se encontraba en la habitación con su hermano discapacitado, cuando se dispuso a tomar el galón de gasolina que los padres guardaban en el hogar (utilizaban gasolina para su trabajo). El niño trataba de quemar papel en la cama y al encender el fósforo se quemó él mismo, en ese instante llegó el padrastro que lo encuentra en llamas, sale rápidamente de la habitación para buscar algo con que apagar el fuego. En ese momento llega la madre con su hija, que al ver salir al pequeño en llamas entra en desesperación, apagando el fuego con sus propias manos, lo llevan de

inmediato al “Subcentro de salud” del comité del pueblo, en donde lo trasladan al “Hospital pediátrico Baca Ortiz”.

Estado psicológico del niño: El paciente manifestaba tristeza en su rostro la mayor parte del tiempo durante los primeros días de ingreso. Mostraba mucha ansiedad ante su primer injerto, ansiedad que fue disminuyendo mediante la psicoeducación y terapia explicativa que consistió en indicarle al niño en una de las sesiones que la intervención quirúrgica que le iban a realizar era para la curación de sus heridas.

Este paciente no expresaba sus sentimientos verbalmente en el contexto de las entrevistas individuales; sin embargo fluía mejor la palabra en el área lúdica con el kit de doctor. Al ser interrogado sobre su familia su rostro entristecía, manifestando que los extrañaba mucho, sobre todo en los días de visitas cuando éstos no podían ir a verlo.

En el área lúdica con los otros niños, se mostraba sociable, establecía contacto con facilidad, tenía algunos amigos, excepto después de la curación del baño en donde no mostraba interés en participar debido a su estado físico doloroso. En el transcurso de su periodo de internación, su estado emocional fue cambiando al participar en el área lúdica con los demás niños, puesto que al inicio de su hospitalización permanecía en reposo debido a la quemadura. Los materiales que más utilizaba eran el kit de doctor y el rompecabezas.

Los efectos de estas reuniones con el niño fueron el apaciguamiento, en las intervenciones realizadas se siguió las recomendaciones de Françoise Dolto, de utilizar con los niños la verdad frente a lo que se hará en su cuerpo, o como decía Dolto la importancia de la palabra verdadera, evitando que el niño quede inmerso en la incertidumbre que lo hace sufrir mucho.

Estado psicológico de la familia: Los cuidadores se turnaban para estar en la sala de espera de la Unidad de Quemados, puesto que ambos trabajaban. La

madre sentía mucha culpabilidad por lo sucedido con el niño y a la vez sentía frustración por los conflictos en el hogar tanto con su otra hija como con su ex esposo quién era el padre biológico del pequeño.

La madre manifestaba que si no hubiera salido en ese momento, el niño no hubiera tomado la gasolina para jugar. También manifestaba que se sentía terrible cada vez que era el horario de visita, al verlo a través de la ventana sin poder tocarlo, ni abrazarlo. Se mostró muy deprimida en la primera entrevista. En las reuniones grupales no era participativa, se mantenía con la cabeza baja llorando en silencio. En el contexto de las siguientes entrevistas individuales logró expresar sobre lo que sentía.

Su estado emocional empezó a mejorar desde el primer injerto de su hijo, puesto que desde ese momento le trasladaron al área lúdica con los demás niños, en donde se veía otra expresión en el rostro del pequeño paciente.

El padrastro se mostraba tranquilo al relatar lo ocurrido, sin embargo manifestó que tenía conflictos con el padre biológico del paciente, puesto que éste lo culpaba de haber quemado a su hijo. Era participativo en las sesiones grupales y mostraba mucho interés por el paciente.

El acompañamiento psicológico les permitió sobrellevar a ambos la situación crítica por la que estaban pasando, sobre todo a la madre que sentía mucha culpabilidad. En las últimas sesiones ésta se sentía más tranquila en relación a la evolución de su hijo.

Familia No. 2

- Padres casados con tres hijas
- Cuidador primario: Abuela materna
- Cuidador secundario: Abuela materna
- Edad: 6 años

- Sexo: femenino
- Lugar que ocupa entre los hermanos: 1ero
- Lugar de origen y residencia: Esmeraldas
- Tipo de quemadura: tercer grado
- Etiología: Quemadura por fuego (se quemó con tinte en el trabajo de la abuela materna)
- Periodo de hospitalización: 3 meses y dos semanas (104 días)
- No. Injertos: 3 (rostro, extremidad superior derecha y extremidad inferior izquierda)
- Zona afectada: cabeza (rostro y cráneo), tórax, extremidad superior derecha y parte de la izquierda y la extremidad inferior izquierda.

Antecedentes del accidente: Esta paciente proviene de una familia conformada por cinco personas: sus padres, la niña de seis años, sus hermanas de tres años y una bebé de un mes de nacida. La niña se encontraba acompañando a su abuela el día de las votaciones, en el trabajo que ésta realiza de plastifica las papeletas. Se necesita alcohol industrial para realizar dicha tarea, sustancia que colocaron en una lata, al encender un fósforo provocó una explosión, como consecuencia la pequeña se quemó. En el momento del accidente se encontraba frente a un hospital, donde la trasladaron al hospital “Baca Ortiz”.

Estado psicológico del niño: Ésta paciente era la más afectada en cuanto a su estado físico, sin embargo era la más colaboradora entre los pacientes de la Unidad de Quemados. En las entrevistas individuales se mostraba tranquila, la mayoría de veces contenta.

Algunas veces se ponía triste en la hora de visita cuando veía a su abuela, quién era el cuidador primario debido a que la madre de la niña había dado a luz y por ende debía cuidar a su bebé. En el área lúdica le gustaba mucho jugar con el kit de doctor, armar rompecabezas y pintar. La rehabilitación la mayoría de veces le resultaba difícil, puesto que sentía mucho dolor en su

mano derecha, asimismo cuando le ponían la máscara no participaba de la misma manera.

Sin embargo siempre se encontraba dispuesta a colaborar, en el área lúdica se mostraba sociable con los demás niños, hablaba mucho. Se alimentaba bien y no manifestó temor ante los tres injertos que le practicaron, situación que fue evitada con terapia explicativa, al igual que con recomendaciones de Dolto de utilizar la palabra verdadera.

Estado psicológico de la familia: El cuidador primario (abuela materna) permaneció todo el tiempo en la sala de espera para recibir noticias de la paciente. Como se acabó de mencionar la madre de la niña se encontraba ausente debido a que había dado a luz, aunque más adelante realizó dos visitas junto al padre de la pequeña.

La abuela sentía mucha frustración al encontrarse sola en aquella sala de espera, se mostraba y expresaba su molestia ante la ausencia de su yerno (padre de la pequeña), debido a que el papá “solo” se interesaba por conocer el día del alta para ir a retirar a la niña. En la primera entrevista se mostró tranquila al relatar los hechos, más adelante en las reuniones grupales, a través del llanto manifestó la impotencia que sentía ante la situación e incertidumbre a la vez sobre el periodo de hospitalización de la niña, puesto que no siempre reciben información suficiente de los médicos.

Con los padres no fue posible realizar ninguna entrevista, puesto que éstos no disponían del tiempo necesario.

El acompañamiento psicológico al igual que las sesiones grupales le permitió sobrellevar a la abuela dicha situación, al poder expresar sus sentimientos e inquietudes acerca de la Unidad de Quemados.

Familia No. 3

- Padres casados
- Cuidador primario: Madre
- Cuidador secundario: Madre
- Edad: 9
- Sexo: masculino
- Lugar que ocupa entre los hermanos: 2do
- Lugar de origen y residencia: Archidona (Oriente)
- Tipo de quemadura: tercer grado
- Etiología: Quemadura por fuego (se quemó con diesel en el hogar)
- Periodo de hospitalización: 1 mes y 3 semanas (52 días)
- No. Injertos: 2 (tórax y extremidad inferior derecha)
- Zona afectada: tórax, glúteos y extremidad inferior derecha

Antecedentes del accidente: Éste paciente forma parte de una familia constituida por cinco personas: sus padres, sus hermanos de 11 y cuatro años. En el momento del accidente se encontraba en el hogar en compañía de sus hermanos y primos, cuando deciden tomar el galón de diesel que hallaron entre las cosas de sus padres para jugar. De pronto se encuentran todos en el patio de la casa, intentando quemar hojas caídas de los árboles y hojas bond, los pequeños se pasaban entre todos el galón jugando, cuando uno de los primos lanza diesel al cuerpo del paciente que se enciende al mismo tiempo en que prende el fósforo. El pequeño corre, se tira al suelo, los demás niños prosiguen a ir arrojar agua sobre su cuerpo, uno de ellos lo patea logrando apagar el fuego.

Van a avisar a los padres que se encontraban cerca del lugar, deciden de inmediato llevarlo a un hospital en el Tena, desde lo trasladan al hospital “Baca Ortiz”.

Estado psicológico del niño: El niño se mostraba tranquilo durante los primeros días de hospitalización. En la primera entrevista narró lo sucedido con tranquilidad, pero al pasar los días en las siguientes sesiones individuales preguntaba mucho sobre su estadía dentro del hospital, sobre el tiempo que pasaría allí.

Empezó a manifestar estados depresivos, sobre todo en la hora de visita, al ver a sus padres y abuelos a través del ventanal, lloraba en silencio tapando su rostro.

En el área lúdica no siempre quería participar por el dolor que sentía en sus heridas y se mostraba irritable los días en que permanecía en reposo debido al injerto, en donde no colabora con las enfermeras ni con los psicólogos del área. Su alimentación se dificultaba, puesto que no quería comer, mostrando mucha rigidez en su cuerpo, a lo que las enfermeras tenían que alimentarlo.

El acompañamiento psicológico, además de la terapia explicativa permitió reducir la ansiedad e irritabilidad que sentía durante su periodo de hospitalización, se le explicó que todo lo que le realizaban en su cuerpo era para la curación de sus heridas, asimismo se le habló de la importancia que tenían los alimentos para su recuperación, finalmente terminó aceptando comer. Su estado emocional mejoró al integrarse en el área lúdica con los demás niños.

Estado psicológico de la familia: El cuidador primario era la madre del pequeño, quién tuvo que regresar dos veces a Archidona por situaciones familiares, lo hacía los días que no había visitas para que el niño no sufriera al no verla. El padre iba al hospital cada vez que podía ausentarse del trabajo.

Ambos padres sentían mucha culpabilidad, puesto que no recordaban haber tenido el galón de diesel en casa y al no dejarlo en un lugar seguro su hijo se quemó. En la primera entrevista el padre no habló, sólo pudo dar sus datos, la

madre fue quién narró los hechos, en donde manifestó que sentía mucha angustia puesto que habían pasado dos días del ingreso del niño y los médicos no le daban información acerca del estado de su hijo. Angustia que se logró reducir, al explicarles todo acerca de la Unidad de Quemados.

En las sesiones grupales la madre se mostraba colaboradora, en las siguientes entrevistas individuales se notaba más tranquila por su hijo, mediante el acompañamiento psicológico ésta pudo expresar verbalmente su ansiedad, sus temores e inquietudes acerca del cuidado del niño dentro del área, lo que le permitió sobrellevar dicha situación.

Familia No. 4

- Madre separada con tres hijos
- Cuidador primario: Madre
- Cuidador secundario: Hijo mayor
- Edad: 12
- Sexo: masculino
- Lugar que ocupa dentro de los hermanos: 2do
- Lugar de origen y residencia: Quito (Sur)
- Tipo de quemadura: tercer grado
- Etiología: Quemadura eléctrica (cable de alta tensión en la terraza de su hogar)
- Periodo de hospitalización: Dos meses (60 días)
- No. Injertos: las quemaduras de su pecho y brazo izquierdo no necesitaron injertos (segundo grado superficial).
- Zona afectada: quemaduras leves en el pecho como en el brazo izquierdo y amputación de la mano derecha

Antecedentes del accidente: El paciente proviene de una familia conformada por cuatro personas: su madre, un hermano adolescente de dieciséis años y su hermana de diez años. Éste se encontraba en el borde de la terraza de su

casa conversando con una amiga, hasta que en un momento sin darse cuenta rozó uno de los cables de electricidad, en donde se quemó. Fue llevado de inmediato al Hospital “Baca Ortiz”, en donde fue ingresado a la Unidad de Quemados.

Estado psicológico del niño: El paciente se mostraba tranquilo durante los primeros días de hospitalización, tenía enyesado su brazo derecho, éste pensaba que tendría sólo unos días de internado. Pero no fue así, al niño se le comunicó que su mano derecha tendría que evolucionar unos días para decidir si realizaban una amputación o no.

Mediante la psicoeducación y terapia explicativa, el niño comprendió que la amputación era la única solución para poder recuperarse e irse pronto del hospital. Se le mostró la foto que él mismo pidió ver de su mano derecha sin el yeso, con esto pudo comprobar que el estado de su mano era crítico, a lo que aceptó que su mano derecha sea cortada.

El paciente asoció su accidente como forma de castigo, por malas conductas anteriormente. Pensaba estar siendo castigado por Dios y ser merecedor de ese castigo.

Al principio el mismo paciente quería ser operado de inmediato debido a que la mano le pesaba y le dolía, pero días antes de la amputación el paciente sufrió una recaída. Se mostraba deprimido, lloraba, al mismo tiempo que perdió el entusiasmo y el empeño que ponía para empezar a trabajar con la mano izquierda, recibió entonces apoyo psicológico. Luego de la cirugía el estado emocional del paciente decae nuevamente días después, manifestando tristeza.

Se realizó una intervención con la madre del paciente y se les permitió encontrarse un momento, lo que contribuyó a mejorar su estado. Después se intervino sólo con el paciente, su estado emocional mejoró en el

acompañamiento psicológico. El acompañamiento psicológico le permitió elaborar dicha situación.

Se propuso a los otros niños que estaba en el área lúdica jugar, pintar, dibujar o escribir con la mano izquierda, lo que estimuló al paciente a intentarlo él mismo.

Estado psicológico de la familia: La familia y amigos de éste paciente iban casi siempre a visitarlo, situación que lo alentaba mucho. La madre mostraba fortaleza ante él, pero en las entrevistas tanto individuales como grupales expresaba lo mal que se sentía de ver a su hijo así, sin poder ayudarlo.

A la madre se la acompañó y preparó en el momento de la operación de su hijo, en donde se le explicó todo lo que le iban a hacer. Ésta manifestaba que trataba de ser fuerte pero que ya no podía más. En las siguientes entrevistas individuales el acompañamiento psicológico le permitió elaborar la situación que estaba viviendo.

Los niños presentaron cambios de conducta durante el periodo de hospitalización como se acabó de mencionar, tales como: tristeza, irritabilidad, temores, ira, ansiedad, falta de cooperación, etc. Los cuatro pacientes poseen marcas corporales, teniendo secuelas diferentes como la pérdida de un miembro del cuerpo, cicatrices y despigmentación de la piel, situación que les permitió sobrellevar en el acompañamiento psicológico.

5.2 SESIONES CON PADRES: CURA A TRAVÉS DE LA PALABRA

A partir de la lectura y propuesta del Psicoanalista Bruno Bettelheim se realizaron sesiones con los padres, con el propósito de brindarles un espacio de escucha y darles la palabra en reuniones de dos vez por semana en el área de la ludoteca o en la sala de espera de la Unidad de Quemados, cuando no se podía ocupar la primera, con la finalidad de que los padres exterioricen sus

sentimientos sobre la situación por la que están viviendo tanto ellos como sus hijos, con los demás familiares. Las reuniones tenían una duración de 30 minutos debido a que los padres reciben continuamente información sobre el estado de los niños, sin poder ausentarse de la Unidad.

Con la información que se recogía de estas familias en las historias clínicas, se tenía un conocimiento base sobre como se sentían cada una al respecto. Entonces lo que se quería lograr con estas reuniones era el hecho de que los padres o la persona que cumplía la función del cuidador primario, se de cuenta que las demás personas presentes al igual que él estaban pasando por una situación similar, compartiendo sus experiencias, sintiéndose apoyados, pero sobre todo entendidos.

Una de las situaciones más dolorosas es la imposibilidad de acercarse a los niños, el que las visitas se limiten a mirarlos por la ventana. Los padres sufren mucho al verlos en ese estado, tienen varias preocupaciones acerca de la alimentación, de los cuidados tanto físicos como emocionales del pequeño dentro del área, por medio de éste espacio se trabajó en disminuir su angustia, sirviendo de puente entre el decir de los padres y los niños.

Entre los propósitos recogidos están los testimonios de los padres o familiares. Esto es lo que se pudo escuchar:

- Me da mucha pena verle a mi hijo ahí acostado y no poderle tocar, abrazar, decirle tranquilo hijito ya pronto nos vamos a ir, aquí está mamá.
- Mi hijo no se mueve mucho, se lo ve triste, yo no sé como lo estarán tratando adentro.
- A mi me desespera ver como mi hijo me estira los brazos para que lo cargue, pero yo no puedo y tampoco me dejan verlo porque dicen que puede contraer una infección.

- Yo soy la abuela de la paciente, he estado aquí desde el primer día, mi hija no ha podido viajar, porque estaba recién dada a luz y tiene que cuidar a mi nieto que ni siquiera he podido conocer. Mi yerno en cambio, no ha venido para nada, sólo llama para saber como va la niña y para venirla a retirar, no me parece justo que ahora me la venga a quitar, después de que yo he estado pendiente desde el principio.
- Yo estoy preocupada por la situación de mi hijo, yo quisiera verlo más seguido, pero no me dejan verlo más tiempo.
- Me daba mucha desesperación escuchar como gritaba el otro día mientras le hacían una curación. El es un pedacito que salió de mí y sentía que no podía hacer nada.
- Camino a casa me llama una de mis hijas diciéndome que venga al Hospital porque el menor de mis hijos se había quemado y estaba hospitalizado. Sentí mucha angustia porque no sabía exactamente el estado de mi pequeñito, le pedía a Dios que su carita no se haya quemado. El día de hoy me siento más tranquila porque ya lo he visto y agradezco de que esté vivo a pesar de que se haya quemado sus piernitas.
- Yo he tratado de ser fuerte por mi hijo porque yo lo quiero ayudar a que salga adelante, ya que el perdió su mano derecha. Todos estamos dispuestos a ayudarlo: sus hermanos, sus tíos, sus amigos que siempre vienen en las horas de visita y el sobre todo ha demostrado mucha valentía ante esta situación desde su ingreso, pero este fin de semana cayó en depresión, a mí me dejaron verlo ayer y verlo llorar me destruyó, lo abracé me puse a llorar con él. Siento que ya no puedo más yo trato de darle fortaleza a mi hijo pero verlo en ese estado me hace sufrir mucho como madre de sentir que no puedo hacer nada por él.

- Yo la verdad es que me siento muy culpable de que mi hija tan pequeña se haya quemado por un descuido mío, por haberla dejado cerca de la paila que tenemos en casa y verla así llorando a través del vidrio es lo peor que le puede pasar a un padre, no se lo deseo a nadie. Esta culpa que siento es algo que me atormenta el día entero, lo único que quiero es que mi hija salga pronto y poder cuidarla mucho.

Estas son algunos de los testimonios expresados por los padres en las sesiones durante el periodo de hospitalización.

Elemento sobre el que se trabajó y que es muy difícil superar es el sentimiento de culpabilidad, mismo que genera en ellos una gran angustia y ansiedad sobre cómo va a quedar el niño físicamente. Las madres sobre todo se sienten más culpables que los padres, pues si el accidente ocurrió en el hogar, que se supone es el lugar más seguro para una persona, manifiestan que se sienten culpables haberlos dejado solos o descuidado en un momento. A continuación el testimonio de una de ellas:

Estábamos los cinco en la casa, yo tengo tres hijos, uno de ellos es discapacitado, tiene parálisis cerebral de doce años, mi otra hija es adolescente tiene catorce años y mi hijo que está aquí el que se quemó tiene siete años. Mi marido salió a comprar el pan, en la casa se quedaron mis dos hijos varones y yo salí atrás de mi hija que es bien rebelde para que regrese a la casa. No nos demoramos en volver y cuando llegamos mi marido me dice lo que estaba pasando, porque él había llegado un ratito antes que yo. De repente veo salir a mi hijo del cuarto corriendo con llamas en su pecho, yo inmediatamente me acerqué a él y apagué el fuego con mis propias manos.

Este es el caso de una de las familias en el que tanto la madre como el padrastro se sentían culpables por haber dejado solos a los niños en casa, aunque fue por un momento como aseguran ellos. Este niño de siete años como veremos más adelante citado en los casos, se quemó con gasolina, debido a que en casa tenían siempre un galón por el trabajo de la madre, el niño tomó el galón para jugar quemando unas hojas en la cama y al prender un fósforo fue él quién resultó quemado.

El acompañamiento psicológico ayudó a elaborar estos sentimientos de culpabilidad de los padres, quienes generalmente sienten haber causado un gran daño a su hijo, sobre todo cuando el accidente ocurre en el hogar.

Una de las pautas que el psicoanalista estadounidense Bruno Bettelheim señala en su libro "Diálogos con las madres de niños normales", es que no se pretende decirles a los padres qué es lo que deben o no deben de hacer con sus hijos o cuáles son los objetos que pueden y no pueden tener en el hogar (como en este caso la gasolina líquido volátil). Lo que si se puede hacer es ayudar a aclarar sus ideas acerca de esta situación, como abordar el sentimiento de culpabilidad a través de una intervención, ayudándoles a salir de la culpa y pasar a la responsabilidad como:

Si no es posible prescindir de la gasolina en el hogar porque la necesitan para trabajar es importante dejarla fuera del alcance del niño o de acuerdo a la edad del mismo explicarle las consecuencias que podría sufrir si llegara a quemarse.

También se puede dar algunas sugerencias a los padres cuando van a encontrarse con los niños como mostrar fortaleza frente a sus hijos, pues los pacientes necesitan del apoyo familiar que es fundamental para la recuperación del niño. El objetivo de las sesiones era que los padres puedan elaborar sus sentimientos a partir de que verbalicen sus emociones. Es importante explicarles esto, ya que el niño al salir del hospital va a necesitar mucho de su madre o la persona que cumpla esta función para que realice los cuidados necesarios de las heridas y así evitar que sea hospitalizado nuevamente.

Se habló también sobre las experiencias maternas, acerca de lo difícil que es ser madre. Bettelheim, menciona que la mujer que quiere ser mamá nunca tiene en cuenta todas las cosas que pueden pasarle a su hijo, de las que ella va a ser responsable. La tarea de cuidar al niño desde que es tan un solo un bebé, no es tan sencillo como parece, peor aún cuando empiezan a crecer, la posibilidad de que ocurran accidentes.

El fin último de estos encuentros era reconocer el esfuerzo que hacen estas madres al estar presentes día y noche en la Unidad de Quemados, aliviar el sentimiento de culpabilidad y al mismo tiempo permitirles que sean capaces de tomar decisiones como asumir responsabilidades en este camino que harán durante y luego del periodo de hospitalización.

5.3 ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO A TRAVÉS DEL JUEGO DE APOYO

¿Qué es el juego? El juego da la oportunidad para el crecimiento físico, emocional, cognoscitivo y social, y con frecuencia es placentero, espontáneo y creativo. El juego puede reducir eventos atemorizantes y traumáticos; es posible que alivie la ansiedad y tensión; puede auxiliar a la relajación, diversión y el placer. A través del juego, los niños aprenden acerca del mundo y sus relaciones; ofrece una oportunidad de ensayar, someter a prueba a la realidad, explorar las emociones y los roles. El juego le permite al niño expresar la agresión y los sentimientos ocultos, y puede constituir un puente entre fantasía y realidad (Berry, 1972; Bruner, Jolly y Silva, 1976; Cohen, 1987; Garvey, 1977; Golcher, 1978; Lowenfeld, 1935; Millar, 1968; Singer, 1973; Winnicott, 1971; Yawkey y Pellegrini, 1984, citado en West, 1994, p. 14-15).

Otros autores como Nickerson (1973, citado en West, 1994, p. 15), señala:

- El juego es el medio natural de autoexpresión, experimentación y aprendizaje para el niño.
- Al sentirse como en casa en el ambiente de juego, el niño fácilmente puede relacionarse con los juguetes y “jugar” sus preocupaciones con ellos.
- Un medio de juego le facilita la comunicación y expresión al niño.
- Un medio de juego también permite una liberación catártica de los sentimientos, frustraciones y demás.
- El adulto puede, de manera más natural, comprender el mundo del niño mediante su observación durante el juego, y puede relacionarse de modo

más fácil con el niño a través de las actividades de juego que por medio de una discusión completamente verbal.

A través del juego somete a prueba a su mundo y aprende sobre él, y por lo tanto, es esencial para su sano desarrollo. Para el niño, el juego es un asunto serio que tiene un fin determinado y a través del cual se desarrolla mental, física y socialmente. El juego es su forma de autoterapia, mediante la cual a menudo se resuelven confusiones, angustias y conflictos (...) Además, el juego le sirve de lenguaje al niño - un simbolismo que sustituye a las palabras. El niño vivencia muchas cosas en su vida que todavía no puede expresar en lenguaje, y entonces usa el juego para formular y asimilar lo que experimenta (Oaklander, 2005, p. 160).

Para Schorn (2004, p. 96), el verdadero juego es el que posibilita un juego simbólico y acepta la comunicación con el otro.

Winnicott, al respecto decía:

El juego es una experiencia siempre creadora, es una forma básica de la vida. Lo universal en el niño es el juego y corresponde a la salud, facilita el crecimiento y conduce a relaciones de grupo. No sólo hay que pensar y desear hacer cosas, en realidad hay que hacer cosas y el jugar es hacer (citado en Schorn, 2004, p. 100).

Para Winnicott los niños a través del juego controlan la ansiedad, expresan agresión, se comunican con los demás, establecen contactos sociales, etc.

Por otra parte la psicoanalista Melanie Klein, en el año de 1932 considera al juego como el medio de expresión natural del niño, a lo que propone usarlo como sustituto de las verbalizaciones. La Escuela Berlín/Londres dirigida por esta autora, concebía al juego infantil como equivalente a las asociaciones libres. David Levy en 1938 trabajó con niños que habían experimentado un suceso traumático con una técnica que él desarrolló, que es la "terapia de liberación", en la que le proporcionaba al pequeño materiales o juguetes para que éste repita la experiencia traumática por medio del juego.

Se ha mencionado ya que los niños pasan la mayor parte del tiempo en el área lúdica, en donde cuentan con diversos recursos para su distracción, tales como

cuentos, libros para colorear, pinturas, rompecabezas, cubos, kit de doctor, etc. “Los juegos no sólo son entretenidos y relajantes; ayudan al terapeuta a conocer al niño, con frecuencia traspasar la resistencia inicial y promover la mutua confianza y credibilidad” (Oaklander, 2005, p. 172). Para este autor el juego asimismo ayuda al niño que tiene problemas para comunicarse y en fijar su atención.

Jugar es aprender a ser, es también aprender a vivir, tanto sólo como con otros intercambiando juguetes con ellos (...) descubriendo juegos nuevos, de semana en semana, juguetes diferentes. Son modos de lenguaje que se descubren, nuevas dificultades que hay que superar, intereses por descubrir y, sobre todo, un placer (Dolto, 2000, p. 149).

El juego es una actividad normal y, en la medida en que se pueda integrar a los cuidados hospitalarios, el hospital parecerá al niño un lugar menos extraño y más agradable (...) el juego ayuda a que los niños superen el dolor, la angustia y la separación que entraña la hospitalización (Broadribb, 1985, p. 520).

Este autor refiere que en la sala de juegos los niños ven a otros de su misma edad y pueden hacer frente a la enfermedad, sobre todo cuando ven jugar a niños cuyo aspecto es peor que el de ellos, en donde pueden formar relaciones, hablar acerca de ello y expresar sus sentimientos.

Esto es posible observar en los niños mayores que hablan con los más pequeños, a veces son ellos los que ayudan a calmarles, en el momento en que los padres se marchan finalizada la hora de visita. Se forma un área de cuidado entre pares por ejemplo si los pequeños ven que uno de ellos se rasca la herida o se quiere quitar una gasa advierten enseguida que no lo haga. Sobre todo los niños que llevan más tiempo en la Unidad de Quemados son los que guían o ayudan a los nuevos, así como ocurre con los adultos entre los familiares.

En fin una serie de psicólogos han aplicado diversas técnicas en el trabajo con niños. Virginia Axline (1947) modificó el enfoque centrado en el cliente de la terapia para adultos de Carl Rogers, en una técnica de terapia de juego

centrada en el cliente, con la tendencia a resolver el desequilibrio entre el niño y su ambiente, facilitando el crecimiento natural. Bixler (1949) consideró tanto al desarrollo como a la ejecución de los límites un factor de cambio en las sesiones de terapia.

Tranquilo pequeño no estés triste, vas a estar un tiempo hospitalizado para que te puedas curar. No te puedes ir en este momento a la casa porque tus heridas se pueden infectar y así no te vas a sanar. A los papás les vas a ver por esas ventanas, pero no todos los días. Aquí hay una habitación donde hay muchos juguetes con los que vas a poder jugar y hacer otras actividades como ver películas, colorear, leer cuentos, dibujar, armar rompecabezas y conocer a unos amiguitos que al igual que tú se encuentran aquí porque se quemaron. Ya mismo te van a bañar y de ahí vas a ser llevado a esa área que te cuento.

Con estas palabras que se acoge a los niños que acaban de llegar a la Unidad de Quemados. Los que se encuentran en sus habitaciones con un pequeño letrero en su bata de la actividad que les toca hacer ese día como la del baño: HOY ME BAÑO, muestran una mirada triste, confusa, no saben cuanto tiempo estarán ahí, preguntan por sus padres, sobre todo por la madre. Pero al menos cuando se les habla del área lúdica, la expresión del rostro del pequeño cambia, su angustia se traslada ahora por la curiosidad de saber cómo es ese espacio y en qué momento va a poder ser llevado hacia allá. Cuando los niños no pueden ir al área lúdica, se les puede llevar un juguete u otro objeto del área a la habitación, en donde se reduce su ansiedad, olvidando por un momento lo que están pasando.

“Las ansiedades de la admisión pueden reducirse de inmediato si el niño ve que el ambiente hospitalario no es tan extraño y contiene elementos del mundo que ha dejado atrás” (Schaefer y O’Connor, 1983, p. 200).

El área lúdica es una habitación adaptada como sala de juegos para los niños de esta Unidad, en donde van a poder realizar las actividades descritas en este ítem. Dolto (2000, p. 142-143), señala que el niño juega desde muy pequeño, en donde su primer juego de placer cómplice con el adulto es el del ocultar y mostrar de nuevo el rostro. Esta autora hace referencia a que el niño primero percibe y explora, luego viene el juego del tener y guardar, después los juegos de hacer (juegos de construcción). Más tarde, cuando los niños se hacen mayores, descubren sus características femeninas o masculinas, entonces eligen juegos distintos, como por ejemplo los varones tienen juegos de rivalidad armada y ruidosa, juegan a la guerra, en cambio las niñas tienen muñecas.

Los niños de esta Unidad cuentan con el personal del servicio para ser acompañados en esta área: los psicólogos, el fisioterapeuta que a veces utiliza juguetes para realizar la terapia, los voluntarios que proporcionan alegría a los pacientes y los doctores o enfermeras que a veces acompañan el juego. Todas estas actividades motivan a los pequeños pacientes que generalmente al principio se encuentran en un estado de rigidez. Con un “tú puedes”, “eres muy valiente”, “eso muy bien”, “mañana lo harás mejor”, entre otras palabras que son dichas al niño, de esta forma se alienta como motiva para realizar los ejercicios o aflojar los músculos tensionados.

La sala de juegos es un espacio fundamental en la institución hospitalaria, en donde se acoge al pequeño paciente mostrándosela. Se le indica que puede jugar y tomar cualquiera de los objetos libremente. También es necesario indicarle al niño que se le va a brindar ayuda cuando el la desee o necesite. Al principio algunos pequeños no se integran con los demás, prefiriendo jugar solos, a lo que el psicólogo le invita a participar con los demás niños y si éste no acepta se debe respetar este tiempo, aunque por lo general terminan aceptando ese momento o después.

La seguridad del salón de juegos permite la confrontación activa de las fantasías temidas mediante la exploración y la manipulación de los instrumentos y materiales médicos, de la representación de papeles de los procedimientos médicos así también compartir sus preocupaciones con otros niños (...) a medida

que mejora la salud psicológica, la recuperación física se obtiene en forma más rápida. Los niños se vuelven más cooperadores y de esta manera las exploraciones son más rápidas (Schaefer y O'Connor, 1983, p. 196-197).

No podemos olvidar que el juego para un niño es un elemento intelectual fundamental, el poder continuar jugando le permite simbolizar su sufrimiento y continuar con su vida de niño de acuerdo a sus posibilidades.

Materiales de juego:

- **Juguetes de construcción y rompecabezas:**

Al utilizar juguetes de construcción los niños pueden expresar cómo se han sentido (aún de manera preverbal) acerca de estar "rotos", ser "piezas descartadas" o "unirse", "hacer algo nuevo", a medida que ingresan en familias sustitutas o sus propias circunstancias mejoran (...) Construir y crear a veces son positivos y satisfactorios, y pueden mostrar que el niño se encuentra dentro de un marco mental progresivo. Los rompecabezas también tienen una función de integración y muchos niños a veces vuelcan su interés hacia ellos en los momentos en que literalmente se rompen la cabeza o tienen confusión acerca de algo, cuando intentan extraerle un sentido a lo que sucede o se encuentran en el proceso de integrar una parte de sí mismos que hasta la fecha se encuentra dividida (West, 1994, p. 73).

Los rompecabezas llaman mucho la atención de los niños de esta Unidad, sobre todo a los niños que se encuentran deprimidos. Generalmente los mismos piden armar un rompecabezas, en el que lo hacen individualmente o si es muy grande arman entre algunos de ellos, en donde interactúan con los demás niños. Los legos son utilizados por los más pequeños.

Estos materiales se utilizaron con mayor frecuencia que los demás, pues los niños al sufrir un accidente necesitan volver a reestructurarse, armarse nuevamente.

- **Kit de Doctor:**

Una función importante de la sala de juegos es proporcionar oportunidades al niño enfermo para que dramatice sus experiencias en el hospital. Una sección de la sala de juegos, que contenga equipo hospitalario en miniatura o en su tamaño real, le brinda la oportunidad de expresar sus sentimientos acerca del medio hospitalario y los tratamientos a que se le somete (Broadribb, 1985, p. 522).

Este juego se realizó con la finalidad de que los niños tengan una mayor comprensión sobre los procedimientos a los que eran sometidos como intervenciones quirúrgicas, pruebas o tratamientos, en donde los pequeños jugaban a realizar curaciones, tomas de presión, puestas de inyección en las vías, cirugías, sacar radiografías, toma de medicamentos, etc. Actividades que simulaban en muñecos.

Esta actividad se realizó antes y después de que el niño sea sometido a una intervención quirúrgica, en donde reducía su miedo al comprender lo que los médicos le iban a realizar en su cuerpo, a lo que pasaban a simular siendo un doctor o una enferma. Este juego le permitió al niño comprender que estos procedimientos eran para sanarlo, incluso para qué sirve cada elemento, como en el caso de una niña de seis años que dramatizaba ser una doctora realizando una curación, a la que se le preguntó lo siguiente:

Psicóloga: ¿Para qué son las vías Doctora?

Paciente: Las vías son para poner la medicación y para que el paciente se cure pronto.

Este juego siendo una ludoterapia explicativa que le ayudaba al niño a comprender lo que es un quirófano, lo que son los injertos, zonas donadoras, anestesia, vías, inyecciones, etc., a lo proseguía a realizar el mismo en los muñecos como jugar a la cirugía o simular curaciones, disminuyendo la ansiedad y el temor cuando eran practicadas en él.

- **Dibujo y plastilina:**

“Todo dibujo, toda representación del mundo es ya una expresión, una comunicación muda, un decir para sí o un decir al otro” (Dolto, 1984, p. 25-26). Esta autora señala que el niño partiendo de su dibujo acaba hablando, por asociaciones de ideas de sus padres, hermanos, al igual que su entorno.

El dibujo es otra herramienta que se utilizó con el niño, el dibujo libre con la finalidad de que el niño se cuente a través de él, se logre expresar y a la vez sea un medio de comunicación con él.

El modelado es otra técnica propuesta por Dolto (1984). “El permitir que el niño haga su propio juguete de plastilina le brinda mayor satisfacción en su uso que el hecho de que se brinden los materiales ya terminados” (Broadribb, 1985, p. 523). Esta es otra actividad que les interesa mucho a los niños, se entretienen usando su imaginación haciendo cosas. Les ayuda a reducir la ansiedad y depresión que sienten dentro del área.

El dibujo y modelado ayudaba al niño que iba a ser sometido a una intervención quirúrgica o a un baño que dibujen una cirugía y todos los elementos que se requieren en ella, con la finalidad de que los pequeños exterioricen por medio del dibujo sus temores acerca de los tratamientos médicos, así como también aclaren sus dudas.

- **Juegos de mesa:**

Este tipo de juegos sirven para establecer límites, es decir hay reglas que los niños saben que deben cumplir durante la actividad. Aunque algunas de las reglas sean inventadas por ellos, saben que las deben respetar. Esta actividad también ayuda a que los niños interactúen entre ellos en el

área lúdica. Los juegos que se utilizaron dentro de la Unidad fueron un bingo, cartas y rompecabezas grandes.

- **Pintura:**

“La pintura tiene un especial valor terapéutico. Según fluye la pintura, así fluye con frecuencia la emoción (...) Los niños adoran la fluidez y el brillo de las pinturas de colores” (Oaklander, 2005, p. 47). Este autor señala que los niños disfrutaban mucho la experiencia de pintar, como es lo que ocurre en esta Unidad, en donde siempre piden colores a acuarelas, desde los más pequeños hasta los más grandes.

- **Otras actividades:**

En la sala de juegos los niños cuentan con otros juguetes como muñecos, animales, carros, casas, comida y con otras actividades como libros, películas, ver televisión, etc.

Es necesario aclarar que durante el periodo de hospitalización de los niños se realizaron diferentes actividades, con la finalidad de reducir la ansiedad, depresión, miedos o temores de estos pequeños pacientes. La ludoterapia era diaria, ayudando a que los pequeños se adapten a este medio.

5.4 MÉTODOS Y OTRAS TÉCNICAS QUE SE UTILIZARON

5.4.1 Observación

Esta técnica se realizó desde el inicio de la práctica hospitalaria, con la finalidad de recoger datos para la investigación.

5.4.2 Entrevista Psicológica

Es una técnica fundamental del método clínico y es un procedimiento de investigación científica en la psicología. La entrevista implica el encuentro entre dos individuos en donde se producen interacciones verbales y no verbales.

Herramienta utilizada para realizar las fichas de caso y para obtención de información sobre la Unidad de Quemados (Ver anexo 1).

5.4.3 Historia Clínica o Ficha de Caso

Es un documento donde se recoge la información que procede de la práctica clínica relativa a un enfermo y donde se resumen todos los procesos a que ha sido sometido.

La historia clínica se utilizó para la recolección de datos informativos del paciente.

5.4.4 Taller

Esta herramienta se utilizó en las primeras dos semanas de la práctica hospitalaria con la finalidad a más de brindar información, que los familiares del pequeño paciente quemado logren expresar sus sentimientos con el resto de personas que al igual que ellos están viviendo la misma situación (Ver anexo 2).

5.4.5 Psicoeducación

Según el Dr. Juan Manuel Bulacio (2003), la psicoeducación es un proceso que permite la posibilidad de desarrollar y fortalecer las capacidades del paciente para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo. Este autor

también señala que la psicoeducación puede orientarse a la psicopatología o a las personas quienes tengan o no una afección clínica.

Bulacio (2003), señala que los contenidos psicoeducacionales se deben centrar en el diagnóstico, en la necesidad de realizar un tratamiento integral, psicofarmacológico, psicoterapia, así mismo como la importancia de la psicoeducación, de desarrollar la creatividad en su propia vida y en el tratamiento mismo.

Es lo que se trabaja con el paciente quemado y sus familiares desde la primera entrevista, en donde se les brinda información del servicio en cuanto a tratamientos, horario de visita, alimentación, elementos de uso personal que va a necesitar el niño, intervenciones quirúrgicas en caso de ser necesario, razones por las que el familiar no puede ingresar al área, etc. Asimismo con el niño, se le informa que va a estar un tiempo hospitalizado, que a los padres no los podrá ver todos los días, que cuenta con médicos para su recuperación, que en la Unidad hay otros pequeños al igual que él que se quemaron, que podrá jugar como hacer actividades en el área lúdica, entre otras cosas.

Esta herramienta terapéutica fue abordada de manera individual (sólo con el paciente o uno de sus padres), familiar (con los familiares que acompañaban al pequeño paciente) y grupal en las sesiones de la ludoteca o en la sala de espera de la Unidad de Quemados (diálogos con los padres), en donde se les brindaba la mayor información posible acerca del área como del estado de sus hijos.

Tanto el paciente como su familia como se acaba de mencionar recibía una información amplia sobre el ingreso y periodo de hospitalización. En las sesiones grupales se daba información sobre las mayores preocupaciones que tenían los padres, como las actividades que realizaban durante todo el día, como eran tratados por el personal, como se encontraban emocionalmente

ante la ausencia de los mismos, si eran correctamente alimentados, entre otras cosas.

Los padres como se ha dicho en páginas previas sienten una gran desesperación al estar puertas afuera, desconociendo muchas veces el estado de su hijo, esta técnica ayuda a calmar su angustia.

5.4.6 Terapia Explicativa

Consiste en dar al paciente una orientación clara y comprensible de su quemadura, del proceso del tratamiento, de las indicaciones médicas y las normas del servicio. Esta terapia se usa también cuando los pacientes se enfrentan al dolor agudo del baño, ya que se intenta concientizar la importancia del mismo (Dávalos y otros, 2005, p. 207).

Esta terapia se diferencia de la psicoeducación en que es más específica mientras que la primera es más general. Esta técnica consistía en darles explicaciones claras y comprensibles a los pacientes como a sus familiares, sobre todo a los niños para que reduzcan su temor ante intervenciones quirúrgicas o ante curaciones.

Los niños generalmente sienten angustia ante tal situación, pues desconocen lo que va a pasar con ellos, pues sienten mucho temor cuando son llevados al quirófano, a los baños o se les suministra la medicación. Estas explicaciones eran dadas con la finalidad de que el paciente comprenda que las intervenciones a las que era sometido eran para el bienestar de su cuerpo afectado por la quemadura, siempre hablándole con la verdad.

Lo importante es decirle toda la verdad, cualquiera que sea su edad: un mes, un año o cuatro años. Para todo lo que concierne a su cuerpo, el niño debe ser considerado como un adulto. (...) Lo importante es decirle la verdad con palabras simples (Dolto, p. 105).

Con respecto a lo que refiere Dolto, al niño se le debe hablar siempre con la verdad, así se evita generar ansiedad o temores en los niños dentro de la Unidad de Quemados. Los padres igualmente serán un soporte para él en esta situación en la que ayudan a explicarle a su hijo que la intervención a la que va a ser sometido es por su bienestar motivándolo diciéndole que todas las curaciones son para la recuperación de su salud.

A los niños de esta Unidad es de gran importancia hablarles sobre la necesidad que tienen de recibir atención médica, pues la necesitan para la curación de sus heridas, a lo que al principio les cuesta comprender. Se les explicó entonces que las personas que están dentro del área no están para atacar su integridad física, sino más bien para su recuperación, para que el niño pudiera tener confianza en los médicos.

La ludoterapia explicativa se va a conectar con esta técnica, en donde los niños aprenden que todos los aparatos que ven tienen una función importante para la recuperación de su cuerpo, poco a poco va a perder el miedo. La terapia explicativa fue abordada a nivel individual y familiar, brindando información específica acerca del estado del niño

5.4.7 Apoyo Psicológico

Es el espacio de trabajo que se estableció con el niño y sus familiares durante el proceso de hospitalización. La finalidad era que el paciente quemado logre adaptarse a la Unidad para calmar su ansiedad, sus temores, ayudándole a establecer una relación de confianza con las personas del área: las enfermeras, médicos, fisioterapeuta, psicólogos, voluntarios, etc.

Los niños de la Unidad de Quemados necesitan de este apoyo emocional durante el periodo de hospitalización, son pequeños que se sienten muy solos, a veces sienten abandono por parte de sus padres, les cuesta comprender la razón por la que están allí. El psicólogo es un soporte para el niño durante este

proceso que le ayuda mediante todo lo mencionado además de las técnicas de psicoeducación y la terapia explicativa a comprender lo que sucede.

A lo largo de su recuperación el siente que el psicólogo es una ayuda para él, es quién le ayuda a comprender lo mencionado en páginas precedentes, es quién le sirve de medio para comunicarse con sus padres, es quién le acompaña en el área lúdica y en los momentos angustiantes como cuando el niño va a ser sometido a una cirugía.

De igual manera es un soporte para los padres o familiares del pequeño paciente. El psicólogo ayuda a calmar la angustia que estas personas viven en la sala de la Unidad de Quemados, quienes escuchan ocasionalmente llantos o gritos de los niños a los que se les realiza una curación en ese momento y al que desconocen si se trata de su hijo. Los padres sienten desesperación al no tener noticias de cómo está el niño, se preguntan si estará sufriendo, si estará tranquilo, si estará comiendo, entre otras cosas. Inquietudes que el psicólogo le permite aclarar mediante el apoyo durante dicho periodo de hospitalización. Al igual que el niño, el familiar también es acompañado cuando va a haber una intervención quirúrgica.

5.5 INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DEL NIÑO Y SU FAMILIA

En este capítulo se describieron todas las técnicas que se utilizaron en el acompañamiento psicológico del niño. En este ítem se pretende nombrar brevemente el trabajo terapéutico.

La muestra como sabemos fueron cuatro familias en la Unidad de Quemados, con diferentes edades como etiología. Con estos pequeños se trabajó de manera distinta y no al mismo tiempo obviamente. Esta situación dependía del estado en el que se encontraban los niños tanto física como emocionalmente, por ejemplo no siempre podían dibujar pues tenían puesta una vía en la mano con la que escribían, lo cual les ocasionaba dolor al tomar el lápiz. También

dependía del día del baño, en los que los niños deben permanecer en sus respectivas habitaciones hasta ser llevados por alguna de las enfermeras.

La práctica hospitalaria fue realizada en un periodo de cuatro meses, en los que una de las familias ya tenía días de ingreso. Los demás ingresaron a lo largo de este periodo en fechas distintas. Con todos los niños se trabajó en el área lúdica, pero para la investigación se tomaron los cuatro casos mencionados en la muestra de este capítulo.

Con los cuatro niños se trabajó con actividades lúdicas, apoyo, psicoeducación y terapia explicativa. Los juegos los motivaban mucho, sobre todo para cambiar el estado de ánimo e integrarse con los demás niños, pues a veces se aislaban.

Los primeros días de estos pequeños son los más duros hasta adaptarse a la Unidad de Quemados, en la que ven a desconocidos y una serie de aparatos que le causan temor.

Mediante el juego expresaban sentimientos acerca de cómo se sentían emocionalmente. En páginas previas se manifestó que no a todos los niños les cuesta del mismo modo la separación con sus padres. A veces entre ellos se ayudan o explican las razones a los más pequeños por la que no se deben lastimar, dándose apoyo.

El niño mayor de esta muestra al que le amputaron la mano derecha, al inicio de la hospitalización se sentía temeroso de perder la mano, tenía ideas erróneas acerca de lo que le pasó (pensaba que estaba siendo castigado por Dios por conductas negativas del pasado), el acompañamiento psicológico le ayudó mucho para su recuperación, se sentía bastante motivado por empezar a trabajar con su otra mano. Aceptando entonces su nueva condición.

A este niño se le ayudó a elaborar el duelo por la pérdida del miembro de su cuerpo con terapia explicativa y apoyo psicológico, ayudándole primeramente a concientizar que este miembro se encontraba en mal estado, es decir muerto requiriendo ser amputado, pues a más de ser una molestia para él, arriesgaba su salud. Al paciente se le indicó una foto de su propia mano, que el mismo solicitó por la razón que los vendajes le impedían verificar como se encontraba su mano.

Se le ayudó a comprender que la amputación era la única solución para preservar su salud física, además que este miembro no le iba a poder utilizar más, pues se encontraba muerto. Todos tenemos una concepción general de nuestro cuerpo, una vez realizada la intervención quirúrgica, al niño se le hizo visualizar su nueva imagen, su nuevo cuerpo para que forme una nueva concepción. Asimismo se trabajó el tema de la adaptación, ya que es importante para la reinserción social del paciente.

A la madre del paciente amputado se le brindó apoyo psicológico, pues ésta debía demostrar fortaleza frente a su hijo que perdió su mano.

CONCLUSIONES

- Este trabajo ha permitido determinar la necesidad de realizar campañas de educación y prevención de accidentes en la población infantil; en particular de los estratos socio-económico bajo, que deben asumir responsabilidades cotidianas a muy temprana edad.
- El vínculo que la madre y el niño establecen desde el inicio es fundamental para la recuperación del mismo, le permite sobrellevar las alteraciones y sufrimientos físicos y emocionales que vivirá a causa del accidente.
- Es primordial brindar un acompañamiento y apoyo psicológico a los padres y familiares del niño quemado; durante la hospitalización y luego de ella en donde se encontrarán con un niño con un esquema corporal diferente.
- El acompañamiento psicológico tiene por fin sostener al niño durante su proceso de hospitalización y permitirle asumir su nueva condición tanto física como emocional. Acompañarlo en el proceso de aceptación y duelo. Aceptar las pérdidas que ha sufrido durante el accidente; pero al mismo tiempo visualizar los recursos con los que podrá compensar la pérdida.

REFERENCIAS

Libros:

- Aguilar, M.J. (2003). Tratado de enfermería infantil: cuidados pediátricos. Madrid, España: Elsevier.
- Ajuriaguerra, J. Marcelli, D. (1996). Psicopatología del niño. (3º Ed.). Barcelona, España: Masson.
- Anzieu, D. (1987). El yo-piel. Madrid, España: Biblioteca nueva.
- Arranz, E. (2004). Familia y desarrollo psicológico. Madrid, España: Pearson Prentice Hall.
- Balbo, G. Bergés, J. (1996). Psychose, autisme et défaillance cognitive chez l'enfant. (2º Ed.). París, Francia: Éres.
- Berkow, R y Talbott, J. (1978). El Manual De Merck: de diagnóstico y terapéutica. (6º Ed.). Rahway, New Jersey: Merck Sharp & Dohme Research Laboratories.
- Bernard, M. (1985). El cuerpo. Barcelona, España: Paidós.
- Bettelheim, B. (s.f.). Diálogos con las madres de niños normales. Bogotá, Colombia: Barral.
- Bowlby, J. (1998). La separación: el apego y la pérdida. (Volumen II). Barcelona, España: Paidós.
- Bracho, O. J., Bracho, T. J.J, Bracho, T. J.E (1994). Quemaduras. Quito, Ecuador: Terán.
- Broadribb, V. (1985). Enfermería pediátrica. (3º Ed.). México D.F, México: Trillas
- Casas, F. (1998). Infancia: perspectivas psicosociales. Barcelona, España: Paidós
- Chemama, R. Vandermersch, B. (2004). Diccionario del psicoanálisis. (2º Ed.). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Dávalos, P. Sevilla, G y Castro, M. (2005). Quemaduras tratamiento integral. (1º Ed.). Quito, Ecuador: Global-Graphics.
- Diccionario esencial de la lengua española (2006). Madrid, España: Real Academia Española.

- Dolto, F. (1984). La imagen inconsciente del cuerpo. Barcelona, España: Paidós.
- Dolto, F. (1997). Trastornos en la infancia: reflexiones sobre los problemas psicológicos y emocionales más comunes. (1º Ed.). Barcelona, España: Paidós.
- Dolto, F. (2000). Las etapas de la infancia: nacimiento, alimentación, juego, escuela. Barcelona, España: Paidós.
- Feldman, R. S (2005). Psicología: con aplicaciones en países de habla hispana. (6º Ed.). México, D.F, México: McGraw-Hill.
- Freud, S. (1984). Obras completas. Volumen XIV. (2º Ed.). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1984). Obras completas. Volumen XVIII. (2º Ed.). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1984). Obras completas. Volumen XXIV. (2º Ed.). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- La prensa médica mexicana. (1966). El niño de 6 a 12 años. (1º Ed.). Médico, D.F, México: Fournier.
- Laplanche, J. Pontalis, J. (1996). Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona, España: Paidós.
- López-Ibor, J. (2002). DSM-IV-TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, España: Masson.
- Macías-Valadez, G. (1999). Introducción al desarrollo infantil. (2º Ed.). México, D.F, México: Trillas.
- Mannoni, M. (1964). El niño retardado y su madre. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Mannoni, M. (1987). El niño, su enfermedad y los otros. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Mena, H. (1998). Temas de psicología para la familia. Quito, Ecuador: Abya-Yala.
- Mir y Mir, L. (1969). Fisiología y tratamiento de las quemaduras y sus secuelas. Barcelona, España: Científico-médica.
- Nasio, J. (2008). Mi cuerpo y sus imágenes. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

- Newsletter. (1983). Trastornos de ansiedad en medicina. Barcelona, España: Hoechst.
- Oaklander, V. (2005). Ventanas a nuestros niños: terapia gestáltica para niños y adolescentes. Santiago, Chile, Santiago: Cuatro vientos.
- Pittman, F. (1998). Momentos decisivos: tratamiento de familias en situaciones de crisis. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Romero, R. (1984). Tratado de cirugía. (Tomo 1). México, D.F, México: Interamericana.
- Sabiston, D. (1981). Tratado de patología quirúrgica. (Tomo 1.). México, D.F, México: Interamericana.
- Schaefer, C. y O'Connor, K. (1983). Manual de terapia de juego. (Volumen 1). México, D.F, México: Manual Moderno.
- Schorn, M. (2004). Discapacidad: una mirada distinta, una escucha diferente. Buenos Aires, Argentina: Lugar.
- Slaikeu, K. (1984). Intervención en crisis: manual para práctica e investigación. México, D.F, México: Manual Moderno.
- Tortora, G. Grabowski, S. (2002). Principios de anatomía y fisiología. (9º Ed.). México, D.F, México: Oxford.
- West, J. (1994). Terapia de juego centrada en el niño. México, D.F, México: Manual Moderno.

Libro electrónico completo:

- Sassano, M. (2003). Cuerpo, tiempo y espacio: principios básicos de la psicomotricidad. Recuperado el 25 de abril del 2011 de http://books.google.com/books?id=pLivxj6PSKMC&pg=RA1-PA132&lpg=RA1-PA132&dq=jean+lhermitte+y+la+imagen+del+propio+cuerpo&source=bl&ots=9_j_yeML3j&sig=ql09NwxbsifuYrseJ9xl8n754_E&hl=es&ei=l4O5TfPdMZKSgQf-nNF6&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CBkQ6AEwAQ#v=onepage&q=jean%20lhermitte%20y%20la%20imagen%20del%20propio%20cuerpo&f=false
- Tizón, J. (2009). Pérdida, pena, duelo: vivencias, investigación y asistencia. Recuperado de: <http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=-jrPFKEtoZQC&oi=fnd&pg=PA95&dq=libro+procesos+del+duelo&ots=T>

bUZzXyar9&sig=EVuxmn2Fth__zWUNBoKx_jSuBKl#v=onepage&q=libro%20procesos%20del%20duelo&f=false

Páginas web:

- Alegre, J.R. (2005). La hospitalización infantil: el niño hospitalizado. Recuperado el 15 de mayo del 2011 de http://www.formaciondidactica.com/pv_obj_cache/pv_obj_id_3C377BE4EBA627A740080813382D20A0FA0B0300/filename/hospit-infan.pdf
- Alija, A (2007). Estrés infantil: la ética del discurso como factor protector. Recuperado el 1 de agosto del 2011 de <http://www.psicopedagogia.com/articulos/?articulo=196>
- Biocom (1988). Historias clínicas. Recuperado el 29 de julio del 2011 de http://biocom.com/sistema/historias_clinicas/historia_clinica_informatica.html
- Bulacio, J (2003). Uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica. Recuperado el 29 de junio del 2011 de http://www.fundacioniccap.org.ar/downloads/investigaciones/Poster_4_Uso_de_la psicoeducacion_como_estrategia_terapeutica.pdf
- Centro terapéutico Anteroos (2005). Entrevista psicológica. Recuperado el 29 de julio del 2011 de <http://www.anteroos.com.ar/entrevista-psicologica.html>
- Ecuador en cifras (2010). Pobreza por consumo. Recuperado el 18 de marzo del 2011 de <http://www.ecuadorencifras.com/cifras-inec/pobrezaConsumo.html#>
- Fundamentos teóricos. Recuperado de: <http://montedeoya.homestead.com/teoricos001.html>
- Gallego, F. (s.f.). Esquema corporal e imagen corporal. Recuperado el 13 de abril del 2011 de http://www.colefillesbalears.com/publi/REEFD_n12.pdf#page=45
- González, I. (1999). Las crisis familiares. Recuperado el 17 de abril del 2011 de http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_3_00/mgi10300.htm
- Martínez, E. (2000). ¿Qué es la fisioterapia? Recuperado el 30 de marzo del 2011 de <http://www.arturosoria.com/fisioterapia/art/first.asp>
- Merino, C (1999). Estrés infantil: visión introductoria al estrés infantil. Recuperado el 1 de agosto del 2011 de <http://www.psicopedagogia.com/articulos/?articulo=177>

- Organización mundial de la salud (s.f.). Cada día mueren más de 2000 niños por lesiones no intencionales. Recuperado el 7 de febrero del 2011 de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr46/es/>
- Slideshare (2011). El cuerpo humano. Recuperado el 13 de abril del 2011 de http://www.slideshare.net/carmenburbano/presentacin-de-psicologa-1486128?src=related_normal&rel=1511417
- Técnico de enfermería (2009). Ambiente hospitalario en pediatría. Recuperado el 4 de mayo del 2011 de <http://www.tecnicoenfermeria.com/tag/actitudes-del-nino-hospitalizado>

Revistas electrónicas:

- Braier, E. (2000). Las heridas narcisistas en el trauma psíquico temprano. Teoría y clínica. Intercavis. Recuperado de, <http://www.intercanvis.es/pdf/06/06-03.pdf>
- Castro, S (2005). Traumatismos. Fort-Da. Recuperado el 19 de abril del 2011 de: <http://www.fort-da.org/fort-da8/castro.htm>
- Dávalos, Dávila y Meléndez (2007). Manejo de morbimortalidad del paciente pediátrico quemado en el hospital “Baca Ortiz” de Quito, Ecuador. Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana. Recuperado el 14 de junio del 2010 de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0376-78922007000300003&script=sci_arttext

Periódico electrónico:

- Análisis de los accidentes en el hogar, los peques, los más vulnerables (2010). Globedia. Recuperado el 15 de enero del 2011 de <http://ec.globedia.com/analisis-accidentes-hogar-peques-vulnerables>

ANEXOS

ENTREVISTAS AL PERSONAL DEL BACA ORTIZ

Entrevista al Psicólogo de la Unidad de Quemados

1.- ¿Cuáles son los tipos más comunes de quemaduras?

Tenemos quemaduras eléctricas, líquido hirviendo, por fuego directo y ocasionalmente por químicos.

2.- ¿Qué síntomas presentan los niños durante la hospitalización?

Los síntomas más frecuentes son los ansiosos y depresivos

3.- ¿Cuáles son las actividades diarias del niño dentro del área de quemados?

A más de recibir la atención médica, la terapia de rehabilitación, tienen actividades recreativas y lúdicas básicamente en el servicio.

4.- ¿Qué actividades hacen que disminuya la ansiedad en los niños?

Específicamente las actividades lúdicas, con explicaciones o juegos interactivos entre los niños y psicólogos de esta área y con voluntarios.

5.- ¿Cuáles son los posibles trastornos psicológicos posteriores?

Los más comunes que se pueden dar son estrés postrauma y dependiendo del área en que se hayan quemado los niños, como por ejemplo el área del rostro van a tener sentimientos de inferioridad, es decir síntomas depresivos.

6.- ¿Cuál es el periodo máximo de hospitalización de quemaduras graves?

No te podemos dar un tiempo específico, pero con la experiencia que tenemos en el servicio han permanecido han permanecido niños hasta seis, siete meses.

7.- ¿Han ingresado niños con algún tipo de trastorno psicológico o físico al área de quemados?

Pues si porque la quemadura no es exclusiva para niños que estén emocionalmente, psicológicamente sanos, puede pasarle a todos. En especial niños hiperkinéticos son los que están más propensos a sufrir accidentes. Hemos tenido entonces pacientes hiperkinéticos, niños con problemas compulsivos, de coeficiente intelectual, retardo mental, retraso en el desarrollo psicomotriz, del lenguaje y en cuanto a problemas físicos niños que vienen con mal formaciones desde su nacimiento como niños con problemas de columna, de cadera a manera de ejemplo.

8.- ¿Cómo se encuentran los padres emocionalmente?

En los papás emocionalmente hay dos factores: el sentimiento de culpa y el sentimiento de ansiedad por saber como está el niño. El sentimiento de culpa generalmente se nota más en las madres, quienes permanecen más tiempo en el Hospital, entonces siendo ellas quienes están en el hogar y sucede el accidente dentro de ese ambiente, se sienten culpables y es el síntoma oculto se podría decir, pues aquí deben demostrar fortaleza, habilidad y orientación para poder colaborar con el personal médico y con los niños, sentimiento que van poniendo en segundo plano, siendo muy necesario trabajar justo en esta área que los padres afronten el hecho de la culpabilidad o el sentimiento de culpa a expresar y a liberarse de ese sentimiento.

9.- ¿Con qué frecuencia los padres o familiares reciben información acerca del niño?

Los padres o familiares reciben información del estado del niño permanentemente, es decir todos los días. Desde el momento de ingreso del paciente los padres reciben información, sobre lo que se le va a realizar al niño, los días de visita, las razones por las que no pueden entrar, los implementos que el pequeño va a necesitar durante el periodo de hospitalización como pantuflas, interiores desechables, pañales entre otras cosas que va a necesitar y que son de uso personal. Regularmente se realiza un informe detallado de cada niño, en donde la pediatra o el personal de enfermería les brindan información a los familiares. El personal de psicología además de brindarles apoyo psicológico también está encargado de proporcionar información adecuada para que los familiares se mantengan con la información suficiente y no se desesperen de estar puertas afuera de la Unidad.

10.- A lo largo del periodo de la hospitalización cuáles son las preocupaciones o inquietudes de los padres?

El como va a quedar, el como va a salir el niño. Inicialmente es la apariencia física, lo estético es la mayor preocupación de los padres.

11.- ¿Qué piensa usted acerca de que esta situación ocurre en la mayoría de familias de estrato socio económico bajo?

Bueno es más entendible esa situación, pues los niños de estos hogares desde tiernas edades tienen que empezar a interactuar dentro de las familias, a colaborar, a tener responsabilidades grandes, a preparar alimentos, a colaborar dentro de los hogares en cocinas, entonces son más propensos de acuerdo a la responsabilidad que los niños tienen.

12.- ¿Qué tipos de familias se encuentran en el área de quemados?

Psicológicamente vienen de familias nucleares y no nucleares. En las familias que no son nucleares hay el problema de ansiedad y depresión, en donde sienten más la ausencia de uno de sus padres.

Entrevista a la enfermera líder de la Unidad de Quemados

1.- ¿Cuáles son los aspectos generales del ingreso del niño al área de quemados?

Esto varía dependiendo al tipo de elemento que produjo la quemadura, el porcentaje que fue quemado y la profundidad o como está el niño en ese momento. También depende de con quién estuvo en ese instante del accidente para dependiendo de eso los padres, los familiares o quienes acompañen al trauma el niño viene en diferentes condiciones, puede venir ya tranquilo, ya curado de otras unidades o puede ser un accidente reciente que abordó el Hospital.

2.- ¿Qué terapias reciben los niños dentro del área de quemados?

Reciben las cosas que ellos necesitan o son indispensables, como la terapia medicamentosa, terapia física o de rehabilitación física, la terapia psicológica y se da un soporte en la parte emocional y espiritual del niño cuando está dentro de la Unidad.

3.- ¿Con qué finalidad son colocadas las vías en el cuerpo del niño?

Las vías son accesos que nosotros llamamos periféricos o centrales por donde se puede administrar los diferentes líquidos que se deben poner a nivel de vía vascular. En los primeros días, en las primeras horas del quemado, se les hidrata a los niños porque necesitan un soporte hidroelectrolítico. Pasado los primeros días eso le sirve para la medicación que regularmente ellos reciben como son antibióticos o medicamentos analgésicos y durante los procedimientos quirúrgicos como es la limpieza quirúrgica y para el quirófano le sirve para la administración de los medicamentos que se necesitan para dormir al niño como anestesia general o también en caso de requerir algún procedimiento de acceso inmediato.

4.- ¿Qué problemas se presentan durante el periodo de internación del niño?

Puede darse el caso de un niño que no tiene un acompañamiento familiar, entonces permanece en soledad dentro de la Unidad, puede ser que los familiares no estén en condiciones de hacer un acompañamiento adecuado por el trauma que vivieron. También puede ser que el niño es por ejemplo muy mimado dentro de casa o ha habido mal manejo materno, es decir niños de tres o cuatro años que todavía no se alimentan con dieta general y todavía toman biberones, corresponde hacer entonces una adaptación del niño a la situación de desarrollo que le corresponde por la edad.

5.- ¿Con qué frecuencia el niño tiene que volver al área de quemados después de dado el alta?

El niño muy pocas veces regresa para una internación, por ejemplo esto se produce cuando el niño que no fue cuidado en casa y que en un momento dado se pudo haber infectado la herida o no fue bien manejada, en esos casos los pequeños tienen que volver a ingresar para tratamiento. También regresan a la Unidad a continuar con tratamientos que ya no necesitan hospitalización como para las infiltraciones, nuevas coberturas, liberación (separación de dedos que se fusionaron por alguna cicatriz).

6.- ¿Cuál es la razón por la que los padres no pueden ingresar al área de quemados?

El niño al sufrir este accidente lo que más se afectó fue su piel, uno de los órganos de protección para prevenir incluso infecciones, entonces si los padres ingresan sin las debidas condiciones como son las que nosotros como personal utilizamos, medidas de protección, gorros, mascarillas, botas, podría exponerse al niño mayor a riesgo de infección.

7.- ¿Piensa usted que la presencia de los padres dificulta la situación de los pacientes dentro del área de quemados?

En ocasiones sí puede verse afectada porque los padres todavía no han superado el trauma que sufrieron cuando se dio el accidente, entonces los padres en este momento quieren descargar sobre los niños el estado emocional: abrazarles, besarles, a veces es un manejo inadecuado del momento como tal, entonces primero hay que prepararles tanto emocionalmente, físicamente, que se recojan el cabellos, que se corten las uñas. Son varios los factores que en un momento dado se deben considerar para que los padres o los familiares pudieran entrar dentro de la Unidad de Quemados.

8.- ¿Con qué frecuencia los niños pueden salir a ver a los padres fuera del área de quemados (al área limpia)?

Regularmente a los niños se les saca dependiendo del informe del psicólogo de la unidad, quien dice que niños están ya preparados para nuevamente tener un vínculo, un nexo con los familiares. A veces hay niños que todavía no han superado su estado, su angustia dejaron de hablar, ellos tienen que ser primero preparados dentro de la Unidad porque ellos en ocasiones no entienden el porqué están dentro de la unidad o incluso los familiares también sufren una angustia, reaccionan incluso con un estado casi de congelamiento al mirar las condiciones en las que los niños están después de haber sufrido el accidente.

9.- ¿Cuáles son los apoyos sociales/recursos que tienen los niños y familiares durante el periodo de internación?

Regularmente el apoyo se da desde la unidad, es decir todo el personal de la unidad está constantemente informándoles, orientándoles y prácticamente el apoyo es dentro de ellos mismos, por ejemplo el familiar del paciente que se haya más tiempo orienta al que recién llega, incluso acompaña a hacer trámites

o a las necesidades que tienen el resto. Se les a adecuado un ambiente con servicios higiénicos, ducha para que la gente de provincia pueda permanecer en la unidad. Asimismo el Hospital les brinda un albergue que se encuentra dentro del área del parqueadero o a través del trabajo social hay ocasiones en las que son reubicados en otros albergues que se encuentran dentro de la ciudad.

10.- ¿Cuáles son los voluntarios que pueden ingresar al área de quemados y cuál es su función?

El acompañamiento de parte de la gente voluntaria aborda el aspecto emocional del niño o en el aspecto lúdico. Hay ocasiones que se integran en los juegos, les ayudan a pintar, a realizar tareas escolares y los voluntarios tienen que hacer un trámite a través de la Unidad de docencia para que se les facilite el acceso a la Unidad.

11.- ¿Qué tipo de prótesis son beneficiadas al paciente?

El tipo de prótesis lo establece el personal especializado. El niño primero recibe rehabilitación física, la formación del muñón que va a cargar la prótesis, entonces es un trámite incluso cuando el niño ya sale de la Unidad y sigue asistiendo a rehabilitación física, en donde le determinan el tipo de prótesis. Lo que hacemos nosotros es el contacto con personas que le pueden ayudar en cuanto al costo de la prótesis.

TALLER “LA VIDA DESPUÉS DE”

1.- BIENVENIDA

Bienvenidos los que no me conocen soy la practicante de psicología Daniela Barzallo, estoy realizando mi tesis sobre el acompañamiento psicológico a los niños con quemaduras graves en la Unidad de Quemados de este hospital y a sus familias a fin de prevenir trastornos psicológicos posteriores.

2.- Dinámica de presentación

Como primer punto vamos a hacer una pequeña actividad “Me gustaría ser un...”:

- Cada uno de los participantes se presenta diciendo su nombre, edad, a qué se dedica y un animal que le gustaría ser.
- Los participantes tienen que explicar la razón por la que escogieron ese animal y deben repetir los datos del compañero de al lado, con la finalidad de que centren su atención en las demás personas presentes en el grupo.

3.- Introducción

Accidente se define como un suceso eventual que altera el orden de las cosas, o del que involuntariamente resulta algún daño.

Existen varios tipos de accidentes como de tránsito, del trabajo y los que ocurren en el hogar. Como se menciona al inicio los niños son una población vulnerable, propensos a sufrir accidentes en casa como caídas, ahogamientos, quemaduras, ingerir sustancias tóxicas, entre otras.

Generalmente pensamos que el hogar es el lugar en que estamos exentos a peligros exteriores, sin darnos cuenta que sin las debidas precauciones también estamos en riesgo de sufrir un accidente.

Las cinco causas principales de muerte por lesiones, según un informe de Organización mundial de la salud: los accidentes de tráfico, el ahogamiento, las quemaduras causadas por el fuego, las caídas y las intoxicaciones no intencionales.

En casa hay instalaciones eléctricas, escaleras, productos químicos o de limpieza, la cocina, riesgos potenciales para los niños que no miden el peligro y se queman.

4.- PRESENTACIÓN DEL TEMA

Las quemaduras son lesiones producidas por la acción de diversos agentes, físicos, químicos o biológicos que provocan alteraciones, las cuales varían desde un simple enrojecimiento hasta la destrucción total de las estructuras afectadas. Hay cuatro tipos de quemaduras según la gravedad de la lesión.

El hospital le brinda al paciente un tratamiento que le va a ayudar a su recuperación:

- Utilización de vendas para evitar infecciones, baño cada 48 horas en donde realizan curaciones.
- Nutrición adecuada: cinco refrigerios, las tres comidas a horas establecidas por el Hospital y dos en cualquier hora del día.
- Baños cada 48 horas, en donde les realizan curaciones.
- Fisioterapia que ayudan a la movilidad del paciente.

- Otras terapias como la respiratoria (oxigenoterapia) aplicada a niños con quemaduras por inhalación de gases. La presoterapia, que es la presión sobre la cicatriz mediante el uso de prendas de lycra ajustadas de acuerdo a la zona del cuerpo, como máscara, guantes, mentoneras, shorts, chalecos, con la finalidad de mantener firmes los injertos o que las secuelas no evolucionen.
- Con el tratamiento psicológico se pretende ayudar al paciente a sobrellevar la situación que está pasando. El niño y su familia sufren un cambio brusco, pues antes de ingresar al hospital llevaba una rutina normal: asistía a la escuela, convivía con su familia, jugaba por las tardes, hacía sus deberes, incluso algunos de los niños trabajaban. Estas actividades tuvieron que ser interrumpidas debido al accidente que provocó quemaduras en el cuerpo del niño. Se busca lograr que este proceso sea menos angustiante para el quemado y su familia, ya que ambas partes viven momentos de estrés, momentos que podrán ser paliados con el acompañamiento psicológico durante el periodo de hospitalización.

Las quemaduras van a cambiar totalmente la vida del niño y la de su familia durante el periodo de hospitalización, pero es importante que los padres vean que este evento no sólo significa un aspecto negativo, sino también uno positivo que va a generar un cambio. Es lo que se pretende hacer concientizar a los progenitores con las siguientes actividades.

5.- Ejercicio práctico

División de grupos: El objetivo es trabajar con pequeños grupos divididos al azar distribuidos en subgrupos de 3 personas., para luego compartir las distintas experiencias en plenario.

Consigna: Cada grupo va a elaborar una lista de inquietudes, temores y esperanzas con respecto a la hospitalización del niño. Luego se pide a cada grupo que designe a una persona que será la encargada de exponer las ideas.

Retroalimentación: Al finalizar la actividad se explica que ha sido realizada con el objetivo de encontrar apoyo en el otro, de identificarse al darse cuenta que no son los únicos con el mismo problema, por eso la importancia de compartir sus experiencias con los demás padres de la Unidad de Quemados, buscando el apoyo mutuo entre ellos, fortaleciendo el trabajo en equipo.

6.- Actividad

Para la realización de esta actividad, se entregará una cartulina a cada miembro o pareja de padres, en donde se les pedirá que anoten una breve descripción o dibujen su situación actual (los cambios que han tenido dentro de la dinámica familiar como laboral) en una parte de la cartulina, pues esta se encuentra dividida por una línea. En la otra parte de la cartulina van a representar los cambios que esperan lograr dado el alta su pequeño hijo, qué es lo que esperan poder cambiar en casa, el trabajo y otras actividades. Como el nombre de este taller qué es lo que esperan con “La vida después de.....”.

Algunas de las madres manifestaron lo siguiente:

- De ahora en adelante pienso cuidarle más a mi chiquito, tener más cuidado con él, no dejarle entrar a la cocina.
- Yo quiero pasar más tiempo con mi hijo, no dejar solos a los niños en casa otra vez porque puede pasar algo.
- Ahora pienso tener más cuidado con la gasolina que compramos por el trabajo, la cambiamos a un lugar más seguro donde los niños no le puedan nunca encontrar.

- Yo no sabía que era peligroso que los niños entren a la cocina, si yo hubiera sabido lo que iba a pasar nunca me hubiera descuidado. Esta hospitalización ha sido terrible, ahora quiero cuidar más a mi hijo

7.- Plenaria

Es el Espacio para reflexión del tema expuesto así como de las actividades y preguntas o dudas acerca del tema.

8.- Evaluación

La evaluación será efectuada de manera verbal, pues no siempre todos los familiares saben leer o escribir, con el fin de saber como se sintieron al realizar este taller y mejorar también el desempeño.

9.- Cierre y despedida

Les agradezco por su valiosa colaboración, espero que haya sido de su agrado y más que todo que la temática expuesta les sea de utilidad.

Muchas gracias.

ANEXO 3

| ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | TIEMPO | RECURSOS | RESPONSABLE |
|-----------------------------|---|--------|--|-----------------------------|
| 1. Bienvenida | | 2 min | | Daniela Barzallo |
| 2. Dinámica de presentación | <ul style="list-style-type: none"> - Cada uno de los participantes se presenta diciendo su nombre, edad, a qué se dedica y un animal que le gustaría ser. - Los participantes tienen que explicar la razón por la que escogieron ese animal y deben repetir los datos del compañero de al lado, con la finalidad de que centren su atención en las demás personas presentes en el grupo. | 5 min | | |
| 3. Introducción | Se procederá a introducir el tema del taller. | 5 min | | |
| 4. Presentación del tema | El tema será presentado en base a la temática del tratamiento del paciente quemado. | 8 min | | |
| 5. Ejercicio práctico | <ul style="list-style-type: none"> - El objetivo es trabajar con pequeños grupos divididos al azar distribuidos en subgrupos de 3 personas, para luego compartir las distintas experiencias en plenario. - Cada grupo va a elaborar una lista de inquietudes, temores y esperanzas con respecto a la hospitalización del niño. Luego se pide a cada grupo que designe a una persona que será la encargada de exponer las ideas. <p>Al finalizar la actividad se explica que ha sido realizada con el objetivo de encontrar apoyo en el otro, de identificarse al darse cuenta que no son los únicos con el mismo problema, por eso la importancia de compartir sus experiencias con los demás padres de la Unidad de Quemados, buscando el apoyo mutuo entre ellos, fortaleciendo el trabajo en equipo.</p> | 10 min | <ul style="list-style-type: none"> - Cartulinas - Esferos | |
| 6. Receso | No se hizo receso debido a que los padres no pueden ausentarse por mucho tiempo del área de quemados | | | |
| 7. Actividad | Para la realización de esta actividad, se entregará una cartulina a cada miembro o pareja de padres, en donde se les pedirá que anoten una breve descripción o dibujen su situación actual (los cambios que han tenido dentro de la dinámica familiar como laboral) en una parte de la cartulina, pues esta se encuentra dividida por una línea. En la otra parte de la cartulina van a representar los cambios que esperan lograr dado el alta su pequeño hijo, qué es lo que esperan poder cambiar en casa, el trabajo y otras actividades. Como el nombre de este taller qué es lo que esperan con "La vida después de.....". | 15 min | <ul style="list-style-type: none"> - Cartulinas - Esferos - Lápices - Borrador | |
| 8. Plenaria | Es el Espacio para reflexión del tema expuesto así como de las actividades y preguntas o dudas acerca del tema. | 10 min | | |
| 9. Evaluación | Se procederá a evaluar el taller en base a un cuestionario previamente realizado, por lo que se entregarán las hojas de evaluación. | 5 min | | |
| 10. Cierre y despedida | Se cerrará el taller y se agradecerá por la colaboración. | 2 min | | |