

“UNIVERSIDAD DEL AZUAY”

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Convenio de complementación de estudios entre las Facultades de Filosofía de la Universidad del Azuay y la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires

“EL HOSPITALISMO SEGÚN RENÉ SPITZ”

Monografía previa a la obtención del Título de Psicóloga Clínica

Alumna: María Jhoana Cabrera Guillén

Director: Mst. Gerardo Peña Castro

Cuenca – Ecuador

2005

A mi madre

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer, en primer lugar, a mi madre por todo el esfuerzo realizado para costear mis estudios universitarios y el curso de graduación. También a toda mi familia, por su apoyo incondicional. A mí enamorado, por su cariño y comprensión. A mis compañeros de promoción, que estuvieron conmigo en los momentos que más los necesité. Y, por supuesto, a todos mis profesores que con su paciencia y dedicación me enseñaron todo lo que sé, de manera especial a mi director de monografía, el Mst. Gerardo Peña Castro.

ABSTRACTO

El Síndrome del Hospitalismo ha sido estudiado de manera precisa por René SPITZ, quien afirma que el origen de éste es una carencia afectiva en las primeras etapas de desarrollo. El Hospitalismo se manifiesta en tres áreas que son: el soma, la inteligencia y la conducta. Las manifestaciones somáticas forman el cuadro del Hospitalismo, mientras que las manifestaciones en la inteligencia y la conducta se presentarán como consecuencias del mismo. El tratamiento y la prevención se orientarán a procurar una buena relación madre-hijo.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
VIDA Y OBRAS DE SPITZ.....	8
DESARROLLO PSICOLÓGICO SEGÚN SPITZ.....	10
RESEÑA HISTÓRICA.....	19
EXPERIMENTO DE SPITZ Y CARACTERÍSTICAS DEL HOSPITALISMO.....	22
DEFINICIÓN DE HOSPITALISMO.....	25
ALTERACIONES DEL HOSPITALISMO.....	27
PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO.....	31
CONCLUSIONES.....	35
BIBLIOGRAFÍA.....	36
ANEXO	

INTRODUCCIÓN

Esta monografía trata sobre **El Síndrome del Hospitalismo**, el cual es sumamente importante, puesto que aunque en la actualidad la forma clásica de éste aparece solo rara vez, la preocupación por la gravedad del cuadro y la comprensión por la patogénesis son factores que permitirán la correcta interpretación de cuadros afines que se presentan en la actualidad. Pues muchas veces ni siquiera tomamos en cuenta como posible causa de síntomas o enfermedades que los pacientes presentan en su vida actual a este síndrome, porque lo consideramos obsoleto debido a la razón antes expuesta.

En lo personal, el interés por investigar sobre el síndrome del hospitalismo nace debido a que en mis prácticas pre-profesionales tuve la oportunidad de trabajar con un niño de 5 años de edad, quien se encontraba incapacitado para hablar, su inteligencia era menor a la de la normal, este niño fue abandonado por sus padres a la edad de 6 meses. A la hora de hacer el diagnóstico el profesional nunca consideró como posible causa, un cuadro de hospitalismo. Pero mi mente siempre se cuestionó si lo que el niño presentaba era una alteración que fue causada por una carencia afectiva. Luego de haber realizado la presente investigación se han aclarado muchas de mis dudas.

En primer lugar, trataremos de conocer algunos datos importantes sobre un personaje clave en el desarrollo de la psique y por supuesto en la difusión del concepto del hospitalismo.

Para un mayor entendimiento de los temas posteriores, tocaremos el desarrollo de la psique según René SPITZ, dicho desarrollo comprende organizadores y etapas gracias a las cuales el psiquismo del niño va evolucionando, todo esto gracias a la compañía incondicional de la madre.

En la parte principal de esta monografía encontraremos el experimento por medio del cual René SPITZ logra establecer la causa y el tratamiento del hospitalismo, así como la descripción del hospitalismo a través del síndrome escalonado.

A continuación, dos definiciones nos sintetizarán lo fundamental del síndrome del hospitalismo.

Posteriormente conoceremos también las principales manifestaciones en el plano de lo somático (las cuales forman el cuadro del hospitalismo), las manifestaciones en la inteligencia y en la conducta (las cuales se presentaran luego de un cuadro de hospitalismo).

Luego nuestro foco de atención, será el tratamiento sobre el hospitalismo que deja ver que para un correcto mejoramiento es indispensable un trabajo multidisciplinario en el cual el psicólogo clínico desempeñará un papel importantísimo.

Por último, encontraremos, una historia que nos mostrará cómo se desarrolla un cuadro de hospitalismo y su consecuente rehabilitación gracias a estímulos de tipo afectivo.

Todo lo expuesto en la presente monografía ha sido extraído de libros que describen muy claramente los diferentes aspectos del hospitalismo. Dos de estos libros han sido escritos por el mismo René SPITZ y otros por personas muy entendidas en el tema, como VALLEJO NAGERA y Marta BEKEI.

A pesar de que se ha tenido la mayor disponibilidad para que esta monografía sea lo más rica posible, ha interferido como limitante la poca bibliografía sobre el tema de la que disponemos.

1. VIDA Y OBRAS DE SPITZ

El doctor **René SPITZ nació** en Viena, en 1.887 y obtuvo su título de doctor en medicina en la universidad de Budapest (Hungría) en 1.910, se interesó en el psicoanálisis cuando estaba haciendo sus estudios en la universidad de Budapest, donde colaboró con el doctor Sandor FERENCZI, uno de los más importantes pioneros de la joven ciencia del psicoanálisis. Convencido de que sería de gran interés un análisis personal con fines didácticos con el profesor FREUD, pidió al doctor FERENCZI que tratara de concretar una cita con él. El profesor FREUD aceptó la idea y analizó al doctor SPITZ en los años 1910 y 1911. Fue pues el doctor SPITZ el primero en poner en práctica el análisis didáctico como parte de la formación para hacerse psicoanalista, y el primero que se hizo hacer un análisis con fines didácticos.

Su servicio en el frente en la Primera Guerra Mundial interrumpió la carrera del doctor SPITZ. En 1922 reanudó el contacto con el Instituto Psicoanalítico de Viena, y en 1924 publicaba su primer artículo sobre psicoanálisis. En 1926 se hizo miembro adjunto de la Sociedad Psicoanalítica de Viena, y en 1930 miembro titular de la de Berlín.

En 1932 salió de Berlín a París, donde se hizo miembro fundador del profesorado del Instituto Psicoanalítico de París, en 1938 el doctor SPITZ se trasladó a Nueva York, donde dos años después fue adscrito al profesorado del Instituto Psicoanalítico de esa ciudad. Durante diecisiete años participó en el

análisis personal de estudiantes, inspeccionó su labor analítica y trabajó en el programa de enseñanza, en el cual no tardó en ser un profesor muy estimado. En 1950-1952 fue vicepresidente de la Sociedad Psicoanalítica de Nueva York.

Formó parte del personal facultativo del Hospital de Monte Sinaí, profesor invitado con cátedra en la Graduate Faculty del Colegio de la Ciudad de Nueva York, y durante un año fue asesor consultor de investigaciones de psiquiatría pediátrica en el Lenox Hill Hospital. Es Diplomado del Consejo norteamericano de Neurología y Psiquiatría.

En 1956 el doctor SPITZ aceptó el puesto de profesor invitado y desempeñó la Cátedra de Psiquiatría en la Universidad de Colorado. Se trasladó a Denver en marzo de 1957. Ese mismo año fue adscrito al cuerpo de profesores invitados del Instituto de Psicoanálisis de Chicago y designado miembro titular de la Sociedad Psicoanalítica de Chicago.

La contribución del doctor SPITZ ha sido muy importante en el estudio de las primeras fases del desarrollo del yo, ideó técnicas de observación en niños pequeños singularmente valiosas. Fue un excelente fotógrafo, talento que le sirvió para registrar gráficamente los fenómenos del desarrollo, tanto normal como patológico, del niño pequeño, en películas documentales que han logrado amplia circulación entre los que laboran en el campo del desarrollo infantil y del psicoanálisis. Sus filmes sobre el “hospitalismo” son particularmente bien conocidos y han tenido bastante influencia en el logro de mejoras que eran sumamente necesarias en la atención hospitalaria en los infantes, hay que recalcar que el doctor SPITZ tuvo mucho carisma para trabajar con los infantes y un equipo muy bueno de colaboradores.

Entre algunas de sus obras están: *“Principios y Métodos Psicósomáticos y sus Aplicaciones Clínicas”*, *“Organizaciones Diacrítica y Cenestésica”*, *“El Estudio Psicoanalítico de la Niñez”*, *“La Importancia de la Relación Madre-Hijo durante el Primer Año de Vida”*, *“Terapia Psiquiátrica en la Infancia”*, *“El Primer Año de Vida en el Niño”*, *“Una Teoría Genética de Campo sobre la Formación del Yo, Sus Implicaciones en la Patología”*, etc.

SPITZ **falleció** en Nueva York en el año de 1974 a los 87 años de edad.¹

¹ CF. René SPITZ. *“A Genetic Field Theory of Ego Formation. Its Implication for Pathology”*, Editorial The New York Psychoanalytic Institute, Nueva York, 1959, pp. 55-56.

2. DESARROLLO PSICOLOGICO SEGÚN RENE SPITZ

Spitz mantiene la idea de la **libido** como material, **fuerza heredada** que se necesita y se utiliza en el curso de la evolución, pero adjudica un papel decisivo en el desarrollo a los primeros contactos humanos de manera especial a **la relación que tienen madre-hijo.**

Su teoría sobre el desarrollo psicológico comprende las etapas (**sin objeto, precursor del objeto, establecimiento del objeto libidinal**), estas etapas están marcadas por organizadores.

2.1 ETAPA SIN OBJETO.- (**0 - 3meses**), esta primera etapa comienza con el nacimiento y termina cuando aparece el primer organizador, la etapa sin objeto coincide con la fase del **narcisismo primario.** HARTMANN (1936), habla de ella como de una **fase indiferenciada.**¹ Spitz la llama etapa de **no**

¹ El concepto de Hartman de la fase indiferenciada se refiere a la falta de diferenciación entre el yo y el ello, entre lo consciente y lo inconsciente, en la personalidad del neonato. Dentro de esta personalidad indiferenciada, lo consciente y lo inconsciente se separan el uno del otro, y más tarde el yo del ello. Así el concepto de Hartman maneja esencialmente datos que ya encontramos en la teoría y práctica psicoanalíticas; es, pues, un concepto descriptivo.

El concepto de “no diferenciación” de Spitz incluye los postulados de Hartman; se trata de un término más extenso, ya que abarca, a más de la descripción, algunos aspectos observables no psicoanalíticos, tales como los de conducta neuromuscular, fisiológica, por ejemplo la percepción y la acción. En la etapa de no diferenciación no existe una distinción clara entre la psique y el soma, entre lo interno y lo externo, entre el impulso y el objeto, entre el “yo” y el “no yo” y ni siquiera entre las diferentes regiones del cuerpo.

diferenciación, ya que la percepción, la actividad, las funciones del recién nacido no están lo suficientemente organizadas en unidades, salvo hasta cierto punto, en aquellas zonas en las que son indispensables para la supervivencia, como el metabolismo, la absorción nutricia, la circulación, la respiración y otras semejantes.

En esta etapa el recién nacido **no sabe distinguir una cosa de otra**, no sabe distinguir una cosa externa de su propio cuerpo es decir no experimenta su cuerpo como algo separado de sí, por lo que el pecho materno satisfactor de sus necesidades y proveedor de alimento es experimentado como una parte de él mismo.

Un gran número de observaciones vienen a confirmar que el aparato perceptor del recién nacido se halla escudado del mundo exterior mediante una **barrera contra los estímulos** extraordinariamente alta. Esta barrera protege al bebé durante las primeras semanas y meses de vida de la percepción de los estímulos del medio ambiente.

Durante este período, toda percepción marcha a través de los sistemas **interoceptivo y propioceptivo**; las respuestas del bebé se producen según la percepción de las necesidades comunicadas por estos sistemas. Los estímulos que provienen de fuera, son percibidos solo cuando su nivel de intensidad excede el del **umbral de la barrera contra estímulos**. Entonces irrumpen a través del sosiego del neonato, que reacciona con violencia y desagrado.

Otro de los factores que ayudan al infante a capacitarlo para que éste construya gradualmente una consistente imagen de su mundo aparte de la barrera contra estímulos procede de la **reciprocidad entre madre e hijo** a esto Spitz lo llamo **“diálogo”**¹ el diálogo es ciclo de la secuencia acción-reacción- acción dentro del marco de las relaciones madre e hijo, esta forma muy singular de interacción crea para el infante un mundo singular muy propio con su clima emocional específico, siendo dicho ciclo de acción-reacción- acción lo que permite al bebé transformar, poco a poco los estímulos sin significado en señales significativas.

En el periodo neonatal muestra el infante gran número de manifestaciones que se asemejan a respuestas y acciones, algunas de ellas bastante estructuradas y

¹ Cf. René, SPITZ. *“El primer año de vida del niño”*, Nueva York, pág. 44.

complicadas. Parecen ser respuestas innatas como los patrones de conducta que rodean el acto de mamar. Este comprende la secuencia de movimientos de orientación, que son seguidos del asimiento del pezón con la boca y la succión, y que termina al tragar de modo que toda la serie forma un complejo de conducta bien definido.

¿Cómo percibe el recién nacido el estímulo que pone en acción a dichos patrones de conducta? Gran parte de las vías de percepción que intervienen pertenecen a un sistema de captación básicamente distinto al de percepción que actúa en la edad posterior, el sistema de captación es visceral tiene su centro en el sistema nervioso autónomo y se manifiesta en forma de emociones, también llamado **Recepción cenestésica.**¹

Aproximadamente al final de la primera semana de vida el infante empieza a responder a las sugerencias, aparecen los primeros indicios de conducta dirigida hacia un fin, es decir, actividad que, es de suponer se halla asociada con procesos psíquicos, los cuales parecen ocurrir según el modo de reflejos condicionados. Al principio estas sugerencias estimulan la sensibilidad profunda. La primera de tales sugerencias que causa una respuesta es un cambio de equilibrio. Si después del octavo día se levanta de la cuna a un niño criado al pecho y se le coloca en brazos en postura de mamar, el infante volverá la cabeza en dirección del pecho de la persona que la levante, el reconocimiento de tales sugerencias y la respuesta a ellas se vuelve cada vez más específico en el transcurso de los dos meses de vida.

El psiquismo arcaico del niño, que funciona con reflejos originados en la sensibilidad profunda, se llama somatopsique.

Los experimentos de RUBINOW Y FRANKL demostraron que a los dos meses el niño reconoce las sugerencias de alimento sólo si tiene hambre. En realidad no identifica la leche como tal, ni el biberón, el chupete, el pecho, ni nada. Reconoce el pezón cuando lo recibe en la boca y empieza a succionar, pero si el infante esta interesado en otra cosa, por ejemplo si esta gritando porque su necesidad de alimento no ha sido satisfecha inmediatamente, no reaccionará al pezón, aunque se le meta en la boca, sino que continuará gritando.

¹ Recepción interna.

¿Qué tienen en común estas dos secuencias de conducta? La respuesta es “la causa”, para que un infante sea capaz de percibir un estímulo externo a esta edad (segunda y sexta semana) dos factores han de estar presentes y combinarse. El primero es el estímulo externo, estímulo que el infante ha llegado a asociar con la inminente satisfacción de la necesidad; el segundo es de origen propioceptivo es decir el estado de hambre del infante.

En términos de percepción al segundo mes el infante reacciona al estímulo exterior cuando éste coincide con la percepción introceptiva del hambre. En esta etapa la percepción está condicionada a la tensión generada por una tendencia insatisfecha.

Dos o tres semanas después se observa un progreso más; cuando el infante percibe un rostro humano, sigue los movimientos de éste con atención concentrada. Según observaciones de Spitz el infante criado al pecho mira fijamente al rostro de la madre sin cesar durante todo el acto de mamar y sin apartar la vista hasta que queda dormido en el pecho.

Por supuesto, el amamantamiento no es el único servicio que presta la madre al infante, en el que éste puede mirar su rostro. Pocas veces nos damos cuenta de este hecho que, hagamos lo que hagamos con el infante, si lo alzamos, lo lavamos o le cambiamos los pañales, etc., ofrecemos siempre nuestro rostro, poniendo en el nuestra mirada, moviendo nuestra cabeza y muchas veces diciendo algunas palabras. De esto se sigue que como tal, el rostro es el estímulo visual ofrecido con mayor frecuencia al infante durante el primer mes de vida, las huellas anémicas del rostro humano han quedado fijadas en la memoria infantil, como la primera señal de la presencia del satisfactor de la necesidad; el infante seguirá con la vista todos los movimientos de esta señal.

2.2 ETAPA PRECURSOR DEL OBJETO.- (3 - 7meses), con el comienzo del segundo mes de vida, **el ser humano** se convierte en un **precepto visual privilegiado**, preferido a todas las demás cosas del medio que rodea al infante. Ahora éste es capaz de separarlo y distinguirlo del trasfondo, dedicándole su atención completa. En el tercer mes esta respuesta al estímulo del rostro humano culmina en una respuesta nueva, específica y propia de la especie, LA

SONRISA¹ “**primer organizador**”. Para entonces la madurez física y el desarrollo psicológico del infante le permiten coordinar al menos una parte de su equipo somático y usarlo para la expresión de la **experiencia psicológica**, la sonrisa es la primera manifestación de conducta activa, dirigida e intencional, la primera indicación del tránsito del infante desde la pasividad completa al comienzo de la conducta activa.

Quedó establecido que la respuesta sonriente en el infante al tercer mes de vida, su reconocimiento de la faz humana, **no indica una verdadera relación de objeto**. En realidad en esa respuesta el niño no percibe un congénere humano, y tampoco una persona o un objeto libidinal sino solo un signo o mejor expresado una **gestalt signo**, dicha gestalt signo se compone de (**frente, ojos y nariz todo ello en movimiento**). No solo la madre del niño, sino cualquiera varón o mujer, blanco o de color, puede, en esta etapa causar la respuesta sonriente, si se cumplen las condiciones requeridas de la gestalt y si el rostro está de frente al niño, puesto que se hicieron una serie de experimentos con el rostro de perfil y sonriendo esto lejos de causar una sonrisa causo desconcierto en los infantes.

Como resultado de dichos experimentos, se llegó a la conclusión de que la sonrisa del infante entre los tres y seis meses no es suscitada por el rostro del ser humano, sino por un indicador gestalt.

Si referimos este hallazgo al sistema de la teoría psicoanalítica, es evidente que la gestalt signo no es un objeto de verdad, por eso a esta **etapa** se le ha denominado **preobjetal o precursor del objeto**, pues lo que el infante reconoce no son las cualidades esenciales del objeto libidinal, ni los atributos propios del objeto que atienden a las necesidades del infante, que lo protege y satisface, **lo que reconoce son los atributos secundarios, externos y no esenciales**, reconoce la gestalt signo que es una configuración de una parte del rostro humano; no de un rostro individual, específico, sino de un semblante cualquiera que se presenta de frente y en movimiento.

Es ésta la etapa en que el infante se vuelve desde lo que se llama **recepción del estímulo venido desde dentro, hacia la percepción del estímulo venido desde fuera**.

¹ Cf. René, SPITZ. “*El primer año de vida del niño*”, Nueva York, pp. 77-89.

A esta edad la acción del **yo rudimentario** se limita a percibir, reconocer y responder a una gestalt signo con una sonrisa, el yo rudimentario no puede discriminar entre el amigo y el extraño; mucho menos puede proteger al niño del peligro. A pesar de esas limitaciones el yo rudimentario es capaz de actuar adecuadamente porque **la madre actúa como yo auxiliar externo al del niño**¹.

La función de protección de la barrera contra estímulos disminuye, la emergencia de la respuesta sonriente inicia el comienzo de las relaciones sociales en el hombre.

2.3 EL ESTABLECIMIENTO DEL OBJETO LIBIDINAL.- **(8 meses en adelante)**. Entre el sexto y el octavo mes se produce un cambio decisivo en la conducta del niño hacia los otros. Ya no responderá el bebé con una sonrisa cuando un visitante casual se detenga y le sonría moviendo la cabeza. Para esa edad la **capacidad para la diferenciación perceptiva diacrítica**² está ya bien desarrollada. Ahora el infante distingue claramente entre el amigo y el extraño. Si un extraño se acerca a él, éste realizará una serie de conductas diversas que tienen un denominador común que es la negativa a entrar en contacto es decir el niño se angustia, esta angustia Spitz la denominó **ANGUSTIA DEL OCTAVO MES**³ **“segundo organizador”** y consideró que es la primera manifestación de angustia propiamente dicha.

¿Por qué manifiesta su angustia o por lo menos aprehensión cuando se acerca un extraño? Porque el niño responde a la ausencia de la madre con desagrado. Siguiendo la ontogénesis del displacer encontramos que el niño manifiesta desagrado cuando su pareja adulta le deja. En la etapa de la angustia del octavo mes, el niño está ya más avanzado en todos los aspectos. Si reacciona al enfrentarse con un desconocido es porque éste no es su madre, “su madre le ha dejado”. La angustia que manifiesta no es en respuesta al recuerdo de una experiencia desagradable con el desconocido, es en respuesta de su percepción de que el rostro del desconocido no coincide con las huellas del rostro de su madre. En el caso de la angustia del octavo mes, el precepto

¹ Cf. René, SPITZ. “*El primer año de vida del niño*”, Nueva York, pág. 94.

² Percepción externa.

³ Cf. René, SPITZ. “*El primer año de vida del niño*”, Nueva York, pp. 118-128.

de la cara del desconocido es comparado con las huellas mnémicas del rostro de la madre. Este descubre que es diferente y por lo tanto será rechazado.

Esta capacidad de desplazamiento catéxico sobre las huellas mnémicas acumuladas con seguridad en el niño de ocho meses, reflejan el hecho de que ha llegado a establecer una verdadera relación de objeto y que la madre se ha convertido en su objeto libidinal, su objeto amoroso.

Antes de esto el niño, reaccionaba de manera arcaica, con un reflejo, como si dijéramos, a las sensaciones venidas desde dentro o a los estímulos venidos desde el medio. Ahora el infante puede enviar señales, volitivas y deliberadas, a las cuales el medio responde. Los gritos de hambre, seguidos de satisfacción, constituyen la base del sentimiento de omnipotencia, que de acuerdo con Ferenzi (1916) es la etapa primera del sentimiento de realidad.

La organización del yo se habrá **enriquecido** con aportaciones de distintas fuentes; se vuelve estructurada y se establecerán **límites** entre el **yo** y el **ello**, **de un lado, y el yo y el mundo exterior del otro.**

Con la **individuación de la madre** va aparejada la percepción de que tanto los deseos amorosos como los agresivos, experimentados alternativamente, se dirigen a una misma persona. Hasta entonces el objeto bueno que daba el pecho y el malo que frustraba eran objetos diferentes. Ahora, con la **identificación de la madre** se fusionan los impulsos agresivo y libidinal, es una misma la persona que el niño ama y odia. **Ambos fenómenos combinados aumentan la capacidad del yo y marcan sus límites.**

En el nivel afectivo empieza a surgir una **matización** sutil de actitudes **emocionales**: los celos, la cólera, la envidia, el sentido de posesión, de una parte y de otra el amor, el afecto, el apego la alegría, el placer, etc. Esto es el resultado de relaciones de objeto aún más complejas, en este nivel la operación de los mecanismos de identificación son destacados y observables con facilidad, la verdadera imitación aparece un poco más tarde.

Habiendo adquirida la **locomoción**, el infante se esfuerza por alcanzar su **autonomía** y logra salirse del alcance materno, puede también escapar a la mirada de la madre, pero no es fácil eludir su voz. En consecuencia las **relaciones de objeto** hasta ahora basadas en la proximidad, sufrirán un cambio radical, ahora que la capacidad del niño para la locomoción hace que con frecuencia medie un espacio entre él y su madre, la intervención de esta a

de valerse cada vez del gesto y de la palabra, pues la palabra que usa la madre más frecuentemente es “no” y al decirlo mueve la cabeza, al tiempo que evita que haga el infante lo que quería hacer, el niño comprende lo que la madre prohíbe a través del proceso de identificación.

La dinámica que lleva a la adquisición del gesto semántico de “no” es la siguiente: el gesto negativo de la cabeza y la palabra “no” pronunciados por el objeto libidinal son incorporados al yo del infante como huellas mnémicas. El cambio afectivo del displacer es separado de su representación; separación que provoca un empuje agresivo, que luego se vinculará, por medio de la asociación, a la huella mnémica en el yo.

Cuando el niño se identifica con el objeto libidinal, esta identificación con el agresor, según la expresión de Anna Freud, irá seguida según ella la describe por un ataque al mundo exterior. En el infante de quince meses, este ataque toma la forma del “no” (primero gesto y después palabra) que el niño ha tomado del objeto libidinal. A causa de las numerosas experiencias desagradables, el “no” queda investido con catexia agresiva. Esto hace que el “no” sea adecuado para expresar la agresión, siendo la razón de por qué se usa en el mecanismo de defensa de la identificación con el agresor y que se vuelva contra el objeto libidinal. Una vez que se ha dado este paso, la fase de la obstinación (con la cual estamos tan familiarizados a los 2 años de vida) puede comenzar.

El dominio del “NO” SEMÁNTICO¹ (gesto y palabra) “**tercer organizador**” por parte del infante aparece alrededor de los 2 años de edad y es un logro de consecuencias trascendentales para el desarrollo mental y emocional del niño, presupone haber adquirido la capacidad primera para el **juicio y la negación**, al mismo tiempo es la **primera abstracción** realizada por el niño.

De lo aquí expuesto sobre los organizadores podemos resumir diciendo que: El primero de los organizadores de la psique estructura la percepción y establece los inicios del yo. El segundo integra las relaciones de objeto con las pulsiones y establece el yo como una estructura psíquica organizada con muchos sistemas, aparatos y funciones. El tercero, finalmente, abre el camino de la aparición de relaciones de objeto en el aspecto humano, o sea, el de la

¹ Cf. René, SPITZ. “*El primer año de vida del niño*”, Nueva York, pp. 138-147.

comunicación semántica. Esto posibilita tanto la aparición del yo como el comienzo de las relaciones sociales en el nivel humano.

3. RESEÑA HISTORICA SOBRE EL HOSPITALISMO

El **Hospitalismo** no es una enfermedad nueva, por el contrario, ya por el **siglo XIII**, se realizó un **experimento**¹ ordenado por **Federico II** de Prusia, éste, influenciado por la tradición militarista que caracterizaba a su linaje, pretendió, formar “**perfectos soldados**” y para esto opinó que no debían tener **ningún sentimiento de compasión**, para prevenir esto, creyó que la solución era criar a los niños desde el parto, sin **ningún estímulo afectivo benigno**. Es así que Federico II hizo construir una “**maternidad**” cuyo edificio parecía perfecto en cuanto a la higiene material. En tal edificio un grupo de bebés fue dado a cuidar a un conjunto de enfermeros y enfermeras que tenían la función de alimentar, asear, etc., perfectamente a los objetos del experimento, pero, la orden absoluta era que nadie diera la más **mínima muestra de cariño** (ni siquiera con el tono de su voz) a las criaturas. El resultado de tal experimento es que todos **los bebés fallecieron a las pocas semanas**, la explicación dada entonces para el deceso masivo fue la existencia de una **epidemia** pese a la absoluta asepsia del lugar.

El hospitalismo fue causa de **enorme mortalidad** en niños internados en hospitales o asilos durante todo el **siglo XIX**. En un primer momento se pensó que

¹ Cf. Juan Antonio. VALLEJO NAGERA, “*Introducción a la Psiquiatría*”, Editorial Científico-Médica, ESPAÑA, 1979, pág. 198.

las causas de este fenómeno eran las **infecciones y la mala nutrición**, debidas a las precarias condiciones en que se encontraban hospitales y asilos.

Se **reformaron** entonces los **institutos de internación**; se **administró** una **alimentación adecuada**, cuantitativa y cualitativamente, y se **erradicaron** las **infecciones** implantando medidas higiénicas estrictas y **separando** a los internados mediante **habitaciones individuales**. Pero todas **estas medidas contribuyeron** solo **parcialmente** a disminuir la mortalidad infantil.

Los lactantes **continuaban caquectizándose** en medio de las nuevas condiciones. El análisis comparativo de diversos casos mostró que la gravedad de los **síntomas** era **diferente según la edad del niño y el tiempo que duraba su internación**. En el lactante y en **el niño pequeño** las manifestaciones eran en su mayor parte **físicas**: pérdida de peso y retardo motor. En **el niño mayor el retardo psíquico** era más manifiesto, y cuando más larga era la internación, tanto más pronunciados eran sus síntomas.

En Alemania, IBRAHIM lo describió como **“la enfermedad del hospital”** y comentó su posible curso fatal diciendo: *“pese al equipo de que disponemos y a toda clase de cuidados, los niños se mueren de hambre psíquica.”*¹ Como causa del a muerte solo puede señalarse la falta de amor.

Los grandes pediatras del principio del siglo **XIX** (CHERNY, PARROT, PFAUNDLER, SCHLOSSMAN) comenzaron a sospechar que **algún factor psíquico** podía intervenir en la producción del cuadro. PARROT atribuyó las dolencias de los hospicianos al hecho de que **no se les proporcionaba** en lo absoluto **cariño, simpatía, gestos amables, diversiones y alegrías**. Pero no comprendieron **la génesis del fenómeno**. Utilizaron no obstante su **saber intuitivo** y emplearon el **cariño** como **tratamiento** para aquellos casos que no habían respondido a ninguna otra medida. Se cuentan que SCHOLSSMAN tenía a su servicio una vieja mujer, gorda y maternal. A ella confiaba los niños que parecían irreversiblemente lesionados y en sus brazos generalmente sanaba.

Sólo **investigaciones posteriores** sobre el **desarrollo psicológico** del niño explicaron científicamente el fenómeno de la **cura por medio del cariño y la dedicación**. Estas investigaciones comenzaron a principios del siglo y

¹ Cf. Juan Antonio, VALLEJO NAGERA, *“Introducción a la psicología”*, Editorial Científico-Médica, ESPAÑA, 1979, Pág. 199.

cristalizaron alrededor de **1930** en estudios sistemáticos para aclarar la **etiología del hospitalismo**, gracias a R. SPITZ.

4. EXPERIMENTO DE RENE SPITZ Y CARACTERISTICAS DEL HOSPITALISMO

Una figura clave, si no en la elaboración, si en la difusión del concepto del hospitalismo, que muchos asocian con su nombre ha sido **René A. SPITZ**, quien con su brillante personalidad, dotes didácticas y las impresionantes películas que mostró en multitud de congresos desde 1.945, ha puesto en evidencia los **aspectos somáticos del hospitalismo**. En la más difundida de sus investigaciones realizó el **estudio comparativo¹ de dos grandes grupos de niños internados**. El primer grupo que en adelante llamaremos A, estaba integrado por hijos de reclusas internados en la Nursery de un instituto penal. El segundo grupo, al que llamaremos B, estaba formado por niños internados sin sus madres en un orfanato ubicado en la misma región que el instituto penal. En ambas instituciones eran básicamente idénticas las condiciones de higiene y de alimentación. Los dos grupos estudiados se formaron con niños cuya salud integral había sido comprobada en el examen inicial.

El grupo A estaba compuesto por 220 niños que fueron criados constantemente por sus madres. El grupo B se componía de 91 lactantes que fueron criados con pecho por sus madres durante los primeros tres meses. A esta edad fueron

¹ Cf. Marta, BEKEI, “*Trastornos psicósomáticos en la niñez y en la adolescencia*”, Editorial Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1992, pág. 88.

destetados y se los internó en el orfanato, donde estuvieron al cuidado de una niñera que atendía a diez niños por vez o más. La parte material de los cuidados recibidos (alimentos, alojamiento, higiene) eran similares en ambas instituciones observadas. Pero el hecho de que una niñera se ocupara al mismo tiempo de diez niños hacía que éstos recibieran solo la décima parte de las provisiones afectivas maternas, lo que puede considerarse como una total carencia afectiva. Estos niños pasaron rápidamente por los estadios progresivos del hospitalismo, consecuencia inevitable de la separación. La observación de los grupos A y B continuó hasta que los niños llegaron al cuarto año de vida. La mayor parte de los integrantes del grupo B que alcanzaron esta edad no llegó a caminar ni a pararse ni a hablar. La poca resistencia a infecciones y el deterioro progresivo causaron en este grupo un alto porcentaje de distrofia y de muerte. De los 91 niños estudiados el 37 % había muerto al cabo de dos años. Por el contrario, en el grupo A, el de los niños criados por sus madres, no había muerto ninguno al cabo de los cuatro años.

La gravedad y persistencia de los síndromes guardan una duración proporcional a la duración de la carencia afectiva. El factor duración es crucial y marca la distinción entre alteraciones reversibles y aquellas que dejaran secuelas permanentes. **El síndrome tiene carácter reversible hasta los tres meses de duración, y SPITZ lo denomina “DEPRESIÓN ANACLÍTICA”. De tres a cinco meses guarda un carácter estacionario, y tras los cinco meses de privación emocional, término de la depresión anaclítica y comienzo del verdadero “HOSPITALISMO”, se agravan los síntomas previos, aparecen otros nuevos, y ya la reincorporación del niño a su madre no cura el síndrome, éste es en parte irreversible; ese niño ya nunca será un ser humano normal, y el proceso morboso es frecuentemente progresivo y letal.**

Los trastornos consisten en un retardo global del normal **“cociente del desarrollo”**, con acentuación del déficit en alguno de sus sectores.

SPITZ describe el **síndrome escalonado**¹ del siguiente modo, según los meses que el niño lleve en privación emocional:

Tras un mes, retardo global del cociente de desarrollo, con excepción del sector de relación social. Tras dos meses, signos de huida del ambiente, angustia ante la

¹ Cf. Juan Antonio, VALLEJO NAGERA, “Introducción a la Psiquiatría”, Editorial Científico-Médica, ESPAÑA, 1979, pág. 201.

proximidad de cualquier persona, pérdida del apetito, pérdida de peso y detención del cociente de desarrollo. Tras tres meses, signos no sólo de detención sino de regresión, retroceso en el cociente de desarrollo, rechazo de todo contacto humano, se acentúa la pérdida de peso, disminución general de la motilidad, insomnio y propensión a contraer enfermedades infecciosas.

Hasta aquí la depresión anaclítica, **reversible en su totalidad**, si se devuelve el niño a su madre o a un adecuado sustituto materno. En los dos meses siguientes, el estado es relativamente **estacionario**, acentuándose poco a poco los síntomas previos y apareciendo una “posición patognomónica” que el niño adopta, yaciendo en decúbito prono¹ casi todo el tiempo, y con una pérdida de la expresividad mímica facial.

A los cinco meses de hospitalización **se cruza la línea de lo reversible**: la rigidez facial es permanente, teniendo la facies anímica una expresión vacía de imbecilidad. La coordinación visual es defectuosa, el niño yace constantemente decúbito supino,² sin que intente cambiar de postura. Posteriormente aparecen espasmos y movimientos anormales de los dedos, que recuerdan los movimientos descerebrados. La morbilidad infecciosa aumenta, y la mortalidad es espectacular.

La **explicación psicológica** de esta progresiva destrucción es la siguiente: normalmente la libido y la agresión se descargan en la madre. Al faltar ella, estos instintos quedan libres, sin posibilidades de ligarse, y se vuelven finalmente hacia el propio ser. La libido sin objeto produce fenómenos autoeróticos que enquistan al niño en su mundo. La agresión acumulada acaba por destruir ese organismo sin vínculos, carente de amor materno.

SPITZ ha intentado establecer un paralelismo entre los tres estadios de un síndrome (**depresión anaclítica, periodo estacionario, hospitalismo**), con los tres del síndrome general de adaptación de SELYE (**estado de alarma, resistencia, derrumbamiento**).

SPITZ llama **irreversible** no a los síndromes que ya permanecerán siempre idénticos, sino aquellos que dejarán **secuelas**, aunque éstas sean distintas al síndrome inicial, lo importante es que el niño ya nunca será normal.

¹ Aquel en que el cuerpo yace sobre el pecho y el vientre.

² Aquel en que el cuerpo descansa sobre la espalda.

5. DEFINICION DEL HOSPITALISMO

Para referirnos a la definición exacta del hospitalismo, nos remontamos primero al año 1919 donde simultáneamente **PFAUNDLER, en Europa y CHAPIN, en Estados Unidos**, dieron el nombre de hospitalismo, *“Al síndrome de deterioro progresivo, y con una mortalidad que alcanzaba el setenta por cien, que aparece en los niños hospitalizados desde sus primeros días y que no podía atribuirse a infecciones, ni deficiencias higiénicas, sino al trato impersonal, con la falta de estímulos afectivos que normalmente suministra la madre o un adecuado sustituto materno”*.¹ Los dos (y otros tras ellos), señalaron que los niños que no morían, no alcanzaban nunca el grado de desarrollo normal para su edad.

Actualmente la definición del hospitalismo es un poco más amplia en su contenido en cuanto a su causa se refiere, la cual la relatamos a continuación:

“Se denomina hospitalismo al síndrome que aparece en niños pequeños como consecuencia de la separación de sus padres e internamiento en una institución. El origen de la patología es fundamentalmente una carencia afectiva. Se han denominado tres fases: en una primera fase, los niños lloran mucho y se manifiestan muy exigentes. En una segunda fase, los niños gritan, pierden peso y su desarrollo queda detenido. En la tercera fase, el niño se aísla y rechaza

¹ Cf. Juan Antonio, VALLEJO NAGERA, *“Introducción a la Psiquiatría”*, Editorial, Científico-Médica, ESPAÑA, 1979, pág. 199.

*cualquier tipo de contacto. Si la situación se prolonga en el tiempo, se produce una regresión de desarrollo motor y su estado fisiológico se deteriora severamente. Si se encuentran medios para solventar el problema (en un periodo crítico que va de tres a cinco meses), el trastorno desaparece rápidamente. De lo contrario aparece un cuadro de daño irreparable que puede acabar incluso en la muerte. Este término también se hace extensivo para el caso de adultos que pasan largos periodos de internamiento en instituciones penitenciarias, hospitales psiquiátricos, asilos, hospicios, etc. Los esquizofrénicos crónicos son especialmente vulnerables a este síndrome. Su uso también se refiere, actualmente, a los inconvenientes y peligros de los medios hospitalarios”.*¹

El síndrome del hospitalismo no es privativo de las instituciones (orfanatos, hospicios, hospitales) sino de cualquier situación que suponga un vacío afectivo, aún dentro del propio hogar.

El hospitalismo provocado por la falta absoluta de cuidados maternos, es, pues la consecuencia de una falla cuantitativa en la relación objetal.

Las enfermedades provocadas por la carencia de cuidados maternos toman distinta forma, según el tiempo que dure esta separación. Si la separación se produce después de haberse establecido una verdadera relación objetal (sobre la base de una convivencia materna permanente durante los seis u ocho meses de vida) podrá producirse el cuadro de la **depresión anaclítica**. Si ésta separación se produce antes de los seis meses de vida, se desarrollará el cuadro del hospitalismo. También se presentará este cuadro si la separación se efectúa después de los seis meses de edad, pero dura más de tres meses.

¹ Cf. Diccionario de psicología y pedagogía.

6. ALTERACIONES DEL HOSPITALISMO

En este punto, nos dedicaremos a explorar las **alteraciones** que se manifiestan en individuos que han sufrido una **deprivación afectiva**, tanto las alteraciones que forman el cuadro de hospitalismo (**alteraciones somáticas**), como las alteraciones que se dan a mediano y largo plazo luego de haber sobrevivido a un cuadro de hospitalismo (**alteraciones de la inteligencia, y alteraciones de la conducta**).

Las investigaciones se dirigieron a valorar estos tres sectores: alteraciones en la inteligencia, somáticas y de la personalidad con trastornos de la conducta de tipo psicopático, que en conjunto forman el **cuadro residual del hospitalismo**.

En cuanto a las **alteraciones** del hospitalismo sobre la **inteligencia**, DFREE y WOLF demostraron que los niños criados en instituciones presentaban un retardo intelectual, más acentuado cuando más acentuado e impersonal fuese el trato recibido en la institución. Tras éstos, muchos estudios han confirmado sus hallazgos, pues la Segunda Guerra Mundial ha proporcionado un abundantísimo material de estudio con los cientos de miles de niños desplazados, emigrados, huérfanos, institucionalizados, etc. Entre ellos hay que destacar el estudio de BOURNE (1955), quien encontró en las instituciones para niños oligofrénicos, en un diez por cien de su población no se encontraba causa orgánica para el retardo intelectual, y como única etiología el abandono afectivo, y calculó cinco meses para el periodo máximo de tiempo en el que el niño puede quedar privado del

afecto materno (o su adecuado sustituto) sin daño permanente para su desarrollo intelectual o caracterológico.

En el estudio comparativo que realizó SPITZ, entre los dos grupos internados y donde observó las manifestaciones del Hospitalismo en el grupo B, observó también, que en los niños de este grupo que soportaron mejor la separación, el desarrollo del cociente intelectual se modificó. Esto lo impulsó a realizar nuevas investigaciones destinadas a aclarar la relación de dependencia existente entre el cociente de desarrollo y la separación madre-hijo temprana y duradera. En tres de estos grupos, distintos entre sí, pero integrados todos por niños criados por sus madres, el cociente de desarrollo, entre 140 y 120, determinado a los tres meses de edad y repetido entre nueve y doce meses, se mantuvo constante. En el cuarto grupo, formado por niños separados de sus madres, el cociente disminuyó de 124 a 72, y al cabo del segundo año a 45.

Los estudios sobre las **alteraciones somáticas** fueron derivando de los niños institucionalizados a todos aquellos con abandono afectivo, sea cual fuere su causa o modalidad. A. M. RIBBLE, en un libro que hizo sensación en su tiempo (*The rights of Infants, Early Psychological Needs and Their Satisfaction*), describió el estado de **marasmo**¹ en los niños abandonados por sus madres, y describió también un tipo de niños que precisan, para su normal desarrollo, cuidados, mimos y muestras de afecto mucho más intensas de las que bastan al niño normal. Llamó a estos niños **vegetativos**. Una descripción más rigurosa sobre las alteraciones somáticas del hospitalismo las hemos descrito en el tema (Experimento de Spitz y las características del hospitalismo)

Los trastornos característicos y **alteraciones de la conducta** que tendrán toda su vida los niños que sobrevivieron al periodo de institucionalización, se parecen mucho a los de los niños que sin haber estado hospitalizados o internados han sufrido un periodo de privación emocional, por enfermedad de sus padres, por muerte o enfermedad de ellos, divorcio, y por los desplazamientos, emigraciones, etc.

Los primeros estudios importantes que se hicieron sobre los trastornos de la conducta se deben a Laureta BENDER, quien, por su semejanza con los de los

¹ Marasmo, grave decaimiento somático y funcional del organismo provocado por una grave deficiencia de proteínas y calorías. Esta causado por un abandono prematuro del pecho de la madre como fuente de alimento y por las infecciones intestinales.

clásicos psicópatas, los llamó al principio alteraciones psicopáticas de los niños. Tras los siguientes trabajos de esta misma autora, los de LEVY sobre lo que llamó con acertado dramatismo “**hambre de afecto**” los de GOLDFARB, etc., ha quedado claramente establecida la relación etiológica entre la carencia afectiva en la primera infancia y determinados trastornos de la personalidad y la conducta que persistirán hasta la vida adulta. BENDER los ha resumido así:

- 1) La **personalidad** queda **retrasada** en su desarrollo.
- 2) Tipo de **personalidad anómalo** caracterizado por su conducta antisocial, hostilidad, agresión, incapacidad para someterse a reglas y normas éticas y sociales.
- 3) **Déficit** primario de la capacidad de **identificación**. Ausencia de relación humana objetiva o de la conciencia de significación del amor o de las relaciones interpersonales.
- 4) **Conducta impulsiva** “difusamente inesquematizada”
- 5) **Déficit** en el desarrollo de **lenguaje** y de la **conceptualización de los términos abstractos**. Resulta especialmente interesante la defectuosa conceptualización del tiempo.
- 6) En la adolescencia suelen aparecer **oscilaciones rítmicas del humor**, aparentemente en relación con impulsos biológicos o instintivos que no se inhiben adecuadamente.
- 7) En los niños mayores se desarrolla una **tendencia imitativa** de la conducta. El impulso instintivo a ser normal solo encuentra expresión copiando el comportamiento de los otros. Esto lleva también a la tendencia a fabular o mentiras psicopáticas.
- 8) El trastorno no se modifica por ningún tipo de tratamiento, una vez pasada la primera infancia. Sin embargo, estudios longitudinales prolongados demuestran que en algunos casos estos individuos logran una buena **adaptación** permanente si durante su adolescencia encuentran una buena figura materna con la que se les coloca en situación de dependencia satisfacción. Para otros, lo mejor es seguir dentro del ambiente protector de una institución benigna, en la cual puedan imitar la conducta benigna del grupo.
- 9) La **etiología** es siempre la misma: carencia prematura de cuidados y estímulos afectivos en una institución, o cambios frecuentes en la figura

materna u otras rupturas críticas de la continuidad de la relación con la madre en la fase crítica de la primera infancia.

7. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

El manejo de los trastornos debidos a **privación materna temprana** es una tarea **multidisciplinaria**. Para que la intervención profesional sea exitosa, el pediatra, el psicólogo y, en muchos casos, también el trabajador social deben actuar en estrecha colaboración. **“El psicólogo debe familiarizar al pediatra con la naturaleza estructurante de los lazos afectivos infantiles y mostrar que no se pueden separar las necesidades materiales de las ansias de cariño del ser en formación. Debe aprender, a su vez, del pediatra las exigencias biológicas del lactante y la mejor manera de proveer a su satisfacción”**¹. El trabajador social, por su parte, debe indagar las condiciones del medio y tratar de ayudar a su mejoramiento.

En cuanto a la atención hospitalaria, es preciso adaptar el sistema de internación a las necesidades del niño enfermo con la aplicación de medidas a) profilácticas, b) diagnósticas y c) terapéuticas adecuadas. Estas medidas serán diferentes de acuerdo con las distintas edades.

Cuando por causas familiares **no es posible la internación con la madre**, ésta debe ser sustituida por una enfermera estable con quien el niño pueda hacer una

¹ Cf. Marta, BEKEI, *“Trastornos psicossomáticos en la niñez y en la adolescencia”*, Editorial, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1992, pág. 97.

conexión fija. Ella tendrá que ser única persona que lo alimente, tomándole en sus brazos.

El **cambio continuo de personal** no sólo imposibilita el lazo afectivo, sino que lleva a la confusión e impide el aprendizaje y el desarrollo mental del niño.

Otro **factor negativo** de la atención hospitalaria actual en la edad temprana en el **sistema de boxes**, ya que es probablemente inútil aun como medida preventiva de infecciones. Por otra parte, los boxes impiden la visión y quitan estímulos.

El **grupo de orientación de madres** puede ser útil como medida profiláctica para evitar las consecuencias del hospitalismo en la madre, quien, separada de su ambiente, rodeada de enfermos, comienza a imaginar las causas y empieza a reprocharse las actitudes que han podido provocar la enfermedad del hijo.

Si puede ventilar y discutir sus preocupaciones, se aminorará la tensión y podrá dedicar mejor atención al niño y prestar mayor colaboración a la enfermera.

Es importante **diagnosticar** los trastornos ya existentes en el momento de la internación. Los **tests de GESELL** nos darán la medida exacta del atraso, y los exámenes seriados, la respuesta al tratamiento adecuado.

Para conocer el origen del trastorno, será muy útil fijar, mediante las **preguntas clave** referentes al desarrollo psicomotor, el momento en que aquel trastorno se produjo. Descubriremos eventualmente que un acontecimiento familiar (separación de los padres, por ejemplo) hizo que la madre no pudiera dedicarse a la criatura y desde aquel momento comenzara la enfermedad. Esto nos llevará a concentrar la atención en la madre para tratar de solucionar sus conflictos, lo cual es ya una medida terapéutica.

Las **medidas terapéuticas en los niños menores de tres años son todas indirectas**. En primer término, tendremos que ayudar a la madre cuando problemas personales, familiares o psíquicos le impiden prodigar a su hijo el natural cariño materno. Si la dificultad es personal, le facilitaremos psicoterapia, de grupo o individual. Cuando la enfermedad de la madre es tan grave que la incapacita totalmente, o si ha muerto, tendremos que sustituirla por una persona afectuosa y maternal que pueda y quiera dedicarse al niño. La terapia consistirá, en todos los casos, en proporcionar al niño el cuidado y el cariño necesarios.

Los niños mayores de tres años se resienten menos por la carencia de cuidados maternos. Por otra parte, disponemos de más recursos para aliviarles la permanencia en el hospital. A esta edad el niño puede comprender que la madre

no lo abandona, que lo sigue queriendo y que vuelve periódicamente, sobre todo en los momentos dolorosos de su internación, cuando más la necesita. Habría que permitir y aun exigir que la madre esté presente cuando se le saca sangre al niño o cuando se le hacen curaciones; y si es preciso intervenirlo, la madre debe acompañarlo hasta la sala de operaciones. Así se oirán menos llantos y habrá menos resistencias a los exámenes. La presencia de la madre infundirá más valor al hijo. Las enfermeras encontrarán ayuda en ella y podrán dedicar más tiempo a sus tareas específicas.

Para que el niño se sienta **comprendido y aceptado en la sala**, es preciso averiguar su sobrenombre, los nombres que él da a las cosas, sus costumbres alimenticias y de limpieza. Si en el momento de la internación el médico, después de preguntar al niño cómo se llama, se presenta a su vez y presenta a su enfermera, infundirá confianza en el pequeño paciente y despertará su simpatía.

La capacidad de comprensión del niño en esta edad nos ayuda mucho a aliviarle la pena por la separación. Pero esta misma capacidad, en el sistema actual de atención, puede ser fuente de angustia cuando el niño escucha las discusiones relacionadas con su propia enfermedad. La recorrida del jefe de sala produce un constante intercambio de opiniones sobre el estado del niño. Este las oye, las comprende más de lo que podemos imaginar y completa con su fantasía lo que no ha podido percibir.

Por consiguiente, es imprescindible abolir este anticuado sistema. El jefe debería ser informado antes de entrar en la sala y tendría que emitir su opinión solo al salir. Los casos-problema o los que son nuevos deberían presentarse en el aula, con la lectura de la historia clínica antes de haber visto al niño, y la discusión del caso, después de la observación directa.

Las intervenciones quirúrgicas deben ser debidamente preparadas, aclaradas y explicadas. No hay que mentir jamás. El dolor no esperado duele doblemente por la frustración del desengaño y por la falta de preparación. Si se trata de una operación mayor, cuyo significado puede ser angustioso (intervenciones mutilantes por ejemplo) debe prepararse al niño con una terapia idónea.

Si se trata de **internaciones prolongadas** por enfermedades crónicas, hay que dar al niño, además de la seguridad del vínculo materno, diversiones y estímulos infantiles. Las salas de juego, donde casi todos los niños pueden pasar gran parte

de su tiempo bajo la supervisión de una maestra especializada, son un excelente medio para canalizar energías y también una forma de aprendizaje.

En niños más grandes la sala de juego se sustituirá por el taller infantil. Las obras que el mismo realiza lo satisfacen y borran, al mismo tiempo, la sensación de inutilidad. También es necesario que una maestra escolar lo capacite para reingresar a su grado cuando sea dado de alta.

Finalmente, en **niños que están confinados a estar en la cama y cuyos padres pueden permanecer junto a ellos muy poco tiempo**, las señoras voluntarias que juegan con el niño, son un elemento positivo, aunque incompleto porque no alcanza a sustituir a la madre.

Todas estas recomendaciones, lograrán disminuir la incidencia del hospitalismo, no obstante siempre existirá su peligro. Es conveniente, por lo tanto, “**disminuir cuanto sea posible el tiempo de la internación**”.

CONCLUSIONES

1. El desarrollo psicológico se da en base a organizadores, los cuales marcan etapas, en estas distintas etapas la psique va evolucionando, pues con el aparecimiento del primer organizador (respuesta sonriente) se estructura la percepción y se establece los inicios del yo, y al surgir el tercer organizador (el “no semántico”), el yo se manifiesta como el comienzo de las relaciones sociales en el nivel humano.
2. El hospitalismo en tiempos pasados fue causa de una gran mortalidad infantil, debido a que se desconocía su origen y su tratamiento, fue solamente en los años que siguieron a 1.930 cuando se logra establecer científicamente la causa y el tratamiento del hospitalismo con una gran figura como lo fue René SPITZ.
3. La causa del síndrome del hospitalismo es una carencia afectiva, ocasionada por la separación madre- hijo en las primeras etapas del desarrollo.
4. El síndrome del hospitalismo no es privativo de las instituciones (orfanatos, hospicios, hospitales) sino de cualquier situación que suponga un vacío afectivo, aun dentro del propio hogar.
5. El tratamiento para el hospitalismo, se centra básicamente en la reinserción del niño a la madre o a la vez a un adecuado sustituto materno. Las mejoras que se han dado en los últimos años en los lugares de internamiento también han contribuido mucho a la prevención y tratamiento del hospitalismo.

BIBLIOGRAFIA

BEKEI, Marta (1992) “*Trastornos Psicossomáticos en la niñez y la adolescencia*”,
Editorial Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires.

SPITZ, René (1959) “*A Genetic Field Theory of Ego Formation. Its Implications
for Pathology*”,
Editorial The New York Psychoanalytic Institute, New York.

SPITZ, René “*El primer año de vida*”.

VALLEJO NAGERA, Juan Antonio (1979) “*Introducción a la psiquiatría*”
Editorial Científico Médica, Barcelona.

ANEXO

Historia clínica.

Años atrás se internó en la sala de lactantes del Hospital Ramos Mejía un niño de pocos meses con diarreas. Provenía del interior. La madre, después de internar al niño, regresó a su pueblo.

Se colocó al niño en un compartimiento individual, higiénicamente aislado y de lo trató con dietética y medicación adecuadas. Al poco tiempo la diarrea cesó, pero el niño continuaba bajando de peso y rechazaba la mamadera. Yacía inmóvil en su cama, quejándose suavemente. Cuando las enfermeras le acercaban el alimento, volvía la cabeza hacia la pared. Si se intentaba introducirle el biberón por la fuerza, lo escupía. Era, en verdad, un espectáculo desolador e inexplicable. Aparentemente no lo provocaba ninguna enfermedad infecciosa o alimentaria, ya que había desaparecido por completo la diarrea, los vómitos y la fiebre. Lo único que llamaba la atención era un hálito fétido que se percibía claramente en su proximidad. Era un olor a caseinato, explicable porque la fórmula curativa administrada era leche albuminosa. Supusimos entonces que la gran concentración en prótidos del alimento podía ser el factor que provocaba el rechazo.

Tratamos de ofrecerle té solo, pero también se negó a tomarlo. Ante el fracaso de todas estas medidas, intentamos darle de comer personalmente y después de varios intentos en los que una misma persona tomaba al niño en brazos y le hablaba con cariño, se logró que aceptara el té y luego, en concentraciones crecientes, té con leche. Pero era necesario que fuera siempre la misma persona quien tratara con el niño.

El cambio fue espectacular. Sonreía cuando veía a la persona que lo cuidaba, balbuceaba, se sentaba en la cama. También comenzó a aumentar de peso. En ese momento se pensó en el acierto del cambio de la fórmula láctea. Pero algunos años mas tarde al reconstruir cuidadosamente el caso, advertimos que al insistir en la alimentación del niño le habíamos proporcionado el elemento mas importante del que carecía: una persona que se ocupara de él regularmente y con cariño.¹

¹ Tomado de Marta, BEKEI, "*Trastornos psicosomáticos en la niñez y en la adolescencia*", Editorial, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1992, pp. 104 -105.