UNIDAD 7: EL NIÑO: ENFERMEDAD, DISCAPACIDAD Y MUERTE.

OBJETIVOS:

- Identificar los indicadores de bienestar infantil.
- Conocer las tipologías de maltrato y reconocer sus manifestaciones.
- Profundizar en las necesidades que el niño enfermo y su familia plantean durante su hospitalización, para satisfacerlas.
- Interpretar la forma en la que el niño manifiesta su angustia y depresión a través del comportamiento.
- Proporcionar apoyo psicológico a los padres y al niño en la elaboración del duelo.

1. BIENESTAR, BUEN TRATO Y MALTRATO INFANTIL.

1.1. CONCEPTO DE BIENESTAR.

El concepto de bienestar posee dos componentes: uno subjetivo, que se basa en el sentirse bien y en el interpretarse bien, y otro objetivo, que se fundamenta en la salud física y en la calidad de vida. El bienestar depende de las necesidades.

Podemos concretar las necesidades de los niños en: *biofisiológicas*, que tienen que ver con el cuerpo; *mentales*, ser estimulados, manejar información, interpretarla, entre otras; *interpersonales*, vinculación con la figura de apego, familia, amigos, etc., y *de participación, autonomía y competencia*, como seres únicos, debemos construir nuestra propia biografía.

De las necesidades de los niños se derivan los deberes de los padres o tutores.

1.2. EL NIÑO MALTRATADO

El **maltrato infantil** se define como “toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquiera otra persona que le tenga a su cargo”. El **desamparo legal** se define como: “situación que se produce de hecho a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de menores, cuando estos queden privados de la necesaria asistencia moral o material”.

Nos encontramos con:

- Maltrato físico. Daño físico.
- Abandono físico. El cuidador permite que el niño sufra
- Maltrato y abandono emocional. El maltrato emocional es la hostilidad verbal crónica, insultos, desprecio, crítica o amenaza de abandono por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar. El abandono emocional es la falta persistente de respuesta a las expresiones emocionales y conductas de proximidad e interacción iniciadas por el niño, así como la falta de iniciativa de interacción y contacto por parte de una figura adulta estable.
- Abuso sexual. Cualquier contacto sexual con un menor de 18 años por parte de un adulto.

2. EL NIÑO ANTE LA ENFERMEDAD.

La vivencia de la enfermedad en el niño es una experiencia individual no generalizable, existen perfiles de reacción asociados al desarrollo cognitivo, socio-afectivo y motor, que determinan su capacidad para entender, y procesar la información, expresarse y comprender el lenguaje oral y su grado de autonomía personal.

El niño experimenta:

- Una experiencia de privación
- Una experiencia de frustración
- Una experiencia displacentera o álgida

2.1.EL DOLOR EN EL NIÑO

El dolor es una experiencia sensorial y emocional asociada a una lesión real o potencial en los tejidos de alguna porción del organismo.

2.2. IMPACTO EMOCIONAL DE LA ENFERMEDAD EN PADRES

Cuando un niño enferma, lo hace también la familia, por ello, los tratamientos deben estar referidos a todo el núcleo familiar.

2.3. IMPACTO EMOCIONAL DE LA ENFERMEDAD EN HERMANOS

Los hermanos del niño enfermo son los grandes olvidados. Éstos deben enfrentarse solos a la ansiedad y a los miedos por lo que le sucede a su hermano y a él mismo. Para evitarlo, hay que darles información, permitirles que expresen sus sentimientos, visitar el hospital, estar informados de la evolución y tratamiento del hermano y no darle responsabilidades como si fuera un adulto.

2.4.HOSPITALIZACIÓN INFANTIL

La hospitalización de un niño debe ser el último recurso terapéutico ya que supone separarlo de su ambiente, exponerlo a otro desconocido, e ir a un lugar donde la enfermedad está presente.

Se distinguen cinco tipos de niños en función del afrontamiento a la hospitalización:

- El niño salvaje. Quiere salirse siempre con la suya, protesta, intenta mantener su poder e identidad dentro de un ambiente desconocido para él.
- El huésped gregario. El paciente ideal, aunque no siempre es positivo para el niño que no expresa sus sentimientos.

- El paciente que adopta el papel de enfermo. Utiliza la enfermedad para manipular a su entorno.
- El pequeño estudiante de medicina. Común en ingresos reiterados, conoce procedimientos, terminología, se desenvuelve con soltura.
- El caso de aislamiento y depresión. Retraído, evita el contacto con otros niños o adultos.

Se han descrito las siguientes **repercusiones psicológicas** negativas en niños con hospitalizaciones frecuentes, tanto a largo como a corto plazo: agresividad, afán de control, regresión a comportamientos más infantiles, miedo a la muerte, fobias, mutismo, ansiedad de separación, tics, trastornos en la enuresis y alteraciones en el estado de ánimo.

3. INFANCIA Y DISCAPACIDAD

La discapacidad engloba las deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación de los sujetos. Los niños viven de forma diferente su experiencia con la discapacidad en función de cómo fue el inicio de la misma:

- Nacimiento o primera infancia: solo los familiares tienen conciencia de la enfermedad y sus consecuencias.
- Edades más avanzadas: se trata de rehabilitar y reinsertar al niño/ adolescente en la comunidad de la que provenía, pero con la limitación o deficiencia. En estos casos, se producen problemas en el comportamiento, se dan conductas agresivas e impulsivas, aislamiento, apatía, inhibición, egocentrismo, labilidad emocional, hipersensibilidad, etc.
 - Discapacidad derivada de una enfermedad. El niño o el adolescente tienen tiempo para procesar lo que le está ocurriendo y elaborar una respuesta, adelantándose en cierta forma a la discapacidad y buscando soluciones a los problemas antes de que aparezcan.
 - Discapacidad derivada de un accidente. No existe período de adaptación y por ello es fundamental el apoyo psicológico, social y familiar desde el diagnóstico para poder superar el trauma.

4. EL NIÑO FRENTE A LA MUERTE

4.1. MITOS Y FALSAS CREENCIAS SOBRE LA COMPRESIÓN DE LA MUERTE POR LOS NIÑOS

Mitos y falsas creencias sobre la comprensión de la muerte en niños y adolescentes	
Mitos	Desmitificación
No se dan cuenta de que algo ha sucedido tras una pérdida.	Sí se dan cuenta de que algo ha ocurrido, de que han cambiado las cosas.
No elaboran el duelo.	Sí elaboran un duelo. Pasan por distintas fases hasta la superación.
No atribuyen significado a los acontecimientos.	Al igual que el adulto, atribuyen un significado a los sucesos. Las cosas suceden por y para algo.
Los adultos debemos protegerles del dolor y el sufrimiento.	La protección entendida como exclusión es vivida por los niños y adolescentes como abandono y soledad, por eso debemos incluirles, porque forman parte de la unidad familiar.
No comprenden los rituales funerarios.	Podemos ayudarles a comprenderlos y permitirles que participen de ellos en la medida de lo posible.

4.2. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE MUERTE EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

- Nacimiento a 18 meses: carece de noción del tiempo.
- De 18 meses a 5 años: es un hecho reversible.
- Entre los 5 y los 10 años: comprende acontecimientos y enfermedades que pueden causar la muerte. Es irreversible.
- Con 9 o 10 años: es irreversible y permanente.
- Adolescencia: nos afecta a todos.

4.3. LA CONSTRUCCIÓN DEL DUELO INFANTIL.

El niño, por su dependencia del adulto, muestra más fragilidad y vulnerabilidad a cualquier tipo de pérdida, lo que da lugar a que les afecte más. Los niños no reaccionan como los adultos, tienden a expresar más su tristeza con el cuerpo y su comportamiento que con palabras.