



Circular No. 83-24 de 1 de agosto de 1983 sobre la hospitalización de niños

08/01/1983

Ministro de Asuntos Sociales y Solidaridad Nacional,
Secretario de Estado de Familia, Población e Inmigrantes

a
los Comisionados de la República:
Direcciones Regionales de Salud y Asuntos Sociales (para información);
Direcciones departamentales de salud y asuntos sociales (para ejecución);
Los directores generales de los hospitales regionales;
Caballeros, directores de hospitales.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

1. Evitar hospitalizaciones no estrictamente necesarias
 2. Preparar la admisión
 3. Dar la bienvenida al niño y a sus padres a la admisión
 4. Admitir al niño con uno de sus padres
 5. Involucrar a los padres
 6. Adaptar la atención y condiciones de tratamiento a la edad del niño y prepararse para ello
 7. Mejorar las condiciones de estadía
 8. Desarrollar visitas
 9. Informar a los padres durante la estadía
 10. Prepararse para la salida
 11. Promover la presentación de estas medidas para el equipo médico
- Apéndice 1. - Algunas situaciones especiales
Apéndice 2 - Libros y películas útiles

INTRODUCCIÓN

Además de los aspectos puramente médicos, la hospitalización de niños plantea delicados problemas psicológicos y emocionales.

Numerosos trabajos científicos llevados a cabo durante los últimos treinta años han arrojado luz sobre esta cuestión (1). Hoy sabemos que un niño puede desarrollarse normalmente solo en un clima de continuidad y seguridad emocional. Necesita mantener una relación personal cercana, temprana e ininterrumpida, con unos parientes cercanos: su madre (o su padre, u otro cuidador) y, gradualmente, su entorno inmediato. Solo entonces podrá sentir la tranquilidad y la confianza necesarias para estructurar su personalidad y enfrentar los acontecimientos de la vida.

Una relación poco comprometida con la madre después del nacimiento o, posteriormente, una separación brutal del entorno habitual de la vida siempre tiene efectos nocivos. En el futuro inmediato, es dolorosamente experimentado por el niño; a mediano y largo plazo, puede tener un profundo impacto en su equilibrio. Se arriesga a interrumpir su futura relación con su familia. En los casos más graves, incluso puede desencadenar un proceso de intolerancia mutua que conduce al abuso.

Estos hechos básicos de la psicología infantil muestran que cualquier hospitalización implica inevitablemente un peligro para la personalidad del niño. Él siente que el hospital es un mundo alienígena potencialmente hostil. Al igual que el adulto, experimenta o teme el sufrimiento físico, especialmente porque no comprende el motivo. Pero, además, teme perder la protección de aquellos que lo aman y que necesita aún más en este período de miedo y dolor.

Los riesgos de angustia y trauma son particularmente altos:

- cuando el niño es pequeño: el tiempo parece desproporcionadamente largo y rápidamente puede pensar que está abandonado; si no sabe cómo hablar, no puede hacer preguntas ni expresar su angustia;
- si la hospitalización tuvo lugar en una emergencia o en circunstancias perturbadoras (por ejemplo, durante dificultades familiares);
- si va acompañado de un diagnóstico grave o de una atención dolorosa;
- si el niño no se beneficia en su propia familia, condiciones emocionales satisfactorias;
- o, si, siendo un extranjero, no puede comunicarse en francés.

Muchos hospitales, conscientes de estos fenómenos, ya están tratando de limitar los efectos. Modificaron la organización o el funcionamiento de sus servicios pediátricos, de maternidad, de emergencia o de resucitación. Nos gustaría rendir homenaje a sus logros. El momento parece haber llegado para extenderlos, para convertirlo en una política global que sistemáticamente tenga en cuenta las necesidades psicológicas de los niños.

Al recomendar las medidas a continuación, no desconocemos sus dificultades diarias o los medios a veces limitados disponibles para usted. Sin embargo, aunque algunas de estas medidas pueden requerir algún medio especial, la mayoría son principalmente una cuestión de estado de ánimo. Sobre todo, implican una conciencia de cada uno y el deseo de cambiar algunas formas tradicionales de hacer las cosas. Es por eso que se han introducido con éxito en muchos servicios con situaciones muy diferentes.

Su aplicación no puede, por supuesto, ignorar los imperativos de tratamiento y seguridad; sin embargo, estos deben ponderarse en el contexto más amplio del bienestar físico y mental de los niños.

En cualquier caso, estas directrices hacen un uso extensivo de la iniciativa de todo el personal, bajo la autoridad de los funcionarios administrativos, médicos y paramédicos del hospital.

(1) Ver en los trabajos en el apéndice 2

1 - EVITAR HOSPITALIZACIONES NO ESTRICTAMENTE NECESARIAS

(a) Muchos exámenes preliminares o de detección pueden realizarse convenientemente en entornos *ambulatorios* sin admitir o mantener al niño en el hospital.

b) Siempre que la naturaleza del tratamiento lo permita, es mejor mantener al niño en casa o devolverlo temprano mediante el uso *de servicios de hospitalización en el hogar*. Se esforzará por tales servicios, si es necesario redistribuyendo algunos de los medios existentes.

c) La creación o el desarrollo de *hospitalizaciones diurnas o nocturnas*, de acuerdo con las organizaciones de seguridad social, también deberían reemplazar la hospitalización convencional siempre que sea posible. Las indicaciones médicas o incluso quirúrgicas que permiten cuidar a los niños exclusivamente durante el día se desarrollan además por el momento. La hospitalización diurna también puede preparar o prolongar una hospitalización completa. Sin embargo, requiere un entorno familiar informado y disponible, así como un enlace bien establecido con el médico tratante o posiblemente con el servicio PMI.

d) Cuando una hospitalización completa parezca necesaria, su *duración debe mantenerse al mínimo*. Es cierto que no es apropiado concentrarse en un período demasiado corto de actos demasiado agotadores o dolorosos para el niño, pero es necesario evitar un tiempo de espera médicamente injustificado. Tan pronto como la familia del niño pueda continuar el tratamiento o la supervisión, él o ella debe regresar a su hogar, incluso si se lo ve con más frecuencia durante los chequeos en el consultorio del médico o en el hospital.

c) Intenta evitar la "*hospitalización social*", es decir, la entrada o el mantenimiento en el hospital de un niño sin una razón médica realmente apremiante. En la mayoría de los casos, se puede evitar la recepción de niños sin una razón médica, o por lo menos abreviar, mediante diversas ayudas a sus familias. Cuando un hogar es esencial, es mejor utilizar un hogar de crianza temporal u otro enfoque de hogar temporal.

Los trabajadores sociales en sus servicios tienen un papel vital que desempeñar en este sentido, en una cooperación sistemática con el médico tratante, los servicios sociales del sector y los equipos departamentales de PMI y bienestar infantil.

f) *Las colocaciones de salud* que exilian a los niños pequeños durante semanas o incluso meses lejos de sus familias pueden causar daño psicológico y emocional. Estos riesgos a menudo no guardan proporción con el beneficio esperado en el nivel físico. Por lo tanto, no debe decidirse la colocación sin una reflexión concertada entre el médico, el servicio social del hospital y, si es posible, el equipo médico-social del sector en cuestión. Esta reflexión permitirá contemplar las posibles alternativas o las medidas complementarias que se prevén.

2 - PREPARE LA ADMISIÓN

Además de las admisiones de emergencia, la hospitalización debe prepararse de forma que se reduzca la ansiedad del niño y su familia.

Esto implica que un miembro del equipo médico y de enfermería explicó con antelación para el niño y sus padres: la razón de la hospitalización, su longitud muy aproximada (si es posible y con precaución), la naturaleza de los exámenes o cuidado que se llevará a cabo. Tales explicaciones, dadas en términos simples, le permitirán al niño prepararse psicológicamente para lo que le espera; ellos facilitarán así el cuidado futuro.

Los padres deben recibir en esta ocasión la información práctica que necesitan (nombre del servicio y médico responsable, horarios de comida, etc.). También se les informará sobre lo que pueden hacer, por su parte, para preparar y facilitar el buen funcionamiento de la hospitalización. La información oral que se les dará se recordará en uno o dos documentos sucintos, escritos en un estilo familiar. Le enviamos por separado, sobre este tema, un folleto que puede serle útil.

3 - ACOGIENDO CON SATISFACCIÓN AL NIÑO YA SUS PADRES PARA ADMITIR

a) El paso por un servicio de emergencia a menudo es el primer contacto con el hospital; con frecuencia, el niño y sus padres viven muy mal. Por lo tanto, se esforzará por mejorar la recepción de niños en este servicio. En la medida de lo posible, las emergencias independientes pediátricas se

organizarán con la presencia, durante las horas de trabajo, de personal médico calificado (1).

b) Las formalidades administrativas u otras obviamente nunca deben tener prioridad sobre la recepción del niño y sus padres. esta bienvenida debe ser tan cálida y personalizada como sea posible.

Nada es mejor que la presencia de un ser querido en el momento de la admisión. Por lo tanto, es muy importante ayudar a un miembro de la familia a quedarse con el niño durante sus primeras horas en el hospital. Esta persona debería, en la medida de lo posible, estar presente cuando se duerma la primera noche.

La presencia tranquilizadora de un objeto privilegiado (animal de peluche, muñeca, lino, manta ...) es esencial para el niño hospitalizado. Siempre debe pedirle a su familia, durante la consulta o admisión, que devuelva el objeto al que está adjunto. También es preferible que el niño mantenga su ropa que sea un vínculo adicional con su mundo familiar. Estos principios no excluyen, por supuesto, las precauciones de higiene (descontaminación) que pueden ser necesarias.

Los padres serán consultados sobre los hábitos y las aversiones del niño (comida u otro) y sobre su vocabulario particular (para ir al baño, para designar su objeto familiar, etc.). Estas indicaciones se darán en el archivo de atención para que todos los miembros del equipo puedan tener conocimiento de ello.

Finalmente, siempre que no se brinde atención inmediata al niño, evite acostarlo. Debe tener la libertad de jugar y reconectarse con sus actividades habituales.

(1) Estas observaciones también se aplican a consultas ambulatorias. los niños no tienen nada que ganar al interactuar con consultores adultos, a veces con largos tiempos de espera. Por lo tanto, esperamos que pueda organizar consultas independientes para niños que estén claramente separadas de las consultas ordinarias. Este objetivo es tanto más importante cuanto que el papel de las clínicas ambulatorias continúa creciendo.

4 - ADMITE EL NIÑO CON UNO DE SUS PADRES

Se debe desarrollar la admisión conjunta "madre o padre / hijo". Le permite a la madre o al padre quedarse con su hijo, de lo contrario hasta que se vaya, al menos el momento de su adaptación. Esta admisión conjunta debe ser posible independientemente de la naturaleza de la enfermedad, y no solo en los casos más graves. La ansiedad del niño no depende, de hecho, no necesariamente de la gravedad objetiva de su condición. La estancia del padre o la madre obviamente se organizará en estrecha colaboración con el equipo médico y de enfermería.

Si los padres tienen otros niños en el hogar, es posible que no puedan usar la admisión conjunta sin ayuda externa (guardería o ama de llaves). Depende de usted informar a los padres sobre este tema y ayudarlos si es necesario para contactar a los equipos competentes. Aquí nuevamente, se necesita una cooperación constante entre el servicio social del hospital y los servicios sociales sectoriales.

Para facilitar la admisión conjunta de padres e hijos, le pedimos que proporcione habitaciones diseñadas para este propósito durante cualquier construcción o renovación.

Sin embargo, de ahora en adelante, y en casi todos los casos, hay suficientes arreglos económicos (camas plegables, por ejemplo) para permitir la presencia de uno de los padres. En ausencia de habitaciones mixtas, se pueden instalar algunas habitaciones para un padre cerca de ciertas unidades (por ejemplo, reanimación) para permitir el mantenimiento de una relación, incluso discontinua, o solo visual, a través de una ventana.

Finalmente, no es deseable que el niño, el personal o el padre o la madre obliguen a los padres a permanecer en la sala o en las salas contiguas durante todo el día. Por lo tanto, es importante tener una habitación cerca de los servicios donde los miembros de la familia alojados temporalmente puedan descansar o escapar de la tensión que puedan sentir.

5 - PADRES INVOLUCRADOS

La naturaleza técnica de la atención médica o de enfermería, los problemas de seguridad y responsabilidad prohíben a menudo confiar esta atención a los padres. Sin embargo, pueden a menudo ser responsables, con sus hijos, el cuidado de la vida diaria: darle de comer, el cambio, ir al baño, ir conseguir algo, para acompañarlo, calmarlo ... Los agentes son así liberados para tareas más técnicas o para cuidar mejor a los niños cuyos padres no están allí. Además, es mejor tener una madre ocupada con su hijo que una madre inactiva y ansiosa que acosa al personal.

Es importante que alguien cercano al niño lo acompañe si es transferido a otro departamento, como si fuera una nueva admisión. Su presencia es aún más necesaria en los momentos más angustiosos de la hospitalización: cuando el niño se duerme y se despierta durante una operación.

Los padres deben poder asistir a la atención médica y de enfermería si lo desean y si su experiencia o comportamiento no es un problema. Esta integración parcial en la vida del servicio les permite aprender sobre las acciones que tendrán que realizar después de que el niño se vaya (seguido de una dieta, aderezos, etc.). La duración de la hospitalización puede reducirse.

6 - ADAPTAR EL CUIDADO Y LAS CONDICIONES DE TRATAMIENTO A LA EDAD DEL NIÑO Y PREPARARLA

Cualquier acto hecho por primera vez, especialmente si puede causar dolor o miedo en el niño, debe explicarse de antemano de acuerdo con sus posibilidades de comprensión.

Incluso más que el adulto, el niño debe ser considerado y tratado globalmente, como persona, en lugar de someterse a una serie de intervenciones puramente técnicas y aisladas. Por lo tanto, es muy conveniente que pueda mantener una relación privilegiada y continua con un miembro del equipo médico y de enfermería durante su estadía en el hospital. Esto es particularmente cierto si tiene que tratar con varios servicios o si su familia no parece brindarle suficiente apoyo emocional durante su hospitalización.

Incluso más que con los adultos, los miembros del equipo deben ser extremadamente discretos y discretos al hablar entre ellos sobre un niño, ya sea su estado o su familia. Los niños, incluso muy jóvenes, entienden más de lo que pensamos; por el contrario, pueden malinterpretar los comentarios de los adultos. En ambos casos, las palabras imprudentes pueden tener un impacto desastroso.

7 - MEJORAR LAS CONDICIONES DE LA ESTANCIA

a) Algunos niños son tratamientos no pediátricos especializados: cirugía, otorrinolaringología, etc.

Esperamos que, si no están vinculados a la sala de pediatría, al menos estén reunidos en un área donde tengan el personal y el entorno adecuados. En ningún caso, por supuesto, tendrán que compartir la habitación de un adulto. No hace falta decir que debemos evitar la proximidad de pacientes cuya condición o comportamiento puede aumentar su propia ansiedad.

b) Los niños sienten fuertemente la ruptura con su entorno habitual y las limitaciones impuestas por la hospitalización. Por lo tanto, es importante organizar los servicios de los niños para que puedan continuar sus actividades diarias. Las salas de juegos, los comedores, las bibliotecas, las oportunidades de salir a un jardín o un patio son servicios baratos que deben desarrollarse.

c) En los servicios pediátricos, el trabajo de los educadores de la primera infancia o de los facilitadores calificados no debe considerarse un lujo sino una parte integral del tratamiento. Esperamos sinceramente que garantice la asistencia de dicho personal, en la medida en que sea compatible con el presupuesto del establecimiento.

También es posible, en algunos casos, utilizar voluntarios, seleccionados en el marco de una asociación. Las intervenciones de este último deben, no obstante, ser parte de una misión bien definida y ser bien seguidas. Las actividades de entretenimiento que se ofrecerán a los niños deberían ser objeto de *programas organizados con los que los niños normalmente pueden contar*.

d) Mantener vínculos con la escuela es una meta esencial para todos los niños en edad preescolar y escolar. Depende de usted encontrar fórmulas adecuadas con las autoridades educativas locales. Si es necesario, también puede recurrir a docentes en comisión de servicio o miembros de asociaciones especializadas para proporcionar a los niños las clases necesarias o la tutoría.

e) La presencia de psicólogos con suficiente tiempo de intervención siempre es valiosa para los servicios que reciben niños. Ayuda a apreciar mejor las necesidades psicológicas. También permite, en reuniones con familias y reuniones entre varias categorías de personal, promover la expresión de dificultades, incluidas las relacionadas con la naturaleza de la patología (cáncer, enfermedades discapacitantes ...). Una vez más, queremos que tenga en cuenta esta necesidad en la composición de su fuerza de trabajo.

f) Las instituciones que reciben un gran número de extranjeros que no hablan francés obviamente tienen el mayor interés en asegurar la colaboración de los intérpretes. Esta es sin duda una de las áreas en las que los voluntarios pueden prestar los mejores servicios.

(g) Finalmente, hay poca necesidad de enfatizar el papel vital de los trabajadores sociales hospitalarios. Informan y guían a las familias en cuestiones administrativas, financieras y sociales. Pueden iluminar al equipo médico y de enfermería sobre el contexto familiar y social de la hospitalización. Facilitan la colaboración continua entre equipos de hospitales y servicios múltiples o instalaciones para pacientes ambulatorios.

8 - DESARROLLAR VISITAS

a) Esperamos que el régimen de visitas se defina en las reglas de procedimiento de una manera muy flexible. Los padres, amigos, hermanos y hermanas, camaradas podrán, en números limitados y bajo la autoridad del equipo responsable, cualquiera que sea su edad y en cualquier hora razonable del día. El local mencionado anteriormente - 4 - o uno similar facilitará estas visitas.

(b) En cualquier caso, el padre, la madre u otro cuidador deben poder permanecer con él el tiempo que deseen, siempre que no interfieran con la acción médica. ni molestar al resto de los otros pacientes. El decreto de 14 de enero de 1974 sobre las normas de funcionamiento de los centros hospitalarios y hospitales locales permite expresamente la presencia de un acompañante con un paciente menor de 15 años fuera del horario de visita (anexo 1, artículo 22-20) .

c) A los niños hospitalizados por más de unos días se les debe permitir regresar periódicamente a su hogar (por ejemplo, los fines de semana) si el médico tratante determina que su condición lo permite.

9 - INFORMAR A LOS PADRES DURANTE LA ESTANCIA

Si no pueden quedarse con su hijo durante la hospitalización, se les debe dar a los padres la oportunidad de conocer su afección con regularidad. Por lo tanto, se les debe dar los días y las horas en que pueden acercarse a un médico responsable, que podrá brindarles toda la información necesaria y conversar con ellos.

Deben poder llamar al servicio para recibir noticias y también hablar con su hijo. A menos que sea urgente, los padres deben ser informados con anticipación de la transferencia de su hijo a otro servicio para acompañarlo en esta ocasión.

10 - PREPARANDO LA SALIDA

En todos los casos, es aconsejable que un miembro del equipo se tome el tiempo de prepararse para la partida del niño con sus padres. Él les explicará las reacciones psicológicas que el niño podría presentar después de su regreso a casa, y cómo lidiar con ellas (regresión, comportamiento agresivo, trastornos del sueño, dificultades académicas ...). Estas reacciones serán aún más limitadas ya que las medidas anteriores se han aplicado ampliamente.

En algunos casos, la familia o el niño deben beneficiarse de una ayuda particular después de la salida (asistencia financiera, trabajador familiar, modo de guardia ...). Las reuniones regulares o reuniones entre el equipo de atención médica, el trabajador social, el psicólogo y las personas externas interesadas (PMI, salud escolar, médicos de la ciudad ...) permitirán planificar las medidas deseables.

11 - PROMOVRIENDO LA INTRODUCCIÓN DE ESTAS MEDIDAS AL EQUIPO MÉDICO Y DE CUIDADO

Hemos visto que el alojamiento de un miembro de la familia, su participación en la atención, el desarrollo de las visitas, son esenciales para el equilibrio del niño y evitarán disturbios posteriores. Es cierto, sin embargo, que implican cambios importantes en los hábitos de trabajo de los equipos del hospital.

Esta evolución se realizará en la realidad cotidiana solo si todos la consideran indispensable. Por lo tanto, depende de usted alentar alentando a los equipos a debatirlos en sus reuniones de trabajo y recurriendo a acciones de capacitación específicas.

Estos se enfocarán no solo en las necesidades especiales de los niños en el hospital, sino también en el desarrollo normal del niño y los datos psicológicos básicos que subyacen a esta circular. En el Apéndice 2 encontrará una selección de libros y películas interesantes al respecto.

Recomendamos que dedique una fracción de sus créditos de educación continua a este tema.

Además, planeamos ofrecerlo como parte de las sesiones de información y reciclaje para el personal médico y paramédico financiado por el Ministerio de Asuntos Sociales y Solidaridad Nacional (capítulo 43-81, artículo 20).

Para terminar, nos gustaría destacar una serie de puntos.

Con frecuencia, las familias, intimidadas por el hospital, acostumbradas a las formas tradicionales de operar los servicios o los factores psicológicos mal medidos en juego, son reacios a aprovechar las facilidades que aquí se defienden. Por lo tanto, no es suficiente para predecir estos. Los equipos tendrán que proponerlos activamente, explicando su razón para estar en el respeto, por supuesto, de la libertad de los padres que debe permanecer completa.

El tiempo con los padres requiere un esfuerzo real de los miembros del personal. Sin embargo, estos están preocupados sobre todo, y esto es normal, por la gravedad de los casos que enfrentan y la atención técnica para proporcionar. Pero este esfuerzo les traerá una contrapartida evidente e inmediata, brindando a los niños hospitalizados una sensación de seguridad que de otro modo nunca hubieran sabido.

También es una inversión a largo plazo, que permite un retorno y un desarrollo armonioso de los niños en sus familias.

Estas nuevas orientaciones no implican ninguna desinversión para los miembros de los equipos de atención. Por el contrario: dado de alta de vez en cuando, algunas tareas no técnicas, su papel indispensable con el niño se enriquece con una relación más amplia con su familia.

Finalmente, el progreso que queremos quedará fuera del alcance sin una cooperación permanente entre todos los actores de la hospitalización: la dirección del establecimiento, los médicos del hospital, el personal de enfermería, los asistentes sociales, los psicólogos y educadores, los médicos que tratan, servicios del sector médico-social y padres. es esta acción en común que te pedimos en interés de los niños.

El Ministro de Asuntos Sociales y Solidaridad Nacional, **Pierre Bérégovoy**

Secretario de Estado del Ministerio de Asuntos Sociales y Solidaridad Nacional, a cargo de la salud, **Edmond Hervé**

Secretario de Estado del Ministerio de Asuntos Sociales y solidaridad nacional, responsable de la familia, la población y los trabajadores inmigrantes, **Georgina Dufoix**

APÉNDICE 1

Algunas situaciones especiales

1 - Servicio de maternidad

a) El padre debe poder, si lo desea, asistir a la entrega. Su presencia en este momento y en los días siguientes permite asociarlo muy temprano con el conocimiento de su hijo. Además, es de gran ayuda para la madre en caso de dificultades imprevistas (en el momento del anuncio de una discapacidad, en caso de transferencia a la neonatología, ...)

(b) Para que la madre y el niño establezcan un vínculo mutuo desde el nacimiento, deben, por supuesto, estar en contacto lo más cerca posible. El niño debe permanecer en la habitación de su madre todo lo que quiera durante su estancia en la maternidad.

(c) Una de las ventajas de la lactancia materna es la de fortalecer el vínculo madre-hijo. Si la madre está considerando amamantar, ayúdelo a hacerlo sin ejercer presión en esta área delicada.

d) También es a través del cuidado diario que le da a su hijo que la madre construye su relación con él. La función del personal en este sentido es proporcionarles la asistencia de su experiencia profesional para ayudarlos, en lugar de sustituirlos. También tiene la ventaja de prepararse para el regreso a casa.

e) En el mismo espíritu, los diversos exámenes del niño preferiblemente se llevarán a cabo en la cama de su madre.

f) Es importante que la madre y sus hijos no se vean privados de la oportunidad de verse durante la estancia de maternidad. Deseamos la existencia de un local, cerca de las habitaciones, pero distinto, que permita recibir visitas. esta solución respeta las reglas básicas de higiene; es satisfactorio para todos.

(g) Algunas madres experimentan problemas sociales o psicológicos después del nacimiento (estado de ansiedad, dificultades emocionales) que pueden interrumpir su relación inicial con el niño. Una reflexión colectiva y periódica entre los miembros del equipo y los equipos externos (sector social,

sector psiquiátrico, etc.) permite identificar mejor estos problemas difíciles para proporcionar la respuesta más adecuada.

h) Las recomendaciones dadas anteriormente en b, c, d, e obviamente no se aplican a las madres que están considerando colocar a su hijo en adopción. Las disposiciones especiales sobre el proyecto de estas madres deben tomarse en consulta con el servicio departamental de la infancia o el trabajo de adopción en cuestión.

El Ministerio de Asuntos Sociales y Solidaridad Nacional trabaja actualmente en dos regiones para mejorar las condiciones de vida de las madres y los niños en la atención de la maternidad. Esta acción tiene como objetivo, entre otras cosas, mejorar la colaboración necesaria entre los hospitales de maternidad, el PMI y los equipos de bienestar infantil.

2 - Servicios de neonatología y resucitación

a) En una unidad de neonatología, la condición del niño y el equipo al que está sometido puede ofender la sensibilidad de los padres. Por lo tanto, pueden hacer que algunos de ellos reaccionen para escapar o rechazarse. Los miembros del equipo deben prestar especial atención a informar y tranquilizar a los padres.

Tan pronto como el equipo lo considere posible, se debe invitar a los padres a tener contacto *directo* con el recién nacido. Podrán comenzar a brindarle algunos cuidados básicos con la ayuda del personal de enfermería. Este contacto temprano y activo es fundamental para el establecimiento adecuado del vínculo entre padres e hijos.

b) Los padres deben beneficiarse de las mismas medidas en la unidad de cuidados intensivos.

c) Cuando un recién nacido ha sido transferido a la neonatología por una dificultad de transición, debe regresar a la cama de su madre tan pronto como su afección ya no requiera cuidados intensivos.

3 - Niños de familias desfavorecidas

Los niños de familias socialmente desfavorecidas son frecuentemente hospitalizados. Lo soportan aún más porque sus condiciones familiares son inestables y precarias. Cuando la hospitalización no se puede evitar, o cuando es médicamente necesaria, se debe prestar especial atención a la calidad de la recepción de la familia. Este, de hecho, se siente a menudo incómodo, observado y juzgado. Teme la ubicación del niño cuya hospitalización puede significar para ella y, a veces para el personal, que no sabe cómo cuidarlo adecuadamente. Por su parte, el personal está indefenso frente a estas familias "difíciles" para las cuales la acción llevada a cabo parece comenzar constantemente de nuevo. Información sobre las condiciones de vida de estas familias y el

4 - Hijos de familias migrantes

Por múltiples razones, los niños de familias migrantes constituyen una proporción significativa de niños en salas pediátricas generales.

Las peculiaridades culturales son la causa de frecuentes malentendidos entre las familias y el personal, por ejemplo, sobre la alimentación infantil. Es necesario que algunos de los intérpretes a disposición del hospital estén familiarizados con el estilo de vida y la educación de los niños de los

grupos étnicos más representados de la región y que el personal acepte comportamientos diferentes de aquellos a los que están acostumbrados.

Por lo tanto, la familia a menudo escucha que el niño sale del hospital curado, mientras que el equipo del hospital, después de los exámenes y el diagnóstico, considera posible el tratamiento ambulatorio. La información mutua respetuosa de cada cultura suele ser suficiente para superar estas dificultades.

5 - Niños abusados

Aunque la mayoría de las veces es breve en la historia de un niño abusado, la transición al hospital tiene un lugar esencial. La falta de diagnóstico conduce en la mayoría de los casos a una recurrencia que puede ser fatal.

Los padres, ya sea que hablen sobre el origen de las lesiones o no, de hecho están en desorden y buscan ayuda.

La calidad y la atención que el hospital puede ofrecer a la familia y al niño juega un papel decisivo para el futuro de las intervenciones.

Desde el comienzo, el equipo del hospital debe esforzarse por establecer con los padres una relación de ayuda y apoyo, la única capaz de aclarar su relación con el niño. Esta relación se establece mediante entrevistas con los médicos del departamento, las enfermeras, el trabajador social y el psicólogo. La respuesta a las expectativas de los padres implica una comprensión de sus problemas y una tolerancia real para ellos a pesar de su desconcierto o irritación. Una de las tareas del equipo del hospital es preparar intervenciones fuera del hospital, ya sea durante o después de la hospitalización del niño, incluido, cuando corresponda, el informe.

Para más detalles sobre estas cuestiones, remítase a la Circular No. 83-14 de 21 de marzo de 1983 a los Comisionados de la República (DRASS y DDASS), sobre la protección de niños en riesgo, víctimas de abuso o negligencia.

6 - Niños hospitalizados

La hospitalización de adolescentes plantea nuevos problemas. Esto incluye determinar si deben acomodarse en servicios para adultos o niños o servicios especializados en este grupo de edad. Algunos de estos servicios funcionan satisfactoriamente, la mayoría de las veces en servicios pediátricos o adyacentes.

La multiplicación de experimentos de este tipo es deseable para evaluarlos. En general, se necesita una mayor flexibilidad con respecto a los límites de edad para el ingreso a los servicios de niños y adultos, y siempre que sea posible, se tendrán en cuenta los deseos del adolescente. en cuanto al tipo de servicio en el que se alojará.

A fin de satisfacer mejor las necesidades específicas de los adolescentes hospitalizados, se fomentará la creación de un sector reservado para ellos en cada servicio hospitalario acostumbrado a recibirlos: unas pocas habitaciones para dos, agrupadas alrededor de una sala de estar y recreación que les ofrece la oportunidad de superar el aburrimiento en el hospital y utilizar positivamente el momento de la hospitalización. Dependiendo del tiempo disponible, el equipo médico y el cuidador podrían abordar especialmente los problemas psicoafectivos o de salud de los adolescentes que les preocupan.

ANEXO 2

Algunos libros útiles

- El niño de 0 a 2 años y el niño de 2 a 6 años.* - Dr. Myriam David. (Editions Mesope-Privat, 1960.)
- La ansiedad de la separación.* - Artículo de J. Bowlby en Child Psychiatry, Vol. V. (PUF, 1962.)
- The Child in His Family*, vol. 2: *El niño antes de la enfermedad y la muerte.* - Trabajo colectivo. (Masson, 1974.)
- El niño y el hospital.* - La escuela de los padres. (Public Assistance of Paris, 1975.)
- Los niños enfermos.* - Encyclopedia of Education, Volumen IV. (Ediciones sociales francesas, 1974.)
- El niño y los hechizos de la enfermedad.* - Dr. DS Kipmann. (Stock Editions, 1980.)
- Niños pequeños en el hospital.* - James Robertson. (Le Centurion, 1974.)
- Recepción y cuidado de los padres en un departamento de neonatología.* Pr Pierre Satge y Dr. Michel Soule. (La expansión científica francesa, 1976.)
- La vida del niño en el hospital.* - Sr. Algara y D. Decelle. Colección Cultura en la vida cotidiana, CCI (Centre Georges-Pompidou, 1980.)
- El niño en la vida: una política para la primera infancia.* Informe al Secretario de Estado para la Familia. - N. Bouyala y B. Roussille. (Documentación francesa, 1982.)

PELÍCULAS

- Un hospital para niños.* - D. Rapoport, F. Weil-Halpern. Servicio de la película de investigación científica 1983. 25 mn, 16 mm, 24 imágenes / segundo, color. (Esta película está disponible en préstamo en SFRS, 93 boulevard Raspail, 75014 Paris, Tel .: 222-46-44.)
- Hospital de niños.* - Ministerio de Salud y Seguridad Social británico, 1980. 34 mn, 16 mm, 24 imágenes / segundo, color, vo, subtulado.
- La máscara con menta.* - Primary Children's Medical Center EE. UU., 1976, 22 min, 16 mm, 24 cuadros / segundo, color, vo, subtulado.
- Un niño de dos años va al hospital.* - James y Joyce Robertson, 1952, 45 mn, 16 mm, 16 cuadros / segundo, blanco y negro, versión francesa.
- John, diecisiete meses, nueve días en la guardería.* - James y Joyce Robertson, 1969, 45 mn, 16 mm, 24 cuadros / segundo, blanco y negro, versión francesa.
- (Estas cuatro películas están disponibles en préstamo en la Cinémathèque 14, Asociación para la Promoción de la Salud Mental Infantil, 23, rue Lalande, 75014 Paris (Tel .: 322-08-22).