

## **EXALUMNOS Y ESTUDIANTES**

- El juego simbólico una alternativa en las dilataciones anales
- Protocolo de atención para pacientes con hipertensión inducida por la gestación

# **EL JUEGO SIMBOLICO UNA ALTERNATIVA EN LAS DILATACIONES ANALES\***

Oscar William Aguinaga B\*\*

Seguramente que los aspectos teóricos y prácticos desde el punto de vista médico acerca de las malformaciones ano-rectales son conocidos, por cuanto es ésta una entidad patológica y por ende requiere de su detección y tratamiento; pero de lo que no se puede estar seguro es de que, se participe directamente en el manejo y cuidados de dichas malformaciones, como sí lo tiene que hacer el Profesional de Enfermería, la madre y/o la familia del niño e incluso éste mismo cuyo rol de paciente lo convierte en centro protagónico.

“Las malformaciones ano-rectales están entre las más comunes de las malformaciones de tipo congénito causadas por anormalidades del desarrollo, aproximadamente uno de cada cinco mil partos con producto vivo, en Estados Unidos”.

Clasificaciones existen muchas, pero la de uso más generalizado y tenida en cuenta en el Hospital de la Misericordia, servicio de quirúrgicas, es: Estenosis anal congénita, agenecia anal, atresia rectal, fístula rectoperineal, fístula rectovaginal.

El tratamiento para varias malformaciones ano-rectales suele consistir en la dilatación anal o manual como algunos libros la denominan, “éste procedimiento que realiza en forma inicial el médico, lo debe continuar regularmente el Profesional de Enfermería en el hospital y lo continúan, muchas veces quizás, los padres en el hogar; siempre des-

---

\* Ponencia presentada I Congreso de Exalumnos

\*\* Enfermero Hospital de la Misericordia

pués que reciban instrucciones apropiadas sobre la técnica correcta". Obviamente que el objetivo primario es el tratamiento quirúrgico.

Las dilataciones anales o manuales como procedimiento consisten en la introducción de un objeto alargado, liso y de fácil desplazamiento, llamado dilatador de Hegar, en el ano y parte del recto con miras a mantener el orificio adecuado desde el punto de vista fisiológico que permita la excreta de materia fecal. Se constituye en un procedimiento de muy buenas intenciones terapéuticas como quiera que está encaminado a solucionar un problema orgánico, pero sobre el tiempo adquiere un caracter ambivalente tanto para el niño como para el profesional de enfermería, al igual que para el familiar de éste.

Para el profesional de enfermería, es un medio de tratamiento, que reporta resultados positivos, pero en su realización percibe y siente las reacciones del paciente que deja huellas en su ejercicio: angustias, consideración, frustración y en algunas ocasiones temores y cierta agresividad.

Para el niño, entra a convertirse en una experiencia inevitable de decepción y cada vez adquiere con mayor intensidad el aspecto negativo. Es decir, el niño sabe, se imagina, cree o se le dice que se le va a curar o simplemente "es por su bien"; pero, a su vez siente fastidio, incomodidad o quién sabe qué.

Para la familia o madre del niño ocurre exactamente lo mismo. Ella consulta con su niño en procura de su curación, pero se encuentra ante unos requisitos que muy pocas veces puede cumplir por sus condiciones socioculturales, madres trabajadoras, inquilinatos con espacios muy reducidos, hacinamiento que resta privacidad al procedimiento, temores a suscitar comentarios burlescos en otras personas, etc., que no se los permite; de ahí, que el procedimiento termina realizándose en la institución, incluso con el agravante muchas veces de la internación y sus implicaciones. La hospitalización como es sabido es una etapa de crisis, sea cual sea la edad o el estilo de vida del individuo y trae consigo un sinnúmero de implicaciones; los procedimientos llamados ambulatorios también originan temores y reacciones poco comunes en los individuos independientemente de la edad por la que atraviesa. En el niño la hospitalización, aparte de todas las implicaciones que concomitantemente trae la separación de sus seres queridos y de su ambiente externo familiar, da origen a situaciones experienciales completamente nuevas con diversas reacciones de un individuo a otro independientemente de la edad por la que atraviesa.

Con respecto al tema concreto de las dilataciones anales como procedimiento aplicable en los niños con malformaciones ano-rectales, tales como el ano imperforado, estenosis anales, y algunas fístulas anovestibulares entre otras, y teniendo en cuenta que es un procedimiento bastante prolongado en cuanto al tiempo y que si bien, gran parte de este

puede ser practicado por la madre en casa, las condiciones socioculturales no lo permiten y termina realizándose en la institución con el agravante incluso de la internación; es por ello que conviene prospectivamente mirar con cierta profundidad cuáles podrían ser los daños psicológicos en el niño que va camino a la adolescencia y adultez, aunque los bienes físicos y orgánicos sean evidentes.

Basados en el protocolo que se sigue en nuestra institución (Hospital de la Misericordia) para el manejo de las malformaciones ano-rectales, podemos tranquilamente pensar que son cerca de 120 dilataciones en promedio a las que se tiene que someter el pequeño paciente que puede ser de un mes de nacido, hasta de doce años de edad o más. Experiencia por demás, que tiene que ser vivida sin un desarrollo cognoscitivo suficiente que les permita comprender la necesidad de los procedimientos médicos, mencionemos aquí a los menorcitos entre cuatro y siete años. Otros niños llamados crónicos o experimentados, porque tienen que regresar con frecuencia, sufren sentimientos de inferioridad, inseguridad se sienten excluidos y carentes de motivación, tal vez, la única sería el que "le tapen el hueco", la colostomía.

Al hablar de los lactantes debemos pensar en que la cosa aún puede ser más importante, en cuanto que la lactancia es cuando empieza a desarrollarse y diferenciarse el esquema corporal con la experiencia de percepciones corporales y sensitivas mil veces repetidas. Cuanto más se acumulen estas experiencias de percepciones corporales internas van dando origen al recuerdo y por consiguiente dejando huellas... En otras palabras, se forma la memoria neurovisceral, que obedece a procesos neurovegetativos del propio cuerpo.

Para el niño el procedimiento de las dilataciones anales entra a convertirse en una experiencia inevitable de decepción y cada vez adquiere con mayor intensidad el aspecto de negatividad, es decir, el niño sabe, se imagina o cree que se le va a curar pero que "eso" le fastidia, le duele o le estorba. Entonces hace la primera tentativa de resolver este conflicto de ambivalencia, incorporando la parte buena del tratamiento (inyección) y expulsando la parte mala hacia el mundo externo (proyección) y por eso es que se nota que el niño se torna dubitativo a la hora de las dilataciones y dice "si pero no", "me las dejo hacer pero dormido", o acude a la proyección de lo desagradable como consecuencia a una vivencia negativa y malévola y es cuando se torna agresivo y todo lo rechaza. Pero ¿de qué violencia dispone el niño?, no puede pegarnos, su fuerza muscular no le permite dominarnos, de pronto nos araña, da puntapiés o simplemente nos insulta y cree que no tenemos consideración con él como persona, en consecuencia puede transformarse en un niño más hostil, en un niño negativo o excesivamente dependiente, ya que procura relegar la novedad que lo intranquiliza a las capas que se escapan a su percepción conciente, hace en otras palabras, represión que presupone

una cierta diferenciación en varias instancias psíquicas desempeñando por completo su papel de mecanismo de defensa.

Lo anterior es sólo una referencia de lo observado en el presente, valdría la pena profundizar más hacia el campo de la etapa psicosexual por la que atraviesa el niño y hacia el tipo de transferencia del terapeuta en el momento de las dilataciones. Por otra parte, cuál sería la posibilidad de que se genere una psicopatología especial en el futuro.

Con base en lo anterior y preocupados con la experiencia a que se somete al niño, con los pobres resultados de la práctica de los padres en casa, de las largas hospitalizaciones y las percepciones y sensaciones negativas del profesional de enfermería; se quiso efectuar un ensayo de investigación con propósitos netamente terapéuticos basado en el juego simbólico.

“El fundamento teórico de la terapia del juego simbólico estriba básicamente en la concepción de éste como una fuente de salud a través de la actividad que es; en la libertad de selección, movilidad y espacio que le permite al individuo cambiar de un estado de pasividad que sufre al de un estado de actividad que participa de su propio cuidado médico. Es a través del juego como el niño aprende a dominar su ambiente, a enfrentarse a las tensiones diarias y a establecer relaciones con otras personas”.

BRUSTEIN y MICHENBAUN, en 1979, plantearon la hipótesis de que “si un niño selecciona jugar con juguetes simbólicos cargados de contenidos médicos, se le estimularán los pensamientos y fantasías sobre los procedimientos del hospital que se encuentran próximos. Al experimentar estos pensamientos e imágenes, el niño es capaz de desarrollar una visión más diferenciada del estímulo que teme y crea mecanismos de autoseguridad para enfrentarse a las tensiones que evoca el estímulo”.

Se utilizaron como elementos de juego, el fonendoscopio, bajalenguas, dilatadores, xilocaína jalea o su reemplazo, agua o aceite, guantes, bata, tapabocas, muñecos, pañales, gasas, etc.

Se revisaron los años de 1988 y 1989, se encontraron 38 pacientes que fueron sometidos a dilataciones anales según el protocolo existente en el servicio de quirúrgicas, Hospital de la Misericordia y a los cuales se les observó el comportamiento antes y durante éstas y los resultados fueron los siguientes:

Los niños lactantes, 27 en total y que corresponden al 71% de los casos, protestaron poco, a lo sumo lo hicieron con el llanto, pero se cree que es por no poder hablar, ni poseer un desarrollo motor suficiente para hacerlo, ya que prima la fuerza física del adulto ejecutante.

Vale la pena pensar como percibirá un lactante, las dilataciones, sí sabemos que durante la lactancia es cuando comienza a desarrollarse y diferenciarse el esquema corporal con la experiencia de percepciones

motoras y sensitivas muchas veces repetidas y que cuando más se acumulan estas experiencias internamente, van dando origen al recuerdo y por consiguiente dejando huellas, en otras palabras, constituye la memoria neurovisceral. ¿Qué pasará con estos niños en el futuro?

Los niños de 3 a 6 años, fueron cinco en este estudio, corresponden al 13,2%; se les denominó preescolares, protestaron francamente y en la mayoría de las veces se necesitó la intervención de varias personas para impedir sus reacciones adversas, tales como, el pataleo, los puntapiés, movimientos bruscos y desmedidos, insultos, contorsiones y otros que dificultan el avance del procedimiento. Estos niños no se dejaron hacer las dilataciones en casa y en el hospital el logro era toda una hazaña, por ello fue necesario llevarlos a salas de cirugía con cierta frecuencia para darles "el mascarazo" o anestesia general, con todo lo que ello implica: efectos anestésicos, restarle oportunidad a otra cirugía y pérdida de tiempo entre otros.

En este grupo de niños es conveniente señalar que deben enfrentar las dilataciones sin un desarrollo cognoscitivo suficiente que les permita comprender la necesidad de los procedimientos médicos.

Los niños de siete años en adelante, en este caso seis, que representan el 15,8% no protestaron con violencia, pero se les notó sentimientos de inseguridad, de inferioridad, cierta tendencia a la exclusión y sobre todo carentes de motivación; tal vez la única motivación era el que "me tapen el hueco", cuando tenían la colostomía. Se notó así mismo que a la hora de las dilataciones era cuando les daba por ir al parqueadero, al baño o a dormir y en algunas ocasiones cambiaban de humor. Es importante mencionar que había días en que por iniciativa propia solicitaban la intervención obedeciendo a que ya hay una imagen corporal y de sí mismos, quizás.

El grupo de madres que recibieron las instrucciones pertinentes para la práctica en casa, manifestaron diversos inconvenientes como la intolerancia del niño, llanto persistente, sangrado e incapacidad física para mantener al niño quieto. Hubo quien expresara la incomodidad al vivir en inquilinato, lo que le restaba privacidad y temía que se generaran comentarios molestos, como por ejemplo: "al niño de fulana todos los días le meten un palo por el...".

El profesional de enfermería, por su parte entra en conflicto, al conocer la efectividad del tratamiento, pero siente muy de cerca las reacciones de su paciente que en una u otra forma deja huellas en la ejecución del procedimiento; se siente angustia, consideración, frustración e impotencia física, lo que desde todo punto de vista produce un gasto de energía emocional y sus respectivas consecuencias.

Fue así como se seleccionó a tres niños: dos preescolares y uno escolar, que se encontraban hospitalizados, se les propuso y estimuló a jugar con muñecos, dilatadores, blusa blanca y otros elementos. Ensayo que dejó como resultados los siguientes:

Inicialmente los preescolares se tornaron reacios y negativos, pero dejaban entrever curiosidad e intenciones de entrar a participar. El escolar inició el juego junto con el enfermero y los preescolares iban haciendo aproximaciones sucesivas hasta lograr su integración. Los niños dilataron simbólicamente la muñeca, luego se dilataron entre sí y finalmente permitieron al profesional de enfermería que los dilatara. Procedimiento que se llevó a cabo satisfactoriamente.

El profesional de enfermería, como quiera que es la persona quien asume la primera responsabilidad entre la triada comprometida –enfermera-niño-madre–, sabe de antemano que la atención especializada incluye:

- Mantener el área anal y perineal tan limpia como sea posible.
- Colocar el niño en la posición de litotomía- genupectoral que facilite la exposición del ano.
- Proveerse de los elementos necesarios: dilatadores de Hegar, xilocaína jalea, guantes y gasas, en lo posible.
- Cerciorarse de la presencia de la auxiliar de enfermería, de la madre o del familiar del niño.
- Procurar que el procedimiento no cause sangrado y en el peor de los casos desgarros.

Pero, el profesional de enfermería debe ser la persona más apta para hacer que la experiencia sea psicológica y fisiológicamente útil para el niño y por eso sus esfuerzos se encaminan a:

- Evitar las promesas que no puedan cumplirse y las predicciones que no resulten seguras.
- Permitir la presencia de otro niño o adulto que le simpaticen al niño.
- Permitir la ejecución de las dilataciones por una auxiliar, médico o familiar que el mismo niño solicite.
- Evitar comentarios desalentadores que impidan la comunicación con el menor.
- Modificar con actitudes la imagen autoritaria y punitiva que los niños tienen del adulto.
- Procurar comprensión de su enfermedad, para que en caso de reingreso lo haga sin tanta ansiedad.

- Procurar confianza en su capacidad de adaptación.
- Crear parámetros evaluativos, correlativos, tales como la instauración de la revista de enfermería, que le permita al profesional una adecuada adaptación a los procedimientos que le ocasionan angustias emocionales.
- Y sobre todo: jugar con el menor.

El juego como medio de expresión natural y para solucionar conflictos en los niños, se convierte en alternativa terapéutica en los pacientes sometidos a dilataciones anales ya que les ayuda a obtener un equilibrio saludable.

El jugar con juguetes simbólicamente cargados de contenidos médicos, permite la estimulación de los pensamientos y fantasías sobre los procedimientos del hospital.

La estimulación de pensamientos y fantasías desarrolla en los niños una visión más diferenciada del estímulo que teme y crea mecanismos de autoseguridad para enfrentarse a las tensiones que evoca el estímulo.

El juego simbólico modifica la imagen autoritaria y punitiva que los niños tienen del adulto.

Es el profesional de enfermería por su proximidad, la persona más apta para hacer que la experiencia de las dilataciones en el niño sea psicológica y fisiológicamente útil.

Jugar con el menor es terapéuticamente más beneficioso que el hacer las dilataciones por encima de cualquier obstáculo, cueste lo que cueste.

El juego simbólico antes de las dilataciones anales, ofrece un beneficio mutuo (paciente-equipo terapéutico) y una gran ayuda catalizadora en el tratamiento de las anomalías ano-rectales.

## BIBLIOGRAFIA

- BRUSTEIN y MICHEMBAUN. Clínicas pediátricas de Norteamérica. Editorial Interamericana. México. 1983
- JACKSON W. Donald. El adolescente y el Hospital. 1973.
- KEMPER, Werner. La Enuresis. Editorial Herder. Barcelona. 1980.
- SCHAEFER, Charles et al. Manual de Terapia de juego. Editorial manual moderno S.A. México 1988.
- WHALEY, L. y WONG, D. Tratado de Enfermería Pediátrica. Segunda edición. Editorial Interamericana. México. 1985.