

A black and white photograph of a hand holding a teddy bear. The hand is at the top, gripping the bear's head. The bear is hanging downwards. The background is a plain, light color. The title 'Hospitalismo' is overlaid in a large, bold, orange font across the middle of the image. Below the title, the authors' names 'Florencio Escardó' and 'Eva Giberti' are written in a white, sans-serif font.

Hospitalismo

Florencio Escardó
Eva Giberti

SERIE SALUD COLECTIVA

El médico y la medicina: autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XX
Lilia Blima Schraiber, 2019

Gobernantes y gestores: las capacidades de gobierno a través de narrativas, puntos de vista y representaciones
Hugo Spinelli, Jorge Arakaki, Leonardo Federico, 2019

Morir de alcohol: saber y hegemonía médica
Eduardo L. Menéndez, 2020

Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias
Patrizia Quattrocchi, Natalia Magnone (compiladoras), 2020

Pensar en salud
Matio Testa, 2020

Adiós, señor presidente
Carlos Matus, 2020

Método Paideia: análisis y cogestión de colectivos
Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

Gestión en salud: en defensa de la vida
Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI
Jairnilson Silva Paim, 2021

Estado sin ciudadanos: seguridad social en América Latina
Sonia Fleury, 2021

Teoría del juego social
Carlos Matus, 2021

La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad
Luis David Castiel, Carlos Álvarez-Dardet, 2021

Salud: cartografía del trabajo vivo
Emerson Elias Merhy, 2021

Sentirjugarhacerpensar: la acción en el campo de la salud
Hugo Spinelli, 2022

Saber en salud: La construcción del conocimiento
Matio Testa, 2022

El líder sin estado mayor: la oficina del gobernante
Carlos Matus, 2022

La historia de la salud y la enfermedad interpelada: Latinoamérica y España (siglos XIX-XXI)
Gustavo Vallejo, Marisa Miranda, Adriana Álvarez, Adrián Carbonetti, María Silvia Di Liscia, 2022

Precariedades del exceso: Información y comunicación en salud colectiva
Luis David Castiel, Paulo Roberto Vasconcelos-Silva, 2022

SERIE CLÁSICOS

Política sanitaria argentina
Ramón Carrillo, 2018

Medicina del trabajo al servicio de los trabajadores
Instituto de Medicina del Trabajo, 2019

Geopolítica del hambre: Ensayo sobre los problemas de la alimentación y la población del mundo
Josué de Castro, 2019

La salud mental en China
Gregorio Bermann, 2020

La enfermedad: Sufrimiento, diferencia, peligro, señal, estímulo
Giovanni Berlinguer, 2022

Natural, racional, social: razón médica y racionalidad científica moderna
Madel T. Luz, 2022

SERIE TRAYECTORIAS

Vida de sanitarista
Mario Hamilton, 2021

SERIE DIDÁCTICA

Teorías dominantes y alternativas en epidemiología
Marcelo Luis Urquía, 2019

Método Altadir de planificación popular
Carlos Matus, 2021

Búsqueda bibliográfica: Cómo repensar las formas de buscar, recopilar y analizar la producción científica escrita
Viviana Martinovich, 2022

SERIE INFORMES TÉCNICOS

Salud en cárceles: Informe de auditoría de la situación sanitaria en el Servicio Penitenciario Bonaerense, 2013-2014
Instituto de Salud Colectiva, 2020

Hospitalismo

Florencio Escardó
Eva Giberti



Secretaría de Investigación y Posgrado

Escardó, Florencio

Hospitalismo / Florencio Escardó ; Eva Giberti. - 1a ed - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2022.

Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo / Spinelli, Hugo ; Clásicos ; 30)

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-8926-22-3

1. Infancia. 2. Atención a la Salud. 3. Atención a la Salud Mental . I. Giberti, Eva II. Título
CDD 613

Colección *Cuadernos del ISCo* Serie *Clásicos*

Dirección científica: *Hugo Spinelli*

Dirección editorial: *Viviana Martinovich*

Edición ejecutiva: *Jorge Arakaki, Ignacio Yannone*

Coordinación editorial de esta obra: *Jorge Arakaki*

Digitalización del texto: *Guillermo Eisenacht*

Fotografía de tapa: *Osobystist*

Corrección de estilo: *Paula Tegaldi*

Diagramación: *Juan Pablo Vittori*

Primera edición: *Eudeba, 1964*

© 2022, Florencio Escardó, Eva Giberti

© 2022, EDUNLa Cooperativa

ISBN 978-987-8926-22-3

DOI 10.18294/9789878926223

EDUNLa Cooperativa

Edificio "José Hernández"

29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5727. edunla@unla.edu.ar

Instituto de Salud Colectiva

Edificio "Leonardo Wertheim"

29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5958. <http://cuadernosdelisco.unla.edu.ar>



Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0.

Las y los autores conservan sus derechos autorales y les permiten a otras personas copiar y distribuir su obra siempre y cuando reconozcan la correspondiente autoría y no se utilice la obra con fines comerciales.





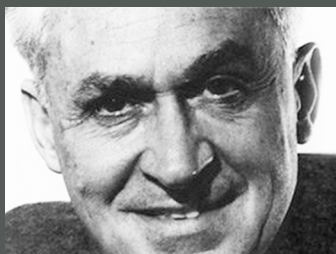
Eva Giberti

Nació en 1929. Egresó de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, primero con el título de asistente social y después con el de psicóloga. Completó su formación en el Centre Internationale de l'Enfance en Francia y en instituciones y universidades de Bélgica e Italia. En 2006 fue destacada como Doctora *Honoris causa* en Psicología, por la Universidad Nacional de Rosario y, en 2010, por la Universidad Autónoma de Entre Ríos.

De 1957 a 1959 dirigió el Servicio Social de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, del Ministerio de Salud Pública de la Nación. En 1957 fundó la primera Escuela para Padres del país. La escuela se difundió por varias provincias y alcanzó una gran repercusión social. En 1975 la Facultad de Psicología de Santa Cruz de la Sierra de la Universidad de Bolivia la convocó para crear Escuela para Padres en la región.

Ejerció como perita de parte por Abuelas de Plaza de Mayo, en causas judiciales por la expropiación de niños nacidos en cautiverio para su evaluación psicológica. Presidió el Consejo Consultivo del Registro Único de Aspirantes a Guarda con Fines Adoptivos, dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de La Nación. Fue honrada con el Premio Dignidad, de la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos. En agosto de 2003 fue declarada ciudadana ilustre por la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires, y en 2014 se la distinguió como mujer destacada, en la provincia de Misiones. En 2016 recibió el Premio Konex de Platino por sus Estudios de Género en la Argentina.

Es autora de más de 50 títulos, algunos en colaboración, entre libros y capítulos de libros y ha publicado innumerables artículos de divulgación periodística; además participó en programas radiales y televisivos con gran impacto de audiencia.



Florencio Escardó

Nació en Mendoza en 1904 y cursó los estudios secundarios en el Colegio Nacional de Buenos Aires y los de medicina en la Universidad de Buenos Aires. Se especializó en Pediatría en Francia e Italia, y al regreso se incorporó al Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez de Buenos Aires.

En 1956 fue designado profesor titular de la 2da Cátedra de Pediatría y en 1958 asumió como jefe de la sala 17. En esa sala, que había sido la de su maestro Aquiles Gareiso, introdujo la modalidad de internación conjunta madre-hijo, una medida polémica para la época, que lo obligó a enfrentar la resistencia de muchos de sus colegas. En las otras salas solo se permitían visitas de dos horas los jueves y de tres los domingos. Consecuente con su concepción integral

del niño, física, psicológica y social, llevó a la práctica una pediatría interdisciplinaria, incorporando a psicólogos y asistentes sociales a los equipos médicos. Más allá de las declamaciones, sensible a la realidad social, abrió las puertas del hospital para que las y los estudiantes de su cátedra salieran e interactuaran en la comunidad y conocieran el medio en el que vivían esos niños y niñas que llegaban a atenderse.

Desde la vicerrectoría de la Universidad de Buenos Aires impulsó y logró que los colegios Carlos Pellegrini y Nacional de Buenos Aires, exclusivamente para varones, admitieran también a mujeres. Fue presidente de la Sociedad Argentina de Escritores y miembro titular de la Academia Argentina del Lunfardo. En 1984 recibió el Premio Konex en la categoría Letras, literatura de humor, y se lo declaró ciudadano ilustre de la Ciudad de Buenos Aires.

Es autor de 22 libros, entre ellos: Versos, publicado cuando tenía 16 años, Manual de Neurología infantil (con Aquiles Gareiso); Siluetas descoloridas; La pediatría, medicina del hombre: diez capítulos para un pediatra joven; Moral para médicos; Carta abierta a los pacientes (con N. Baranchuk), Anatomía de la familia, Sexología de la familia, Manual de puericultura, Los alimentos del niño pequeño (con M. Waissmann), Abandonismo y hospitalismo, Los derechos del niño, y Geografía de Buenos Aires, uno de los más recordados y apreciados.

Murió en agosto de 1992.

Índice

Prólogo	IX
Capítulo 1. Ubicación del tema	1
Capítulo 2. Definiciones	5
Un poco de historia	7
Clínica del hospitalismo	16
Trascendencia del problema	21
La solución	22
Las objeciones y la resistencia	27
Un camino difícil pero irreversible	34
Bibliografía	37
Bibliografía general	41



Prólogo

Jorge Arakaki, Hugo Spinelli

Este libro, publicado en 1964, constituye una pieza histórica, que problematiza las consecuencias de la internación hospitalaria en la infancia, y la importancia de la teoría del apego, discusiones iniciadas en el debate internacional por René Spitz y John Bowlby. Eran tiempos que, en general, la internación distaba mucho de ser una práctica humanizada. Escardó narró así esa situación: “En una sala había dos filas de 15 niños cada una, 15 bebitos de menos de un año, que trataban de embocar la mamadera puesta en un armazón de alambre. [...] Nadie los cuidaba, las madres solo podían visitar a sus hijos entre las 17 y las 19 horas. Ese espectáculo para mí fue terrible y decidió mi vida totalmente” (Pigna & Pacheco, 2022).

Durante la primera mitad del siglo XX se dio una importante discusión sobre las consecuencias de la internación prolongada en la niñez y la separación de la madre de su hija o hijo. Este libro recoge esos antecedentes desde las primeras décadas del siglo XX en países de distintos continentes, con posiciones a favor y en contra de la internación conjunta. Escardó y Giberti aportan una rica discusión sobre la importancia de la internación conjunta de la madre con su hijo o hija, postulando la unidad psicofísica en la niñez y poniéndola en práctica en el hospital. Esto les ocasionó la incomprensión de buena parte de sus colegas del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, que entendían a la pediatría desde la concepción mecánica del cuerpo, concepción hegemónica en la medicina científica. Esa discusión no hace más que señalar la progresiva deshumanización de la medicina científica, y este libro es una muestra más de una serie de textos que trabajan esa problemática que llega hasta nuestros días.

Eva Giberti y Florencio Escardó, además de ser dos figuras relevantes en la historia científica argentina, compartieron como pareja, durante varios años, un trabajo fecundo y crítico en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez de la Ciudad de Buenos Aires.

El rigor teórico y la firmeza ética del trabajo de Eva Giberti fue constante, al igual que su posicionamiento del lado de las víctimas y el esfuerzo por la divulgación del conocimiento. La consistencia académica y su capacidad de comunicación se articulan a lo largo de su extensa producción en temas

como violencia, niñez y adolescencia, género, familia, adopción, derechos humanos, bioética, fertilización asistida, incesto paterno-filial, transgénero y otros. En uno de los tantos homenajes que se le brindaron, decía de sí: “Yo soy una mujer del siglo XX, que fue terrible, pero también el de las grandes luchas de mujeres, nos movimos, avanzamos, fue fenomenal para las luchas de las mujeres...” y rescataba, entre sus méritos, “si algo inventé es la introducción del psicoanálisis en los medios de comunicación” (Santoro, 2019), como si fuera poco. Y tampoco fue lo único.

Comenzó su carrera docente en Clínica de niños y adolescentes. Fue la creadora y fundadora de la primera Escuela para Padres de Argentina, en el año 1957, una institución privada que, en el año 1962, se incorporó a la Facultad de Medicina (dependía del Decanato) y dictaba sus cursos en el Hospital de Niños. Estableció otras sedes en distintas provincias. Del libro *Escuela para padres* (compuesto por tres volúmenes) se publicaron 30 ediciones. La actividad de la escuela continuó hasta 1973, fecha en la cual por razones políticas (persecución de Eva Giberti) debió ser clausurada (Cámara de diputados de la Nación, 2016). Entre 1961 y 1962 se desempeñó como profesora adjunta de Niñez y adolescencia en la cátedra de Psicología evolutiva de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. En diciembre de 1964, asistió como expositora en Israel (Jerusalén) en la conferencia “El rol de la mujer por la paz” convocada por Golda Meir.

Entre 1973 y 1985, tras una pausa obligada en su labor institucional, con el advenimiento de la democracia en Argentina, retornó a la labor académica en la Universidad de Buenos Aires, con las especializaciones de Derecho de Familia y de Violencia Familiar. Fue codirectora de la Maestría en Ciencias de la Familia en la Universidad Nacional de San Martín y estuvo a cargo del Seminario sobre Adopción en la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires. Más allá de nuestras fronteras, en la Facultad de Medicina de Brasilia (Brasil), dictó Psicoanálisis con niños y adolescentes, y en La Paz (Bolivia), desarrolló un curso para técnicos dedicados a la atención de niños y adolescentes asilados o en correccionales invitada por el Ministerio de Educación. Ha integrado el Consejo de los Derechos del Niño, Niña y Adolescencia de la Ciudad de Buenos Aires, desde su creación hasta el año 2006.

Florencio Escardó tuvo una práctica sensible a la realidad social, innovador y tenaz, abrió las puertas del hospital para que los alumnos de su cátedra salieran e interactuaran con los habitantes de la isla Maciel, y conocieran el medio en el que vivían los niños y las niñas que llegaban a atenderse (Puga, 2002). Esas cuestiones, que hoy forman parte del sentido común pediátrico, por aquel entonces fueron novedosas y disruptivas. Fue presidente de la Sociedad Argentina de Escritores y miembro titular de la Academia Argentina

del Lunfardo. En 1984, recibió el Premio Konex en la categoría Letras, literatura de humor, y se lo declaró ciudadano ilustre de la Ciudad de Buenos Aires. Con los seudónimos Juan de Garay y Piolín de Macramé firmaba sus columnas de humor “Palabras sin objeto”, “¡Oh!”, “Cosas de argentinos” y “Cosas de porteños” publicadas en los diarios *Crítica*, *La Razón* y *La Nación* y en la revista *Caras y Caretas*.

Con humildad reconocía: “Soy un deudor de la enseñanza laica, gratuita y obligatoria; si mi viejo hubiera tenido que pagar mis estudios sería dependiente de tienda. El bachillerato no me costó nada, la facultad no me costó nada. Una de las grandes satisfacciones de mi vida es saber que lo di todo a mi país porque mi país fue muy generoso conmigo” (Pigna & Pacheco, 2022). A su vez, generoso con el conocimiento, no vaciló en utilizar ninguna forma que fuera útil para su divulgación: “Usé todos los medios de difusión que estuvieron a mi alcance, las revistas, los diarios, la radio, el cine, el disco, la televisión” (Pigna & Pacheco, 2022).

Florencio Escardó “un pensador solitario, poeta, escritor, periodista, actividades que significan el ejercicio de la persona”, según él mismo se describía (Puga, 2002), fue un permanente innovador, un gran divulgador (en el mejor sentido de la palabra), que dejó su huella en la cultura, en la medicina, en la pediatría. Reorganizó el hospital, donde el médico era protagonista excluyente, instalando a niñas y niños y a sus madres en el centro de las preocupaciones. Le dio lugar a la psicología, al trabajo social, a la residencia. Humanizó a la niñez, la medicina y la pediatría, contribuyendo en forma decisiva a establecer un nuevo orden que, por cotidiano, generalizado y establecido, hoy parece que nunca hubiera sido de otra forma. Fue decano de medicina y vicerrector de la Universidad de Buenos Aires. En 1976 con la dictadura militar fue dejado cesante de todos sus cargos.

Como fruto del trabajo conjunto entre Escardó y Giberti quedaron en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez diferentes espacios, como un centro audiovisual, un pabellón de psicología, una sala para terapia de grupo, una unidad metabólica, el primer laboratorio de bacteriología pediátrica, un laboratorio de microquímica y otro de isótopos. Ambos apoyaron las residencias de clínica pediátrica, que puso en marcha Carlos Gianantonio, en 1958, y crearon la residencia de psicología clínica en 1966 (Puga, 2002).

Bibliografía

Cámara de diputados de la Nación. (2016). Proyecto de Resolución, expediente 4384-D-2016: Expresar beneplácito por la trayectoria profesional de Eva Giberti, psicóloga,

psicoanalista, asistente social y profesora universitaria argentina. Recuperado de: <https://tinyurl.com/yrrcja5d>.

Pigna, F.; Pacheco, M. (2022). Florencio Escardó el médico que revolucionó la pediatría. El historiador. Recuperado de: <https://tinyurl.com/kwp7ra9y>.

Puga, T. F. (2002). Un recuerdo para Florencio Escardó. Archivos Argentinos de Pediatría, v. 100, n. 4, p. 273.274.

Santoro, S. (2019). Eva Giberti recibió un homenaje a su trayectoria. Página/12. Recuperado de: <https://tinyurl.com/366849w5>.

Capítulo 1

Ubicación del tema

La ocasión de tratar sobre hospitalismo determina la necesidad de replantear una serie de problemas de doctrina pediátrica, psicológicos y sociales que hacen, al mismo tiempo, a la madurez del pensamiento médico en general. Al intentarlo no se trata de proponer una nueva filosofía o de la introducción, en el proceso del diagnóstico, de *factores psicógenos*, que de un modo u otro presuponen la separación materialista y mecanicista de cuerpo y alma como entidades yuxtapuestas o, a lo sumo, interdependientes. Merced a una simplificación arbitraria, se piensa y se procede como si en una u otra parte del ser humano se originaran causas cuyo efecto se registrara, ya sea en una u otra de esas partes. Así, para el modo de ver corriente, el vómito matinal de un escolar es la somatización a nivel del estómago de la angustia que produce en el chico la separación del medio familiar. Si fenomenológicamente puede decirse que, en el ejemplo elegido, el estómago habla el lenguaje de la psiquis, o que la psiquis elige el estómago para expresar su conflicto, causalmente, el planteo no puede admitirse sin grave riesgo. En el ser humano, la unidad psicofísica no es causal, sino estructural; y lo que en toda circunstancia se enferma no es el organismo o el ánimo, sino siempre *la persona* en quien “lo anímico es algo exigido, por lo somático, como condición de estabilidad fisiológica y dinámica” (Zubiri citado por Rof Carballo, 1954, p. 13). Sucede que los procesos neurofisiológicos, que rigen esa condición, solo pueden ser estudiados, en todo su alcance, por métodos psicológicos.

Lo que a falta de mejor nombre se denomina medicina psicosomática, no es, en modo alguno, una medicina diferente de la clásica, ni siquiera un ángulo visual distinto para entender iguales fenómenos, sino *un punto de arribo* de la actitud médica, que se obliga siempre, y en cada caso, a tener en estricta cuenta elementos diagnósticos que antes eran soslayados o ignorados. Con frecuencia, para apreciar esos elementos tiene que recurrirse a la psicología. Empleando una terminología polémica puede, tal vez, decirse que se trata de una medicina madura, no solo en sí misma, sino en cuanto está a tono con el estado actual de la cultura. Al determinismo científico de Claude Bernard, que dio origen a la medicina científico-natural con todos sus esplendores, se

le ha sustituido la idea de posibilidad, sintetizada en el principio de indeterminación de Heisenberg¹.

La nueva medicina parte, pues, de una causación distinta de la causalidad eficiente clásica y aceptada frente la unidad estructural del ser humano; unidad a la que aborda con los procedimientos y técnicas que en cada caso le hace posible la naturaleza del fenómeno a desentrañar, pero no desdeña el abordaje porque esté obligada a echar mano de técnicas no mensurables o traducibles en mecanismos. Por lo demás, ha tomado conciencia de lo que Tristch llama las “falsas antinomias” (Mitscherlich, 1954; Portmann, 1954).

A poco de andar, ha caído en la cuenta de que esa actitud estructural no puede limitarse al individuo, sino que el ser humano se realiza en simbiosis con su prójimo, tal cual lo postulan los conceptos de George H. Mead (1953) y de Martin Buber (1949). Esa simbiosis es tan estricta, que al psicopatismo personal ha debido suceder un psicopatismo interpersonal o social, cuya expresión es el bello libro de Halliday *Medicina Psicopatista* (1961). Estas ideas fundamentales, que han impregnado el pensamiento médico, encuentran en la pediatría su expresión arquetípica, y, lo que en el adulto hay que discriminar desde un fenómeno complejísimo y desde una patogenia retrospectiva, se muestra en el niño de manera primaria y elemental. Afirma Spitz:

Ante todo puede sorprender que los sociólogos no se hayan dado cuenta todavía de que en la relación madre-hijo les es posible examinar el desarrollo de las relaciones sociales *in statu nascendi* (Spitz, 1961, p. 6).

No son necesarias muchas consideraciones para aceptar que la pediatría está obligada a manejar una unidad estructural psicofísica *in statu nascendi* y una sociedad *in statu nascendi* y que es responsable del éxito de las personas en ello comprometidas. En el curso de este trabajo trataremos de demostrar cómo un planteo parcial y organicista es capaz de distorsionar gravemente el desarrollo personal del ser humano que se le confía. Por otra parte, el problema del hospitalismo lleva al examen de otro nivel de madurez del pensamiento médico. Puede aceptarse, sin dificultades, que el concepto de la iatrogenia significa una altísima culminación ética de la profesión. Admitir que el médico puede, en cuanto tal, determinar sobre el enfermo que se le confía influencias nocivas, implica una extrema capacidad de autoconciencia y una plenitud moral nada común, puesto que lo lleva a precaver, en todos los campos de su

¹Un buen resumen puede leerse en Muzzioli (1957).

inteligencia y en todos los estadios de su psiquis, las potencialidades que, de un modo u otro, puedan perjudicar a su paciente, lo que lo obliga a una auto-vigilancia lúcida y constante. La iatrogenia inaugura un capítulo de la higiene mental profesional del más alto sentido moral. El hospitalismo representa la negación cotidiana de esa dimensión de la conducta médica, ya que realiza una iatrogenia activa que sobrepasa toda frontera personal y se constituye en una forma institucional sistemática de perjudicar al enfermo. Es en ambos parámetros, el de la inactualidad del pensamiento médico y el de la agresión institucionalizada, donde deseamos ubicar la intención de este trabajo.



Capítulo 2

Definiciones

Se entiende por *hospitalismo* a la suma de perjuicios que la persona humana (en nuestro caso, el niño) recibe por el solo hecho de permanecer internada en un hospital que tenga en cuenta su condición de enfermo, paciente o conductor de enfermedad, pero margine las determinantes de su unidad estructural bio-psico-social). Esta definición implica la paradoja de tener que definir al hospital como un sitio a donde se va a contraer una enfermedad que no se sufría antes de ingresar en él; pero no hay modo de evitarla: el concepto de hospitalismo se deduce de la existencia de un hospital que enferma. La aparición de este conocimiento debió revolucionar de inmediato la técnica hospitalaria; en cambio, en los 18 años transcurridos desde su enunciación más formal, son escasos y tímidos los pasos que se han dado en ese sentido. El concepto de hospitalismo (que tratamos aquí, aisladamente, por razones puramente expositivas) es mero párrafo del vasto capítulo del *institucionalismo* (Dubois & Leschanovsky, 1957), que comprende el efecto de las organizaciones que, como el asilo y el orfanato, albergan niños partiendo de un hecho típico y primordial: la negación práctica de todo medio familiar.

El organicismo que impregnó la medicina desde principios de siglo concibe al hospital para niños como el sitio en que este debe permanecer aislado y antiséptico; la preocupación dominante es que no adquiriera nuevas infecciones y que no pueda, de ninguna manera, transmitir la suya a otros hospitalizados. Las salas de medicina infantil se convierten en conjuntos de cajas de cristal (que se llaman antonomásticamente “boxes”), dentro de cada una de las cuales se coloca, junto con el niño, lo que el pequeño y su asistencia puedan requerir, previa y rigurosa esterilización; como todo contacto es potencialmente peligroso, estos se reducen al mínimo, y quien se acerca al paciente lo hace con ropa estrictamente esterilizada y, de ser posible, con guantes y máscara. La eficiencia de una sala de lactantes se mide por la eficacia de tales prácticas, y se cumplen, periódicamente, controles que aseguren que nadie pueda ser *portador* de gérmenes nocivos. Es bien curioso que la complacencia que el médico encuentra en esos extremos y

la seguridad de proceder científicamente, hayan podido hacerle olvidar: 1) que al hacerlo fabrica una situación totalmente artificial y antibiológica; 2) que, por lo menos en nuestro medio, ello solo se aplica a enfermos pobres, ya que en la casa ni en los sanatorios se hace nunca nada semejante; 3) que el chico, por el hecho de enfermarse, queda *institucionalmente obligado* a perder a su familia. El rigor pasteuriano, que ve en la infección, si no la única, por lo menos la más importante causa de enfermedad, impide percibir lo anómalo de la situación. Justo es decir que Pasteur mismo no hubiese pensado de ese modo; suya es la frase “el germen no es nada, el terreno es todo”. El hospitalismo consiste en fabricar un terreno propicio para “la buena salud de los microbios”.

En 1945, Spitz (1945) retoma la palabra hospitalismo y plantea con extremo rigor de observación las profundas modificaciones somáticas, psicológicas y psíquicas que produce en el niño la brusca privación de su vínculo con la madre. Traducidas a su realidad global muestran que, en hospitales perfectamente dotados de acuerdo con las más rigurosas exigencias de la técnica aceptada como la mejor, los niños prolongan estados patológicos que curan bruscamente apenas se reintegran a su hogar, evidentemente menos aséptico y antiséptico. La palabra “hospitalismo” presupone la idea de que en el hospital flota un *miasma nocivo* que no existe en la casa; la realidad es exactamente inversa: el hospital actúa patogénicamente, no por lo que en él hay, sino por lo que en él falta. El mal resulta (como en el caso de las avitaminosis) de una carencia: la carencia afectiva. *El hospitalismo es, pues, la organización institucional de la carencia afectiva*. Algo así como si se estableciera, por reglamento, que la comida de determinada institución debe estar absolutamente privada de vitamina B y luego llamáramos institucionalismo al beriberi. De cualquier manera, el término hospitalismo merece ser conservado si mantiene, en el ánimo de quien lo use, la connotación de carencia afectiva por mutilación institucional de la familia. El niño puesto en esa situación se convierte en lo que con un neologismo necesario se llama un abandoniano, lo que es diferente de abandonado y de abandonico. Abandonado significa, lisa y llanamente, dejado sin amparo alguno; abandonico es “el neurótico que considera todo y a todos, comenzando por sí mismo, desde el punto de vista del abandono vivido o temido” (Gueux, 1961, p. 13), y abandoniano, el que sufre las consecuencias del abandono. El hospitalismo es, pues, la expresión clínica del abandonismo.

Un poco de historia

Puede afirmarse que el hospitalismo es la realidad más *percibida* por la mentalidad médica y la percepción menos seguida de actos útiles y menos productiva de conceptos coherentes. Ya en 1798 Hufeland (Hufeland citado por Cremeris, 1961) había señalado la terrible realidad del asilismo:

Encontramos el más elevado y terrible índice de mortalidad humana en dos inventos de los tiempos modernos, entre los esclavos de las Indias Orientales y en los orfanatos. Entre los esclavos negros muere anualmente cada quinto y sexto, es decir, un número igual al que inmolaría una terrible peste que se abatiera sobre ellos. Y de los 7.000 niños expósitos que comúnmente ingresan en los orfanatos de París, al cabo de 10 años solo diez conservan la vida y 6.820 han muerto. ¿No es, acaso, un extremo fenómeno que la muerte reclame mayor número de víctimas allí donde el hombre se ha distanciado más de la naturaleza, *donde ha pisoteado las leyes naturales* más sagradas y *donde los primarios y más firmes vínculos han sido destruidos*? ¿Allí donde el hombre, en plena posesión de su razón, se pone al mismo nivel de los animales, donde arranca al niño del seno materno para entregarlo, impotente, a simples mercenarios...? (Cremeris, 1961, p. 13)

Repetidamente aparecen observaciones, o, mejor dicho, alusiones, al respecto, y casi no hay pediatra importante que no señale el hecho o le aplique un nombre descriptivo especial. Ya en 1918, Morquio plantea el problema con plena lucidez, y sin ambages recuerda la frase de Archambault, según la cual en los hospitales de niños no se muere de la enfermedad que se trae, sino de la que se adquiere, frase que puede hoy repetirse con nuevo sentido, y postula: “La hospitalización del niño menor de dos años debe ser considerada como un mal que debe evitarse en cuanto sea posible”, y señala claramente:

La hospitalización del niño chico será tanto más tolerable cuanto más cerca esté la madre del hijo. El ideal es el ingreso de los dos al mismo tiempo. No siempre es posible, pero en muchos casos puede hacerse, y entonces deberán darse todas las facilidades en ese sentido en la seguridad de que así se realizará una importante mejora en la asistencia. (Morquio, 1918, p. 448)

Después, la madre puede ser la cuidadora de su hijo; el niño tendrá una atención individual en condiciones insuperable la madre bien dirigida será su mejor enfermera. (Morquio, 1918, p. 448)

En una conferencia profesada el 20 de junio de 1935, el gran pediatra uruguayo reitera estos conceptos; define claramente el hospitalismo, dando absoluta valoración al factor afectivo. “Muy pocos tienen en cuenta el psiquismo del niño, particularmente cuando está alejado de la madre y debe vivir en la indiferencia y la frialdad del medio, rodeado de personas insensibles, no obstante su buena voluntad y preparación”. Reitera, luego, sus postulados de 1916: “En el cuidado y en la asistencia del lactante enfermo debe reconocerse que la madre bien dirigida no se sustituye con nada ni con nadie, salvo excepciones determinadas”. Consecuente con ese modo de pensar, en la ley de creación del Instituto de Clínica Pediátrica se consigna:

una sección destinada a hospitalización de lactantes, en cuanto es posible con las madres [...] hubiéramos deseado que la construcción se compusiera de pequeñas habitaciones independientes, donde la madre viviera con su hijo enfermo, poco más o menos, como en su propia casa. No habiendo sido posible, nos hemos adaptado a lo existente, llenando de la mejor manera aquella finalidad.

Como se ve, el gran pediatra uruguayo, además de exponer con decisión y fuerza su idea, pudo realizarla en un pequeño ámbito; pero ese ensayo ha quedado confinado a su instituto, sin trascender a toda la hospitalización del niño, ni, a lo que se sabe, ha determinado estudios comparativos. Entre nosotros, Navarro en 1931 escribe:

Creemos que no puede ser despreciable el rol que juega la ausencia de cuidados espirituales en los pobres lactantes internados. Estos débiles seres, en los servicios hospitalarios, se reducen –puede decirse– a la categoría de objetos o cosas; así como a los relojes hay que darles cuerda cada 24 horas, a los lactantes se les ofrece alimento cada 3 horas en forma mecánica (Navarro, 1931, p. 312).

En 1943, Beranger alude al problema en su tesis de profesorado con conceptos que reitera más tarde. Todos los grandes pediatras han expresado la situación del hospitalismo con términos definidos. Finkelstein la llamó “caquexia de prisión o de confinamiento”, y Marfan “hipotrepia del cuidado”.

Mac Carthy y colaboradores ofrecen interesantes referencias sobre el particular (1962, p. 603-609); informan que en 1925 el método se puso en práctica en el Hospital de Newcastle Upon Tyne, y que desde 1927 los cirujanos de Willington, Nueva Zelanda, lo adoptaron *como un medio de contrarrestar las infecciones cruzadas*, y añaden: “Estos pioneros no fueron seguidos”. El hecho de que la carencia afectiva se presente como causa deletérea sobre el niño, preocupa a los espíritus avisados. En abril de 1948, la Comisión Social de las Naciones Unidas resuelve llevar a cabo un estudio de las necesidades de los niños sin hogar; excluyendo del estudio al abandono catastrófico y circunscribiendo el planteo a “niños que se encontraren sin hogar en su país de origen”. Resultado de esa decisión es el informe que en octubre de 1950 publica el médico y psicólogo John Bowlby, director del Departamento de Orientación de la Infancia de la Clínica Tavistock, de Londres. El trabajo, conocido comúnmente como “Informe Bowlby” se titula, en realidad, *Los cuidados maternos y la salud mental* (1954). Constituye una obra fundamental al respecto. Las críticas que ha experimentado un decenio después de ser publicada, no han hecho sino confirmar su orientación y la seriedad del aporte.

En ella se encuentran algunas claras referencias al fenómeno del hospitalismo y se reúne la bibliografía básica al respecto. En 1955, el Centro Internacional de la Infancia publica, con el título “La carencia de cuidados maternos: Los efectos de la separación y la privación de cuidados maternos sobre el desarrollo de los niños pequeños” (Aubry, 1955), el informe que con la dirección de la médica Jenny Aubry redacta un equipo de pediatras, psiquiatras, psicólogos, jardineros de niños y asistentes sociales, y que constituye el primer estudio clínico documentado de la realidad inmediata del abandonismo y de su porvenir mediato. Al mismo tiempo, se imprime una película que constituye uno de los documentos más impresionantes de la historia de la medicina. En 1957, René Spitz, en su libro *No y sí* (1960), desarrolla un minucioso estudio neuropsicológico de las reacciones del abandoniano, con una lúcida interpretación semiográfica de sus síntomas; también filma una película de ejemplar valor documental. Estos tres libros bastan por sí solos para construir una estructura doctrinaria firme, pero es notable que las deducciones que emergen casi espontáneamente de sus observaciones y documentos, no impregnen el pensamiento médico ni alcancen a transformar las normas de la internación de niños. En diciembre de 1956 se realiza en París un simposio sobre hospitales de niños y se discute el problema del hospitalismo (*Revue de l'Assistance Publique à Paris*, 1957, p. 49), y aisladamente aparecen artículos sobre el tema; la revista *Técnica Hospitalaria*, de Caracas, publica un resumen de dicho debate, que pone de relieve la timidez e incertidumbre

de los pediatras importantes que en él intervienen (Lelong, 1950), y se hace notar la resistencia profunda a renovar una pauta cultural ya perimida en las conciencias. El profesor Lelong denuncia que “los actuales reglamentos no permiten en París la hospitalización de la madre más que en el caso de la necesidad de alimentación materna”, y anota: “Guthrie, en 1907 hablaba ya de hospitalismo. Los pediatras de hace veinte años eran gente bondadosa, pero hacían cosas que hoy en día no osarían hacer sus colegas”. En el conjunto del simposio solo Mac Carthy, Lindsay y Morris se animan a plantear la internación del niño con las madres y a presentar las modificaciones arquitectónicas que para ello han introducido, después de tres años de experiencia en el hospital Amersham, de Bucking, Lamshire. El resto de los asistentes se pronuncia por una vaga preparación psicológica del presunto internado y “la necesidad de un personal de enfermeras, no solamente cualitativamente y cuantitativamente suficiente, sino estable”; lo que implica pasar al lado del hecho biológico esencial: la especificidad absoluta de la relación madre-hijo. Tal desenfoque se anuncia claramente cuando se anota “habrá que prever, en cantidad suficiente, un personal reservado a los ‘cuidados maternos’ (administración de las comidas, limpieza, lactancia)”. La opinión de los pediatras está documentada en las Actas de la X Jornadas de Pediatría de 1959 en la mesa redonda sobre “Asistencia del niño hospitalizado”; Garrote, con ayuda de psicometristas documenta los hechos clásicos del deterioro que produce el hospitalismo, y el profesor Raúl Beranger expresa lo siguiente:

Y en cuanto a la internación de la madre con el niño, yo considero no indispensable la internación en ciertos aspectos, porque, *indudablemente la pequeña y rudimentaria estructura del concepto del lactante y del niño pequeño no tiene el concepto de madre*, solamente cuidadora; el niño cuidado –me refiero al niño pequeño– por una cuidadora abnegada, consciente, responsable de su misión, puede reemplazar en ese sentido, en ese aspecto, al niño, en cuanto al cuidado afectivo, pero exige responsabilidad, gran responsabilidad en su misión. (X Jornadas de Pediatría, 1959, Tomo II, p. 233-251)

Puntos de vista que contradicen los documentos de Garrote, obtenidos en el mismo hospital, pero no se distancian mucho de lo afirmado por Lelong en París.

En EEUU la situación parece ser más o menos la misma. Solnit (1960) se muestra partidario de la internación del niño con la madre; relata un caso típico de patología psicotóxica, corregida en el hospital por la observación del binomio y señala las ventajas del método. Escribe: “En el momento de

regresar al hogar el hospital representa el lugar en el que la enfermedad es mejorada, la salud promovida y donde niño y madre han podido obtener una mutua e ininterrumpida satisfacción” (Solnit, 1960, p. 160).

En fecha reciente, Rothman (1962) se muestra reacio a aceptar la acción benéfica de la madre en sí, y distingue, siguiendo a Wallgren, un viejo hospitalismo, que responde a la descripción clásica que aceptamos en este trabajo porque corresponde a nuestro medio social, y un nuevo hospitalismo, consistente en los efectos que producen sobre el pequeño las experiencias desconcertantes y dolorosas que implican para él los exámenes, las operaciones y los tratamientos, y que, según el autor, explican los graves trastornos de conducta que experimenta el niño cuando se reintegra a su casa después de una corta hospitalización. Señala que el acortamiento del tiempo de internación implica un contacto mínimo del personal con el enfermo, resultante de la brevedad de la asistencia y de la exigüidad de la comunicación del mismo personal entre sí. El artículo termina sugiriendo que “la actual rutina de un hospital moderno, más acentuada en los hospitales docentes, es actualmente la principal responsable del nuevo hospitalismo”. Lo interesante del trabajo es cómo documenta la indecisión del pensamiento médico respecto de un planteo básico, puesto que confunde el hospitalismo como situación genérica, con la deshumanización de la técnica médica, sin ver que colateralmente a esa técnica deshumanizada se puede proveer al enfermo de la afectividad que necesita. La posición de Rothman es tanto más significativa cuanto que, en el mismo número de la revista (Patton & Gardner, 1962), se publica un trabajo que, tras el análisis de observaciones clínicas muy rigurosas, sugiere que la carencia materna es capaz, por sí sola, de determinar serios retardos en el crecimiento. El artículo de Rothman no queda sin eco, en el número de abril de 1963 de la misma revista *Pediatrics*. John Willinghamby, de Boston, publica una carta, en la que afirma que “debe subrayarse que el grupo etario más afectado por la hospitalización es el comprendido entre 7 meses y 3 años. Debe sostenerse que la madre suple las necesidades emocionales de este período y esperar que el solo mejoramiento de la relación asistente –enfermera– paciente pueda atenuar el grado de hospitalismo es ignorar las necesidades del niño”. Con todo, el autor solo añade que “deben concederse ilimitados privilegios de visita, para que el niño y la madre estén juntos cuanto sea posible”.

La voz oficial la expresa, en 1960, la Academia Americana de Pediatría, en una monografía sobre el cuidado del niño hospitalizado, consagra un capítulo de menos de cuatro páginas, a las necesidades del niño hospitalizado, cuyas soluciones se limitan a prevenciones y advertencias a las familias, a la progresividad del acto mismo de la separación y a la eventual consulta al psiquiatra

("pediatra, si es posible"). Encomia las ventajas de las visitas sin horario. Cabe anotar que se trata de conceptos surgidos de un medio social en que las relaciones humanas obtienen, por educación y por hábito, gran apoyo en las normas técnicas.

El profesor Hughes de Memphis, quien desde hace más de diez años interna niños con sus madres en el hospital que dirige, expresa que "se trata de una medida cuya excelencia solo puede discutir quien no la ha experimentado" (Hughes, 1963). Bovet (1954, p. 62) informa que el profesor Plum de Copenhague también interna a los niños con sus madres en el Rig Hospital de dicha ciudad.

Si se observa panorámicamente la situación, se llega al siguiente resumen: los antiguos pediatras de fama mundial señalan todos el hecho deletéreo que significa el hospitalismo, y algunos –Guthrie, Morquio–, guiados por su propio criterio, postulan o ensayan sin ambages la internación con el niño; los *nuevos* pediatras, orgullosos de su formación organicista, *sienten* que algo grave sucede al niño hospitalizado y, mientras que unos pocos, especialmente en Inglaterra, enfrentan sin dudas la solución, la gran mayoría, reconociendo el hecho, pretende sustituir la función específica de la madre por la habilidad profesional de una enfermera renovada cada 8 horas, que todos confiesan muy difícil de encontrar tanto en número como en competencia. Por su parte, los psicólogos, con rara unanimidad y con un copioso material de observación, señalan agudamente la causa profunda del problema dando a los pediatras todos los elementos de solución que estos no se animan a encarar prácticamente.

Kanner es perfectamente claro en el capítulo "Hospitalismo" de su *Tratado de psiquiatría infantil* (1951). Jersild (1957), en su estudio sobre evolución de la afectividad, señala claramente cómo la separación brusca del niño de su madre determina la *ansiedad básica*; tal cual la ha encontrado Edelsten en 44 niños hospitalizados. Rof Carballo, en su famoso libro *Cerebro interno y mundo emocional* (1952), determina las bases neurológicas del hospitalismo producido por los reflejos condicionales protectores "que el niño utiliza para defenderse de la angustia básica que le determina la soledad afectiva; defensa que lo deja detenido en su desarrollo emocional". Odier (1962, p. 38) resume dos trabajos de Spitz de manera tan expresiva que merece ser transcrita. Comienza calificando las comprobaciones del modo que subrayamos: "Si el objeto de su investigación es completamente original, *sus resultados hacen temblar*. Con él *osemos mirarlos de frente*". Ha reunido 366 historias clínicas de lactantes, de los cuales 256 fueron observados durante períodos de 6 meses a un año y medio. Estas observaciones tuvieron lugar en tres continentes, y sus sujetos pertenecieron a tres razas diferentes: blanca, negra e india. Los medios

consistieron en siete géneros de instituciones: *la sala de lactantes*, la familia, hogares sustitutos, *maternidades*, orfanatos, aldeas indias, *casas cunas*. De un continente a otro los resultados son los mismos. En cuanto a las medidas de control, fueron radicales; concernientes por una parte al desarrollo psíquico (aplicación mensual de los tests de Hetzer y Wolf; que exploran seis sectores diferentes). Por otra parte, el comportamiento desde su aspecto objetivo (16 kilómetros de película filmada). Continúa Odier:

Dejando a un lado muchos hechos esenciales, llego al dato principal de esta investigación metódica. Este dato está consignado en tres cuadros notables, destinados a poner de relieve tres órdenes de hechos. Estos hechos se observan en *los lactantes separados de sus madres; son la consecuencia innegable de esa separación* [cursivas del original]. 1) El cociente de desarrollo se abate rápidamente, acusando su curva una caída casi vertical; en cambio se eleva instantáneamente después del regreso de la madre. Pero esta curación se opera bajo una condición: que la ausencia de la madre no haya pasado el plazo máximo de 4 a 5 meses. Más allá de los 6 meses las pérdidas son definitivas. 2) Aparición y desarrollo de una depresión. Spitz divide esos estados depresivos, según su grado, en dos grupos: los medianos y los profundos. En la depresión profunda no solamente hay retardo sino paro del desarrollo y, también, regresión manifiesta. 'En el tercer mes de la separación el niño se acuesta sobre el vientre (posición patognomónica), se desinteresa de su ambiente y rehúsa reaccionar a toda tentativa de toma de contacto'. Para romper ese negativismo absoluto, Spitz ha intentado todos los medios, sostenidos durante 3 o 4 horas; sus esfuerzos fueron siempre vanos. Tanto al final de la tentativa de conciliación como al principio, el niño lanza los mismos gritos de desesperación; no se rinde. Además rechaza toda alimentación, por apetitosa que ésta sea; la pérdida de peso va en aumento; aparece el insomnio, las enfermedades intercurrentes son frecuentes. En el cuarto mes el proceso empeora. La expresión se fija, la mímica es rígida y la mirada inmóvil, lejana [...] Estos pobres bebés, medio muertos, parecen atacados de estupor y de un estupor que recuerda la confusión mental. El nivel del desarrollo continúa en regresión y Spitz agrega: 'En nuestra opinión personal, las separaciones que tienen lugar durante la segunda mitad del primer año y que pasan de cinco meses tienen tendencia a causar daños irreversibles... tanto psíquicos como físicos'. Y, sin embargo, todos estos profundos deprimidos *estaban confiados a los cuidados de enfermeras*

diplomadas y admirablemente educadas [cursivas agregadas]. 3) En el curso de estas observaciones estudiamos también las personalidades de las madres mismas y sus relaciones con sus hijos. Descubrimos, lo que no ha de sorprender a nadie, que los resultados de la separación eran funestos solo cuando previamente las relaciones eran buenas. Cuando, al contrario, eran francamente malas y la madre detestaba o maltrataba a su hijo, los resultados de la separación consistían en una rápida mejoría del perfil de los cocientes de desarrollo. (Odiar, 1962, p. 38 y ss.)

En nuestro lenguaje diremos que en el primer caso se trataba de la "madre buena" y en el segundo de la "madre mala". A este propósito, la Tabla 1 (que no necesita comentarios) muestra una última estadística.

Tabla 1. Resultados de la separación según la relación madre-hijo previa.

	Buena (%)	Mala (%)
No hay depresión	5,5	71,0
Depresión mediana	27,0	29,0
Depresión profunda	67,5	0,0

En su estudio sobre *La angustia ante lo femenino*, Neumann (1960, p. 95), médico y filósofo, señala:

Más fundamental que, por ejemplo, el uso del fuego, que significa el primer bien cultural esencialmente humano, es para el hombre su situación psicobiológica anterior a toda cultura. La constelación dada al hombre, que lo separa del mundo animal, consiste en que el primer año de su vida, que transcurre en la relación originaria con la madre, ha de considerarse todavía como año embrionario. Esto significa que el niño, en el primer año de vida, vive psíquicamente "en" su madre, como vivía antes de nacer. Es característico de esta constelación específicamente humana que la relación interhumana como relación originaria con la madre y, por su intermedio, también con la comunidad humana a la que pertenece la madre, acuña como un factor cultural psíquico superior a lo biológico el primer período embrional del primer año de la evolución del hombre [...] La madre de la relación originaria es la base, el fundamento de la existencia infantil que, en la medida en que

es natural, existe vinculada con ella en la seguridad y sin angustia. (Escardó, 1962, p. 19 y ss)

Stone y Church (1959) transcriben de Salimbene esta referencia a un experimento llevado a cabo en el siglo XIII por Federico II:

Él deseaba descubrir qué clase de lenguaje y qué manera de hablar tendrían los niños si crecían sin hablar con nadie. Ordenó así a las madres que se encargaban de la crianza de niños adoptivos que los alimentasen, lavasen y limpiasen, pero que de ninguna manera les hablasen porque deseaba saber si ellos hablarían el hebreo, que es la lengua más antigua, o el griego, el latín, el árabe, o quizás el lenguaje de sus padres, de quienes habían nacido. Pero su trabajo fue vano porque todos los niños murieron. No pudieron vivir sin las caricias, los rostros alegres y las palabras amantes de sus madres adoptivas. (Stone & Church, 1959)

Gabriel Marcel, que es un filósofo, al tratar la integridad original del hombre con la vida, escribe:

Tal vez no se toma el trabajo de apretar bien de cerca este término amor que no puede ser reducido a una vaga efusión. Se trata de otra cosa. Me acuerdo por ejemplo que un psiquiatra de Tübingen, que había escuchado una de mis conferencias en Friburgo, me decía, en apoyo de estas ideas que acabo de exponer, que un lactante, rodeado de los mejores cuidados, en un establecimiento modelo, sufre en el desarrollo de su ser, por el hecho de estar privado del amor o de la solicitud maternal (Marcel, 1963, p. 47).

Y concluye: “¿Cómo no ver que esta frustración es precisamente un ataque a la integridad original?”(Marcel, 1963, p. 47).

Además de sus aspectos psicológicos y filosóficos, el problema prospectivo que plantea el hospitalismo ha preocupado también a psiquiatras alejados de la disciplina pediátrica. En su monografía *Aspectos psíquicos de la delincuencia juvenil* (1954, p. 62), Bovet plantea el problema con términos dramáticos:

Gracias a la rigurosa aplicación de la asepsia y la dietética, los pediatras han logrado ganar en la lucha contra la mortalidad infantil una de las más gloriosas y decisivas victorias en la historia de la medicina. Sin embargo, una serie de hechos nos obliga hoy en día a

preguntarnos seriamente si tal vez no hemos ido demasiado lejos en ese sentido, y si especialmente la práctica de la asepsia bacteriológica no ha dado por resultado lo que podríamos llamar una avitaminosis mental. [...] Sería interesante esclarecer cuanto antes y de un modo definitivo el papel que desempeñan esos factores. Si son en verdad tan importantes como nos hacen creer los trabajos actualmente conocidos, será necesario convencer a los pediatras, ya que solo así estarán dispuestos a abandonar métodos que, desde un punto de vista puramente físico, han dado resultados aparentemente brillantes. (Bovet, 1954, p. 62)

El llamado a la persuasión lanzado por el sociólogo francés en 1950 por una vía tan prestigiosa como la Organización Mundial de la Salud, que edita su trabajo, no parece haber sido oído. Todavía en el reciente número de *Pediatrics*, de 1962, dos pediatras comunican, como un hecho inhabitual, que en sus respectivos servicios reciben a los niños con sus madres.

Clínica del hospitalismo

¿Qué le sucede a un niño cuando permanece internado en una sala de hospital y es bruscamente separado de su madre? Se presenta primero un cuadro agudo muy neto y luego, poco a poco, se instalan las consecuencias crónicas. El informe Aubry y numerosos de los trabajos que aquí citamos, contienen excelentes descripciones, pero cualquier observador de la vida hospitalaria puede hacerlas con igual precisión. Lo extraño es que se trate de fenómenos que han pasado a diario bajo los ojos de miles y miles de médicos sin retener la atención de ninguno (Aubry, 1955).

Los signos de aflicción no se presentan en el momento mismo de la separación; el pequeño se deja conducir dócilmente por la enfermera y, a pesar de que puede mostrarse desconfiado, es posible tomar contacto con él; el cuadro estalla en el momento en que la madre lo atendía habitualmente (baño, comida, cambio de ropas, etc.) y en el instante en que la enfermera debe abandonarlo para atender a otros. Y adquiere dos formas: a) *la angustia con inercia*; el chiquito está postrado e indiferente, no es posible despertar su atención: llora débilmente y de rato en rato; más que llorar, lloriquea y gruñe; está quieto, silencioso y mirando al vacío. Corta contacto con los humanos; si se trata de interesarlo mira con indiferencia o rechaza el intento con aire desanimado o con un pequeño lloro. Tampoco se interesa por los demás chicos, ni por nada que pase a su alrededor. A muy poco andar y en breves días, su

estado motor retrocede netamente, así como la resistencia física (las diarreas, los vómitos, las anginas, las piodermitis son la regla, y se atribuyen clásicamente a las infecciones cruzadas). El apetito suele conservarse, pero algunos aparecen con anorexia de grado variable que puede revestir aspectos dramáticos. Las visitas de los padres lo reaniman solo al fin de la entrevista que comienza de parte del chico con una indiferencia que apena a la familia; b) *la angustia intensa con llanto*; el chiquito llora y grita continuamente; sus accesos de llanto son entrecortados por fases de agotamiento, durante las cuales se desploma en la cama. El llanto es permanente y puede durar días enteros sin interrupción; no hay halago o caricia que lo calme.

El informe Aubry señala que los sentimientos expresados ante el abandono son de rabia, miedo y angustia. En algunos casos, la angustia se traduce por signos atenuados, no ruidosos, y el niño vive más o menos tranquilamente la vida de hospital en una aparente adaptación; está tristón pero no desesperado; la observación profunda muestra que si bien toma contacto con médicos y enfermeras, las relaciones son pobres y superficiales. Un corto número de chicos parece adaptarse bien y mantiene su buen humor, su sonrisa y su comunicación con el medio.

Los síntomas no desaparecen automáticamente con el retorno del niño a su hogar, y a veces surgen violentamente en los chicos que en el hospital parecían bien adaptados. La *sensibilidad al cambio* se presenta como una característica de todos los abandonianos de cualquier grado. En numerosas ocasiones la enfermedad que motivó la internación se agrava considerablemente al volver a la casa; la medicina clásica lo atribuye a que reinciden las malas condiciones higiénicas. Está permitido pensar que, más bien, la peoría traduce el choque emocional. La contraprueba reside en que una consecuencia de la internación con las madres es la drástica disminución de los reingresos.

A poco que se prolongue la estada en el hospital, un buen número de chicos va cayendo en los cuadros que se han comprendido bajo el rubro genérico de distrofia; del que deben destacarse tres aspectos: 1) *Las infecciones repetidas*; no nos detendremos en ellas puesto que forman parte de las más clásicas adquisiciones pediátricas y han centrado desde siempre la encarnizada preocupación de la medicina hospitalaria, que ha querido prevenirlas desde la sistematización de tipo quirúrgico (blusas, gorras, botas, guantes, individualización de equipos y utensilios, *boxes* cerrados) hasta la aplicación sistemática y profiláctica de antibióticos a todo internado, pasando por la desinfección del ambiente con rayos ultravioleta o nebulizaciones periódicas. Si bien reconocemos que el auge innegable de las estafilococcias ha prestado nueva actualidad al planteo bacteriológico, no vacilamos en calificar de maniática la persecución de los gérmenes, que, en primer lugar, ha

dado siempre resultados muy relativos y, en segundo, no se aplica jamás a los niños enfermos en su domicilio, ni a los internados en sanatorios o clínicas privadas. 2) *La detención del desarrollo*; poco a poco el chico pierde, como si las olvidara, las adquisiciones motrices que había alcanzado; deja de crecer en forma global: peso, talla, circunferencia cefálica, lenguaje, motricidad y adaptación social se detienen. Con frecuencia, el niño totalmente indiferente a las sollicitaciones del exterior adquiere rigidez en la expresión facial; gime débilmente y no responde a la aproximación del observador o lo hace con movimientos cefalógiros, sobre cuya etiología Spitz (1960) ha consignado observaciones definitivas. 3) *La atrofia psíquica*; si el hospitalismo se prolonga, el pequeño pierde poco a poco interés en el contacto con el mundo exterior; su nivel de percepción disminuye notablemente, la expresión facial se hace nula, se apaga en él toda iniciativa y deja de responder a las estimulaciones personales y generales. Tirado en el fondo de la cama, incapaz de cambiar por sí mismo de posición, enflaquecido y pálido, con las córneas opacas, y escaras en los talones y en el sacro, constituye una de las imágenes más tristes que puedan darse; a lo que los antiguos llamaron marasmo, y Schweizer (1941), disontia, queriendo significar con el vocablo la desintegración del ser. El punto de vista psicodinámico ha señalado en ese atréptico que preocupa a la pediatría desde Parrot una progresiva y profunda desintegración de la personalidad.

Luego la medicina del niño se empeña desesperadamente en el hospital por restituir a la normalidad a esos mismos seres cuya destrucción es obra del hospital mismo.

El informe Aubry resume así sus observaciones:

Los trastornos del desarrollo y de la conducta de los niños privados de cuidados maternos derivan casi todos de una misma causa: una alteración de la capacidad de establecer intercambios afectivos normales con otros seres humanos, precisamente a la edad en que el niño no puede desarrollarse y adquirir su autonomía si no es con la ayuda del adulto que se ocupa de él; *toda observación psicológica debe, pues, centrarse sobre el estudio de las relaciones humanas del chico* [la cursiva es nuestra]. (Aubry, 1955, p. 90)

Los trabajos de Spitz y de Aubry se ilustran con sendas películas de gran valor documental, pero que en última instancia registran escenas que han pasado durante años inobservadas a los ojos de miles de espectadores.

La edad del niño tiene gran importancia en el establecimiento del síndrome:

Antes del año la carencia ataca profundamente la estructura psíquica de un niño y las lesiones amenazan ser irreversibles. Entre un año y cuatro años provoca también trastornos graves, y es tan solo a partir de los 5, 6 ó 7 años cuando el desarrollo intelectual y físico se prosigue de un modo más o menos normal; el desarrollo afectivo permanece perturbado por la carencia si se produce antes de la pubertad. (Aubry, 1955, p. 90)

Como se ve, la hospitalización del lactante representa el peligro mayor. Esta conclusión advierte sobre la trascendencia de las lesiones, que para la mayoría de los autores son definitivas o cuando menos exigen una psicoterapia tan prolija, prolongada e intensa que se torna imposible en relación con el número de carenciados que se fabrican a diario en hospitales, asilos y orfanatos.

El contacto niño-mundo (en situación de hospitalización) posee características propias. El niño transcurre sus horas entre una revisión y otra, entre una mamadera y otra, y en el ínterin, permanece acostado en su cuna sin posibilidad de recibir estímulos nuevos y sin ejercitación de sus sentidos y de su motricidad.

Recordemos que se encuentra en la fase que Piaget califica *sensorio-motriz*, dentro de la cual pueden enumerarse seis estadios que responden a las distintas actividades del niño y a su relación con los objetos que lo rodean; recordemos también que Piaget caracteriza este momento llamándolo de la *inteligencia sensorio-motora*, y sostiene que antes de que “el niño empiece a hablar es capaz de actos de inteligencia propiamente dichos. Los actos de inteligencia de la primera fase dependen de la coordinación de los movimientos y las percepciones” (Piaget & Inhelder, 1960, p. 261).

Podemos suponer que existirá una diferencia entre la evolución de la inteligencia sensorio-motora de un chico que permanece horas a solas consigo mismo en su cuna y la inteligencia sensorio-motora de un niño criado normalmente al lado de su madre. Esta suposición se basa en los mismos postulados de Piaget:

Ya en el campo cerrado de los mecanismos regulados hereditariamente, surge un principio de asimilación reproductor de orden funcional (ejercicio), de asimilación generalizadora (extensión del esquema reflejo a objetos nuevos) y de asimilación reconocitiva (discriminación de las situaciones). En ese contexto ya activo vienen a insertarse las primeras adquisiciones en función de la experiencia [...]. Pero importa advertir que la extensión del esquema reflejo por la

incorporación del elemento nuevo determina por eso mismo la formación de un esquema de orden superior (el hábito como tal), en el cual se integra el esquema inferior (el reflejo). (Piaget, 1955, p. 130 y ss)

Las primeras adquisiciones resultantes de la experiencia están en relación directa con la experiencia por la cual atraviesa el niño, y cuanto más tiempo transcurra encerrado entre los límites de su cuna, sin contacto con otras personas, particularmente sin relación afectiva con la madre, menor será la cantidad y la calidad de las experiencias vividas. Parece evidente que la formación de un esquema de orden superior resulta de la incorporación de elementos nuevos al funcionamiento del reflejo.

Si enfatizamos acerca del valor de la percepción y de los esquemas sensorio-motores, es porque los últimos trabajos de Piaget, particularmente *La genèse des structures logiques élémentaires* (1959), muestran la relación de ambas instancias con el desarrollo del pensamiento lógico. Estudia la génesis de la lógica en el niño (categorías lógico-matemáticas) a partir de objetos discontinuos, sus relaciones y clasificación por medio de distintos momentos de la inteligencia, comenzando por esta fase de la sensoriomotricidad. Y parte de la coordinación de acciones sensoriomotoras para establecer la evolución del pensamiento lógico.

Es la percepción la que facilita los elementos para construir clases lógicas (aunque no las construya) y es a través de ella como se establecen las primeras relaciones (no de clases) simétricas y asimétricas. Y es a través del esquematismo sensorio-motor como se realiza la coordinación de comprensión y extensión que permite la clasificación perceptual (recordemos que el esquematismo sensorio-motor constituye un sistema de percepciones y movimientos, ya que el niño no percibe objetos y movimientos separadamente en los primeros estadios de esta fase).

De manera que no resulta demasiado difícil comprender la sistemática degradación del rendimiento intelectual de los niños que han sido criados en hospitales y asilos, separados de sus madres, carentes de alimentos afectivos y cognitivos.

Si bien no podemos aceptar apriorísticamente esta relación: inteligencia sensorio-motriz lesionada = disminución de rendimiento posterior, podemos señalar que el desarrollo de la inteligencia está vinculado, desde sus comienzos, con la percepción y los esquemas sensorio-motores, que son los primeros en acusar la presencia del hospitalismo: detención del desarrollo, pérdida de las adquisiciones motrices, indiferencia ante las solicitaciones del exterior, falta de respuesta a la aproximación del observador, disminución

del nivel de percepción, falta de respuesta a estimulaciones generales y personales.

Al respecto dice Piaget en *Les relations entre l'affectivité et l'intelligence dans le développement mental de l'enfant*:

...allí donde observamos un retardo anormal, un retardo profundo, en estos casos extremos de hospitalismo, existe una perturbación del motor afectivo de la conducta, y al mismo tiempo, un trastorno de todas las estructuras cognitivas. Pero se trata de un retraso de la personalidad entera, falta de alimentos afectivos y también de alimentos cognitivos, ya que ellos constituyen una unidad y que el objeto más interesante es al mismo tiempo el más excitante desde el punto de vista cognitivo. Carente de alimentos, la personalidad sufre un retraso general. En otros casos habrá una evolución normal o avance general a causa de una situación afectiva normal o especialmente privilegiada. Podemos decir, en todos los casos de retardo, que la estructuración cognitiva (perceptual, intelectual, etc.) no se realiza si falta el interés, carente de móviles afectivos. (Piaget, 1962, p. 68)

Continúa Piaget exponiendo su punto de vista acerca de la relación entre afectividad e inteligencia, y a pesar de su posición con respecto al funcionamiento de ambas, no duda en coincidir con Spitz en lo que se refiere a los trastornos de personalidad producidos por la hospitalización del niño.

Trascendencia del problema

En su último párrafo dice el informe Aubry:

Para terminar, insistimos sobre la importancia del problema de los niños carenciados. Hemos mostrado que la carencia altera la capacidad del niño para establecer relaciones humanas. Cuando llegue a adulto, el niño carenciado tendrá, muy probablemente, dificultades en sus relaciones interpersonales; por ello tiende a ser inestable en el trabajo, a no poder fundar un hogar armonioso y, por fin, a carenciar a sus propios hijos. Protegiendo a un niño contra la carencia se mejora su destino y quizás el de las generaciones futuras. (Aubry, 1955, p. 90)

Ante la seriedad del planteamiento se tiene la tendencia a pensar que una rápida provisión de cuidados maternos puede contrarrestar la gravedad del cuadro, pero no sucede así: Bender (1947) afirma que, una vez nacido el defecto, no hay modo de corregirlo, “de manera que renunciando a la curación o a la corrección hay que resignarse a lo mejor que pueda hacerse como protección o dependencia, lo que significa aceptar como inevitable el invalidismo psicosocial” (Escardó & Giberti, 1961). La gravedad y la trascendencia de estas comprobaciones justifican la airada exclamación de Bowlby: “Los niños privados –ya sea en sus propios hogares o fuera de ellos– son una fuente de infección social, tan real y grave como pueden serlo los vectores de la difteria o de la fiebre tifoidea”.

Spitz, citado por Odier (1962), es más preciso al respecto:

Felizmente la curación de esta melancolía es inmediata si se devuelve el bebé a su madre. Las consecuencias de esta internación son de tal manera sorprendentes que es preciso haberlas visto para creerlas. Saliendo de su marasmo, el niño recupera su vitalidad con una rapidez espectacular. El cociente de desarrollo se restablece y no tarda en alcanzar un nivel superior al que se habría observado antes de la separación. (Odier, 1962, p. 950 y 973)

Cabe recordar que esta recuperación solo se obtiene cuando las internaciones han sido cortas y que después de 5-6 meses las pérdidas son definitivas. Endara (1963), en un buen resumen sobre el problema, señala las condiciones de recuperación y de destrucción de la personalidad del abandoniano.

La solución

La importancia del problema obliga a una solución categórica: la reforma del sistema de hospitalización del niño de toda edad, pero muy especialmente del lactante. Algunos autores lo han señalado con noble apasionamiento, especialmente Spence citado por Bowlby (1954). La primera medida consiste en dejar a los niños en su hogar cuanto más sea posible:

La decisión de confinar a estos niños [el autor se refiere a enfermos de tuberculosis abdominal, inmovilizados con aparatos ortopédicos y crónicos que necesitan observación y exámenes] en hospitales por largos períodos es tomada con demasiada frecuencia y demasiado a la ligera. (Bowlby, 1954)

La llamada hospitalización a domicilio tiene ya dadas pruebas valiosas y nuestros colegas chilenos tienen buena experiencia al respecto (Mardones, s.f). Otro recurso consiste en que los padres acompañen al niño al hospital el día de su internación, lo desnuden y acuesten y no lo abandonen hasta que estén dormidos; así como también en que las visitas paternas sean frecuentes, elásticas y fáciles.

Se ha visto que el señalar horas fijas para las visitas era un error. Es preferible aconsejar a las madres que se presenten con frecuencia y a cualquier hora, aprovechando por ejemplo las salidas para ir de compras, y que permanezcan breves ratos, durante los cuales se les permitirá ocuparse de la comida y del baño de los hijos y obsequiarlos con algún regalito.

También se ha propuesto hacer menos rígida la disciplina interna de las salas, dejando que todo niño que pueda hacerlo permanezca levantado o, si se trata de lactantes, en brazos de personas voluntarias que presten ese tipo de asistencia afectiva y emocional. Otros como Mac Carthy reservan la compañía materna a aquellos niños que padecen ceguera, encefalopatías o debilidad mental, práctica que ejerce desde 1953. Algunos cirujanos admiten que la madre acompañe a su niño el día de la operación; otros extienden la prerrogativa al día del ingreso. Señalemos desde ya que estos sistemas tienen el grave inconveniente de que el niño solo, al ver que en la cama próxima hay otro que disfruta de la compañía materna, no solo agudiza su soledad, sino que, con harta frecuencia, padece de síntomas que atraen hacia él la especial atención de las enfermeras. Todos los autores están de acuerdo en evitar cuanto más sea posible la hospitalización del chico, de la cual Morquio dice que “debe ser considerada como un mal y evitarse en lo posible”. Pero, dentro de su energía doctrinaria, tales planteamientos no representan sino paliativos y modos de soslayar la raíz del problema y se suman a las barreras y desviaciones que retardan un encaramiento eficaz y decisivo.

La única solución seria y real es la internación lisa y llana del niño con su madre. Así lo hemos hecho sin ambages desde hace más de cinco años en el servicio a cargo de uno de nosotros de la Sala 17 del Hospital de Niños de Buenos Aires, sede de la Cátedra, Spence lo ha cumplido ya desde 1947.

He trabajado –escribe– sobre esta base durante largos años y estimo que el sistema es parte indispensable del arte de enfermería en un servicio de asistencia a la infancia. La inmensa mayor parte de los cuidados de enfermería a la infancia los dan las madres en sus propios hogares. El método no es adaptable a todas las enfermedades, pero resulta beneficioso para todos los niños de menos de tres años. (Hufeland citado por Cremeris, 1961, p. 13)

Resulta increíble observar hasta qué punto el prejuicio y la suficiencia médica pueden haber cerrado los ojos a una evidencia tan notoria. Claro está que los hospitales de nuestro medio no han previsto la presencia de la madre, pero su instalación no ha requerido, en nuestra prolongada experiencia, mayores preparativos. Una dotación suficiente de delantales y cofias y una silla de playa para el reposo nocturno, plegada de día en un rincón cualquiera. Eso es todo; las comidas o se efectúan en un refectorio común o, si el hospital no la provee, la aportan los familiares y la madre la consume en el *hall* o en la sala de espera; el servicio se organiza pronto como una familia; la habilidad y el tacto del personal técnico resuelven, como en cualquier otro caso, los problemas de convivencia, colaboración y disciplina imprescindibles. Sería ocioso describirlos o prescribir una técnica; la presencia habitual de la madre transforma muy pronto el hospital en una parte real y activa de la vida comunitaria.

Las ventajas son obvias y casi no requieren ser descritas. Spence anota:

La madre vive en el mismo cuarto que el niño, y los períodos en que ella no está son cortos, porque una madre apenas si tiene necesidad de sueño cuando su propio hijo está gravemente enfermo. Ella se ocupa de alimentar al niño, de prodigarle cuidados, de mantenerlo en la posición más cómoda, ya sea en el regazo o en la cama. La supervisora y la enfermera están disponibles para ayudar y dar el tratamiento técnico. Las ventajas de este sistema son cuádruples. Es ventajoso para el niño. Es ventajoso para la madre, la que, después de haber pasado por esta experiencia y haberse sentido responsable del retorno de su hijo a la salud, se encontrará más ligada al niño y más segura de sí misma, cosas ambas que son de buen augurio para el porvenir. Es ventajoso para las enfermeras por ser mucho lo que puede enseñarles el contacto con madres dignas de ese nombre, no solo sobre el modo de tratar al niño, sino sobre la vida misma en general. Es ventajoso para los demás niños hospitalizados, a los cuales las enfermeras pueden dedicar más tiempo.

Comprendemos que la técnica científica exige establecer resultados evaluables objetivamente; nuestra experiencia de cinco años no puede ser expresada en cifras; pero sí es posible determinar algunas situaciones claras.

Al hacernos cargo del servicio, en 1956, el término medio de tiempo de internación era de 23 días; en marzo de 1963, hemos alcanzado el de 7 días para los lactantes y el de 12 para la segunda infancia. Claro está que en estos resultados se conjugan diversos factores, todos decisivos: servicio médico

permanente de residencias hospitalarias; laboratorio clínico y radiología con igual ritmo; contra-visita médica a las 17 horas; eficiencia absoluta del control bacteriológico de aplicaciones de antibióticos; ionogramas de realización inmediata; etc.; pero no puede descartarse el valor de la asidua presencia materna habitual, traducida en los siguientes hechos: limpieza continua y ocasional del pequeño; alimentación a hora fija y control de lo aceptado e ingerido; vigilancia horaria del cumplimiento de las indicaciones (cada madre se constituye automáticamente en vigilante de lo indicado en el cuadro de prescripciones); igual planteo frente al residente; informe de las alternativas del estado general del pequeño las 24 horas; aprovechamiento por el residente de las horas más cómodas y oportunas para el interrogatorio biográfico y familiar; contacto personal y constante del tratante con la madre, con las ventajas técnicas que depara tal conocimiento; educación de la madre sobre reglas higiénicas en la preparación de los alimentos y en el modo de la administración de remedios. En resumen: cada niño tiene una enfermera personal y para sí solo; lo que de ninguna manera puede obtenerse en el hospital mejor dotado. Hay, además, otra razón para que la internación con la madre acorte el tiempo medio de permanencia del chico en el hospital; con el sistema clásico el aviso de alta, transmitido por el correo o por el servicio social, tardaba un tiempo en ser recibido por la familia y en determinar en ella la decisión de reintegrar el niño a su seno: con frecuencia las altas notificadas al fin de la semana eran postergadas hasta el lunes y con igual frecuencia ese día el niño estaba “reinfestado” según la antigua nomenclatura. Con el actual sistema, apenas formulada el alta, la madre tiene el mayor interés en abandonar el hospital y en regresar a su casa, donde, por otra parte, su presencia es reclamada.

Como se establece una corriente fluida entre la casa y el hospital, el retorno al hogar se constituye en una tendencia positiva, y en la valorización del hospital; “el hogar –escribe Solnit– representa el lugar donde la enfermedad se inició y donde puede repetirse. La preparación para el reintegro al hogar es parte integrante del trabajo con la madre y el niño” (Solnit, 1960, p. 155-163).

Como resultados concretos podemos enunciar dos: la ausencia absoluta de toda forma de abandonismo proveniente del hecho mismo de la hospitalización, y la disminución, casi la desaparición, de las infecciones cruzadas. Mac Carthy, Lindsay y Morris (1962) informan igual resultado y anotan cómo la decisión de internar a los chicos con sus madres fue adoptada en 1927 por cirujanos neozelandeses como un medio de evitar las infecciones cruzadas. Atribuimos este resultado a la prohibición absoluta que se impone a cada madre de atender a cualquier niño que no sea el suyo; de ese modo la enfermera pasa rarisísimamente de un enfermo a otro sin intervalo y tiene tiempo sobrado

para proceder a la higienización de sus manos, puesto que cada niño está ya atendido en lo inmediato. También es rigurosa la prohibición impuesta a las madres de intercambiar o prestar utensilios, ropas, juguetes o revistas. Un “egoísmo organizado” preside la gestión materna dentro de la sala; antes de preparar o administrar el alimento, la mujer debe higienizar muy prolijamente sus manos; es tarea de la supervisora y del residente vigilar que ello se cumpla. Como la renovación de las madres es paulatina, la que ingresa encuentra ya establecida una rutina a la que se incorpora fácilmente, y que aceptan, por lo general, sin dificultades. Apenas la convalecencia lo permite, la madre sale al jardín con su niño en brazos y permanecen fuera de la sala todo lo más posible, con indudable beneficio para la salud física y psíquica del pequeño.

Por razones de higiene psíquica, es importante que las madres no permanezcan ociosas. Se les asignan por equipos tareas de limpieza, acomodo, lavado, planchado, preparación y distribución de alimentos, que cumplen de buen grado, no solo porque con ello rompen la monotonía del sistema de vida, sino porque comprenden que así colaboran con el establecimiento que se ocupa de curar a su hijo. Ello significa notorias ventajas materiales para el hospital. Las visitas de otros familiares se permiten durante todo el día, y no las recibe el niño, sino la madre fuera de la sala; si el estado del pequeño lo tolera, ella lo lleva en brazos para ser visto por los parientes; las visitas del padre, a la hora que más convenga a sus tareas y ocupaciones, contribuyen en mucho a la estabilidad anímica de la mamá. Si así sucede habitualmente en la casa (de otro modo, no) se permite que la mamá sea sustituida por un tiempo por la abuela o la tía del pequeño.

Algunos autores preconizan el manejo de las madres en grupos por psicólogos expertos, y cabe esperar buenos resultados de ello. Sin embargo, tal medida no siempre es andadera, en primer lugar, por el corto número de días que la madre queda en el hospital y, luego, por el estado de angustia que le provoca su niño grave. Por otra parte, las madres han sido utilizadas como material de encuestas o investigación para fines científicos por nuestro equipo de psicólogos, pero de modo regular son tratadas como madres corrientes por el médico del niño. Se ha establecido como fruto de la práctica que los datos sobre el estado del pequeño y los informes sobre las alternativas de la enfermedad solo sean proporcionados a la madre por el médico encargado del hijo y por ningún otro; esta prohibición alcanza también a los médicos de mayor jerarquía; la observación nos ha mostrado que pequeñas diferencias de apreciación o de adjetivación tienden a despertar inquietud en las mujeres que tienen fácil ocasión de interrogar a cada médico o estudiante que se les acerque. Ello implica una educación genérica en la discreción de todo el personal técnico y en especial de los estudiantes; sirve para tomar conciencia

de la posibilidad iatrogénica del lenguaje médico. Desde el punto de vista técnico y docente, la internación con la madre cambia fundamentalmente la clásica situación hospitalaria: tanto el médico como el alumno se ven obligados a reconocer, manejar y tratar al binomio madre-hijo, del que tanto se ha escrito y formulado pero del que la hospitalización habitual es la negación institucionalizada.

Con alguna frecuencia los psicólogos del servicio se ven obligados a tratar a la madre cuando ésta genera una situación psicotóxica; diagnóstico y tratamiento, en absoluto imposibles sin la internación de la madre. El hospital de lactantes clásico pasa ciego al lado de la patología de la familia.

En el servicio a cargo de uno de nosotros la permanencia de la madre con niño no solo es un hábito; es una condición. Dicho de otro modo, salvo en casos de orfandad, no se admiten niños solos. Consecuencia de ello es la desaparición del abandono prolongado o definitivo que se registraba antes del sistema. Es bien sabido cómo, en nuestro medio, mucha madre soltera o simplemente rechazante usaba el hospital como “torno”, puesto que la misma organización institucional se lo facilitaba. No era nada raro que una madre débilmente vinculada a su hijo lo dejase en *depósito* en el hospital durante semanas y meses, tras los cuales el establecimiento, que había empleado una enorme energía en buscar a la madre por medio del Servicio Social o de la policía, y ya convertido en orfanato, enviaba el niño a un asilo, consumando así una obra de abandono que tenía principio en su propia estructura antifamiliar.

Las objeciones y la resistencia

Bowlby escribe estas palabras:

Es cierto que eminentes pediatras de muchos países –entre ellos, Debre en Francia; Wallgren en Suecia; Bawkin y hasta su muerte Aldrich en los Estados Unidos; Spence y Moncrieff, en Gran Bretaña– reconocen la existencia del problema, pero la obra de reforma sigue, de todos modos, muy rezagada. Más grave aún, algunos pediatras siguen sin haber adquirido conciencia de la importancia del asunto.

La información bibliográfica que aquí se cita y la información directa² que hemos recogido empeñosamente; permiten afirmar que solo una ínfima minoría de pediatras (tal vez no lleguen a la docena) ha enfrentado y resuelto el problema.

En verdad, existen todas las bases técnicas y teóricas que abonan la imprescindibleidad de no separar al niño enfermo de su madre; los conocimientos sobre la diada, el acuñaamiento, la urdimbre afectiva, las enfermedades psicotóxicas y la carencia de cuidados maternos son serios y bien establecidos (Rof Carballo, 1961); pero, además, se trata, primero, de un problema humano y de buen sentido; solo por crueldad puede privarse a un niño de su madre en el momento en que más la necesita y en que más útil puede serle. Por supuesto, esto no significa una ingenua consagración sentimental de la maternidad por sí misma como fuente automática de beneficios psico-afectivos. No desconocemos ni marginamos los caracteres negativos de una madre hostil, rechazante, sobreprotectora perfeccionista o inmadura; pero sí afirmamos que una mala madre es mucho mejor que ninguna madre, que cualesquiera sean sus defectos su presencia junto al niño es beneficiosa y su ausencia deletérea, y que, si es capaz de engendrar situaciones psicotóxicas, la internación da precisamente el motivo para reconocerlas y tratarlas. A la hospitalización del lactante hemos sustituido la de la unidad biopsíquica madre-niño con todas sus realidades. Los trabajos de Spitz, comentados por Odier y citados más arriba (Odier, 1962), revelan cómo en algunas circunstancias la separación del niño de una *mala madre* puede resultarle más beneficiosa que su permanencia junto a ella; pero, en primer lugar, los mismos trabajos muestran que numeralmente la frecuencia de tales madres es escasa y, en segundo lugar, ¿cómo puede la pediatría hospitalaria reconocer y tratar los efectos de una *madre mala* en el estado del niño si comienza por excluir a toda madre, como si supusiera que siempre es mala? Por lo demás, la no internación del niño con su madre en los hospitales significa la concreta violación de los famosos Derechos del Niño, aprobados y proclamados, por unanimidad, por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 20 de noviembre de 1959. Tal declaración, dice en su principio N° 6:

²Hay que añadir el Servicio de la Cátedra de Pediatría de Montevideo *Profesor Euclides Peluffo*, en el Hospital Pereira Rossell, que cuenta con instalaciones adecuadas para la internación de la madre con el niño, pero la práctica no está extendida ni a otras salas del mismo hospital ni a otros hospitales de la ciudad. Otro tanto pasa entre nosotros.

Siempre que sea posible, deberá crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y, en todo caso, *en un ambiente de afecto* y de seguridad moral y maternal; *salvo circunstancias excepcionales, no deberá separarse al niño de corta edad de su madre.*

Cabe preguntarse si la hospitalización es una circunstancia excepcional, pero como el principio N° 1 dice:

El niño disfrutará de todos los derechos enunciados en esta Declaración. Estos derechos serán reconocidos a todos los niños sin excepción alguna ni distinción o discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, opiniones políticas o de otra índole, *origen nacional o social, posición económica*, nacimiento u otra condición, ya sea del propio niño o de su familia.

Puesto que –por lo menos, entre nosotros– el niño hospitalizado sin su madre es solo el niño pobre, el principio N° 6 no se aplica en violación del principio N° 1. El subrayado que hemos puesto a los conceptos correspondientes muestra una vez más cuán inútiles (y, en consecuencia, írritas) son las declaraciones que no reposan sobre un estado de conciencia comunitario. En la práctica, la no aceptación de un planteo categórico del problema del hospitalismo, adquiere un carácter complejo; se empieza por no conocer el valor de los documentos básicos y de la grave acusación que significan.

Quizás –escribe Bowlby–, la resistencia a aceptarlas obedezca a la idea de que su acogimiento implicaría cambios de extraordinario alcance en la concepción de la naturaleza humana y en los métodos de atención y cuidado de la infancia; otro factor todavía activo, reside en el hecho de que ni los gobiernos, ni las instituciones sociales, ni el público están tan convencidos como debieran de que el amor maternal en la infancia y la niñez es de tanta importancia para la salud mental como lo son las vitaminas y las proteínas para la salud física. Esta falta de convicción tiene dos raíces: una emotiva y otra intelectual. Se encuentra este prejuicio arraigado, con frecuencia, en personas intensamente preocupadas por la pretendida incapacidad de los padres, y animadas del prurito, a veces inconsciente, de demostrar su superioridad para asumir obligaciones paternas.

En el terreno consciente, las objeciones no resisten el análisis; se pregunta, en primer término, qué será de los otros hermanos mientras la madre cuida

al enfermo en el hospital. Este argumento ha sido usado, entre nosotros, por Beranger, en su tesis de 1943, en la que propone el nombre de “hogarismo” al presunto daño que podrían sufrir los niños abandonados en su casa mientras la madre está en el hospital. Es curioso que nunca se haya hecho objeción semejante para la igual situación, determinada cuando la madre va a la maternidad a tener familia; los niños que quedan en la casa están sanos y en su ambiente habitual, alguien siempre acude a mantener la vida hogareña y ningún niño está abandonado si está en su casa; además, saben dónde está la madre y qué está haciendo, y no es floja la enseñanza de moral social que surge de que la mamá está asistiendo al hermano más necesitado. Por lo demás, nada impide que la vayan a visitar al hospital ni que tengan frecuentes noticias de ella, por el padre o el familiar que la visita; todo pediatra permite, sin mayores escrúpulos de conciencia, cortas ausencias de la madre. En nuestro concepto, la objeción constituye una mera racionalización de la resistencia a aceptar el hecho de fondo: que la madre se interne con su niño. Luego se esgrimen los inconvenientes prácticos de la introducción de la madre en el hospital: que son rateras, chismosas, enredadoras e indisciplinadas. Entre nosotros es también Beranger (X Jornadas Argentinas de Pediatría, 1959) quien se hace el campeón de estas objeciones y lo hace en términos que vale la pena analizar:

Y en cuanto a la permanencia de la madre, tiene sus ventajas y tiene sus inconvenientes; las ventajas, por colaborar con un personal insuficiente; pero los inconvenientes de que suelen ser un poco peleadoras crean situaciones graves de grandes inconvenientes, reclaman para su hijo exclusiva asistencia, prescinden de la asistencia de los demás; de manera que no hay mucho entusiasmo en la necesidad de que la madre permanezca. (X Jornadas de Pediatría, 1959, Tomo II, p. 233-251)

Veamos de cerca estos postulados. Toda madre reclama asistencia exclusiva para su chico. Si sucede en clientela privada, llamamos a eso *laudable celo*. También debe llamarse así en el hospital, ya que su fruto es la vigilancia que cada madre ejerce, de modo inmejorable, sobre la asiduidad y cumplimiento del personal de enfermeras y auxiliares. Todo jefe de servicio debe celebrar esa posibilidad. Nuestra práctica nos autoriza a decir que esos inconvenientes, que en verdad existen, son menores y que se resuelven con orden, vigilancia, y sobre todo, con la creación de un ambiente solidario, que se crea fácilmente; la presencia de la madre torna, casi automáticamente, al hospital en una muestra de la comunidad afligida por una desgracia común.

No puede negarse que, a veces, se hace preciso corregir y aun excluir a una mujer inadaptable, pero ello forma parte de la patología familiar del niño que el médico está obligado a asumir. No falta el teórico sanitarista que argumenta que el hospital no está preparado para recibir madres; tampoco lo estaba hasta hace poco para recibir médicas; esperar a que se construyan nuevos edificios con un nuevo criterio para evitar el hospitalismo, equivale a empecinarse en no hervir el agua séptica hasta que se construyan obras de salubridad. Por lo demás, las modificaciones que son necesarias para aceptar a las madres son mínimas y fáciles de realizar. La resistencia se personaliza también en las enfermeras y asistentes, para quienes la presencia de la madre se constituye en un inexorable control que no permite ni negligencias ni omisiones ni soslayamientos en el cumplimiento de las indicaciones; también suelen provenir de los viejos médicos habituados a disponer del *caso* sin tener que dar cuenta cotidianamente a nadie de sus disposiciones e intenciones. La primera consecuencia de la presencia materna es la seguridad que tiene el médico de que sus indicaciones han sido cumplidas; madres y enfermeras se vigilan mutuamente. Por fin, se plantean las habituales objeciones pasteurianas: que la madre es portadora de nuevas infecciones, etc. En primer lugar, la madre, convenientemente educada y vigilada, no es más séptica que el estudiante, a quien a nadie se le ha ocurrido retacear la asistencia a las salas; en segundo lugar, nuestra experiencia demuestra que el adecuado manejo de la madre reduce y aun suprime las clásicas infecciones cruzadas de que era vector a la enfermera múltiple. Ya hemos visto que otros autores nos acompañan en esta observación. Las racionalizaciones negativas no van más allá.

Se suscita por sobre ellas una grave cuestión ética que es preciso enfrentar: primero, la medicina *sabe* que la privación materna es dañosa, y establecerla institucionalmente implica una voluntad iatrogénica de grave contenido moral, ya que implica hacer daño a sabiendas; segundo, el médico que al mismo tiempo trabaja en un hospital y ejerce su profesión en público, incurre en una insostenible contradicción: para su cliente particular acepta, sin titubeos, la presencia no solo de la madre, sino de toda la familia, y con tal presencia conlleva su actuación técnica, profesional y humana; si su paciente privado es internado en un sanatorio, lo admite también con todos sus familiares y más los amigos que quieran visitarlo; pero llegado al hospital exige (y sostiene que no puede ser de otra manera) un enfermo solo, aislado y aislable, que apenas puede tener contacto con su madre a horas previstas y reguladas, y con la que él se excusa de mantener comercio social y convivencial. Como uno y otro niño se diferencian no por la necesidad ni por la enfermedad, sino por el nivel económico, solo

un escotoma mental inconsciente (los psicólogos dinámicos dirían un desplazamiento) puede evitar que asuma su dualidad moral.

Generalizando la situación, es preciso que el pediatra se detenga a considerar cómo procede el hospital clásico con el niño enfermo de clase pobre. Apenas enferma se apodera de él y, para ponerlo en *las mejores condiciones* de asistencia, lo separa de su madre y de su familia, para quien la salud del hijo pasa a ser un bien y un problema del hospital, en el que ella tiene poco o nada que ver, determinada institucionalmente a recobrarlo curado o muerto; pudiendo, en el intervalo, visitarlo (a veces solo mirarlo de lejos a través de un vidrio) a horas previstas, y siempre cuando su médico de cabecera no esté; para enterarse del estado de su niño tiene que hacer un trámite especial que será evacuado en un corredor o, en el mejor de los casos, en un despacho, nunca junto a la cama del enfermo. Recobra su chico cuando el hospital lo dispone, después de que se le ha negado todo acceso a la experiencia vital que significa acompañar a un hijo durante las alternativas y angustias de la enfermedad.

La enfermedad del niño, su vuelta a la salud, realizan un trance vital que la familia debe ceder a un establecimiento, mientras la pediatría, la psicología y la medicina social ponen énfasis en que deben fortalecerse los vínculos de los familiares y solidificarse la unidad de aquél como institución. La internación con la madre cambia fundamentalmente la situación; esta (y, por su intermedio e información, la familia) asiste, minuto a minuto, al proceso de la enfermedad de su hijo, participa activamente en él y contribuye a su buen éxito; al mismo tiempo, conoce vivencialmente que hay un grupo de otros seres (médicos, enfermeras, etc.) que se ocupan y afanan por cuidarlo, y establece con ellos vínculos perdurables de solidaridad personal y social. Pensamos que no es este uno de los menores beneficios del nuevo sistema.

El desconocimiento de la dinámica de las relaciones familiares y del funcionamiento de la comunicación madre-hijo, así como la negación de su importancia, produce otro fenómeno típico de nuestro medio y en nuestros días: la presencia de *guarderías* que se transforman en depósitos de chicos, y en las que los niños transcurren la mayor parte de su día.

Si bien las exigencias económicas y culturales de la actualidad coadyuvan para que así suceda, también es verdad que los encargados de dichos establecimientos, en su mayoría, descuidan la información que la madre precisa para no desconectarse de su hijo, a pesar de tener que depositarlo durante todo el día en esos establecimientos.

La situación es más grave si se tiene en cuenta que muchas de estas instituciones funcionan como asilos pagos, aceptando a los niños durante los fines de semana o durante meses, permitiendo una separación peligrosa para

el niño. Máxime cuando, por no conocer suficientemente los mecanismos que se ponen en juego, y por no poseer personal idóneo, estas instituciones no están capacitadas para apoyar y orientar a las madres en sus relaciones con sus hijos. Este aspecto del problema aparece correctamente enfocado en la tesis de los trabajadores sociales Puglia y Kolup (1962) acerca de las guarderías en el Gran Buenos Aires.

Un aspecto menos conocido, pero no menos grave y dramático, es el que se enfrenta con los niños que son abandonados por sus madres y enviados a la Casa Cuna, donde, después de un tiempo, son puestos en manos de guardadoras o cuidadoras, a las que los niños se habitúan y aceptan como figuras maternas. Después de un tiempo que puede ser de un año o dos o tres, son separados de estas mujeres para ser depositados en asilos nacionales, perdiendo toda estructura de familia. Este sistema de *amas* es objetable en cuanto a su funcionamiento y supervisión, pero mucho más grave resulta la separación que se establece entre los chicos y ellas, después de varios años de convivencia. Un interesante estudio sobre el tema ha sido realizado entre nosotros por Estela Lacroix y colaboradores (1962).

Otro aspecto grave de este problema estriba en que su aceptación origina y permite el crecimiento del institucionalismo. Aceptadas a partir de un *a priori* rígido la posibilidad de la separación madre-niño y la no peligrosidad del hecho, no resulta demasiado difícil aceptar cualquier planteo que determine la misma situación.

Así, si se acepta la negativa básica de la separación madre-hijo como noxa existencial, que compromete la persona de un ser humano y su relación con su medio y situación, puede pasarse fácilmente al asilo, en lugar de planificar la colocación familiar.

El tema, lúcidamente enfocado por Bowlby, merece un estudio aparte. Pero no podemos desconocer que el asilismo y todos sus riesgos son posibles en la medida en que se parte de una creencia fundamental: separar al niño de su madre durante los primeros años de su vida no tiene mayor importancia.

De modo que la gravedad del hospitalismo excede la situación madre-niño, para empapar toda la filosofía proteccional que hace a la infancia. Es el núcleo corruptor de toda una doctrina que postula que *para proteger a un niño es preferible separarlo de su familia*. Descontando aquellos casos en que la patología familiar permite mantener esta aseveración (que no son frecuentes, por lo menos en nuestra experiencia), solamente se puede continuar sosteniendo la necesidad de los asilos en lugar de la de los hogares de tránsito hasta el momento de poner en práctica la colocación familiar, si se parte del mismo principio equivocado que origina el hospitalismo.

Una prueba realmente dramática en este aspecto es la que aporta la experiencia intentada en el preventorio Roca, por un grupo de médicos, y relatada e interpretada por la trabajadora social Dora Bertini en su tesis de graduación (1962). La presencia de problemas de conducta, de disminución de cociente de desarrollo que presentan sistemáticamente los niños internados en esa institución, separados absolutamente de sus madres tuberculosas, advierte al lector atento acerca de las fallas esenciales de un sistema que, a título de una protección o una prevención de lo orgánico, ataca o destruye núcleos esenciales de la personalidad.

Un camino difícil pero irreversible

Consignamos que establecer el internado sistemático de niños con sus madres, nos ha obligado a vencer innumerables resistencias de todo género, desde los materiales (proveer a más de sesenta madres de cotidiano vestido, medidas de higiene y comodidad, y vigilancia y educación elementales) hasta los psicológicos y emocionales de médicos, enfermeras y estudiantes. En el resto del hospital el sistema es mirado con escepticismo y no se percibe su importancia y trascendencia. Es evidente que no se ha formado una conciencia institucional al respecto y que el hecho se considera o en el plano polémico o en el de la negación absoluta. Es, sin embargo, reconocido y aceptado por los jóvenes médicos residentes y por los estudiantes, que aprecian cabalmente la rica experiencia que les ofrece el binomio madre-hijo. El personal técnico médico del servicio se encuentra identificado con la nueva realidad y la cátedra lo mantiene como el cumplimiento de una actitud doctrinaria irrenunciable. Sin embargo, se tiene la sensación de que el establecimiento definitivo en todo el ámbito hospitalario, y en otros hospitales, está aún muy lejos de ser posible. Aunque nada sería más fácil de concretar, la resistencia es aguda y terca y la situación es de sobra explicable. El médico, por la índole de su formación escolar, tiene gran resistencia a aceptar que la simple separación afectiva sea tanto o más peligrosa que la infección, la intoxicación o el traumatismo; está habituado a ejercer en el hospital una medicina individualista de sentido omnipotente; trasladar a ese ejercicio las pautas de su vida profesional civil contraviene la imagen cultural que tiene del hospital y le infunde una aguda sensación de inseguridad que le conviene no enfrentar y que evita a través de sus mecanismos de defensa.

Otro factor que debe valorizarse para la comprensión del problema reside en su falta de espectacularidad. Salvo que exista un verdadero conocimiento

de la situación y una sensibilidad suficientemente educada, la internación del niño con su madre no conduce al acumulamiento de méritos por parte de los profesionales. Implica un enfrentamiento con la dirección del hospital, con los colegas, con los jefes y no aporta brillo de ninguna especie como podría resultar de la adquisición de un aparato costoso.

Además, y esto es importante, implica una aceptación de los descubrimientos y avances en el mundo de la psicología, tan resistido por quienes están formados e informados por escuelas esencialmente organicistas.

El integrar conceptos como los que se desprenden de la relación madre-hijo en un plano que excede lo sentimental para colocarse en el terreno de lo estrictamente científico significa aceptar, de manera consciente o inconsciente, la presencia de factores emocionales y psicológicos con los que el médico no se ha enfrentado en sus estudios y que, por lo general, escapan a su control. De modo que internar a una madre con hijo no es más que un momento, y tal vez el estallido, de una situación conflictual cuya esencia radica en el desconocimiento de la medicina de la persona, enfocada con criterio psicosomático. Los médicos que aceptan la internación del binomio, o bien parten del conocimiento de las realidades situacionales y su engranaje con las emociones del sujeto, o bien se limitan a actuar de acuerdo con lo que su buen sentido señala; pero en este último caso existe, necesariamente, una percepción del ámbito en que se están moviendo: pueden no haber integrado su saber con los aportes de la moderna medicina, pero su comportamiento muestra un hacer empírico que trasunta una intuición que actualmente se valoriza y no se desestima científicamente.

Un hecho significativo, aunque de difícil interpretación *a priori*, es el de las personas ajenas al problema que, sin embargo, en el momento de tomar posición, postulan la separación del niño y la madre como necesaria. Lo hemos observado en amas de casa, en profesionales de diversos campos y en estudiantes.

A pesar de las explicaciones sencillas y técnicas que se esbozan para la aclaración del tema, se advierte una resistencia que no parte del conocimiento de la realidad hospitalaria sino de una actitud genérica hacia la relación madre-hijo. Parecería existir un mecanismo psicológico que permitiese sostener que ciertos seres pueden ser privados de sus madres, como si inconscientemente se aceptase que algunos niños están naturalmente destinados a padecer. Se admite la gravedad del hecho de la separación niño-madre, pero no se la contrarresta, no se intenta asumir una posición a favor de la relación hijo-madre. Como si fuese fatal y necesario que algunos chicos atravesasen por esa experiencia.

También podríamos sospechar que existe un acatamiento al comportamiento médico en lo que a decisión de separar se refiere.

El diálogo con estas personas hace pensar en mecanismos de omnipotencia, a través de los cuales se condenaría al niño a la angustia y la soledad; una forma adulta de ejercer la agresión y el poderío; una manera encubierta de manejar la propia agresión, escudándose en principios pseudocientíficos aplicados al niño que va al hospital por ser de familia humilde.

En otras culturas en que no es la gente pobre la que recurre al hospital, sino que la comunidad entera recibe sus servicios, parecería que se plantease otra situación, que también rige entre nosotros, como si la enfermedad transformase al niño en un ser que debe compartir necesariamente las pautas adultas, ya que es normal que el adulto enfermo se hospitalice sin compañía. Pero, por lo general, en casi todas las culturas se tiende a mantener unidos a la madre y al hijo en los primeros años de la vida. La enfermedad parece establecer la necesidad de una pauta totalmente distinta de la que es básica y tiende a la unión madre-hijo. Enfermarse implicaría un compartir situaciones traumáticas de separación propias del adulto, haber creado una pauta nueva para tratar al chico enfermo: separarlo de su madre y aislarlo tal como se procede con los mayores. Como si por el hecho de enfermarse el chico se hiciese merecedor de compartir la suerte del adulto, para quien no rige (por lo menos de manera tan aguda) la necesidad de la relación madre-hijo.

La reforma, además de necesaria, es urgente; si no llega por el camino de la formación académica, debe irse imponiendo por la presión comunitaria, que, cada vez más informada (Giberti, 1963, p. 75) percibe sus beneficios y sus posibilidades.

Bibliografía

- Aubry, J. (1955). *La carence de soins maternels: les effets de la séparation et la privation de soins maternels sur le développement des jeunes enfants*. Paris: Centre international de l'enfance.
- Bender, L. (1947). Psychopathic behavior disorders on children. En *Handbook of correctional psychology*. Philosophical library.
- Beranger, R. (1943). *Algunos aspectos de la hospitalización del lactante* (Tesis inédita). Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas.
- Bertini, D. (1962). *El Servicio Social de Colaboración Médica como gestor de la higiene mental* (Tesis inédita). Instituto de Servicio Social del Ministerio de Salud Pública de la Nación.
- Bovet, L. (1954). *Aspectos psiquiátricos de la delincuencia Juvenil*. Washington DC: Oficina Sanitaria Panamericana (Publicación científica No. 13).
- Bowlby, J. (1954). Los cuidados maternos y la salud mental. Washington DC: Oficina Sanitaria Panamericana (Publicación científica No. 14).
- Buber, M. (1949). *¿Qué es el hombre? (Breviarios)*. Fondo de Cultura Económica.
- Cremeris, J. (1961). La importancia de Freud para la medicina psicosomática. En *El psicoanálisis viviente*. Buenos Aires: Fabril Editora.
- Dubois, R.; Leschanowsky, H. (1957). Observation d'hospitalisme. *Acta Paediatrica Belgica*, v. 11, n. 4, p. 177-188.
- Endara, J. (1963). Deprivación materna. Relato del V Congreso Latinoamericano de Salud Mental (Caracas, enero). *Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y disciplinas conexas*, v. XI, n. 61.
- Escardó, F. (1962). Situación biológica del niño. En *La sociedad ante el niño*. Buenos Aires: Eudeba.
- Escardó, F.; Giberti, E. (1961). La salud mental en la primera Infancia. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, v. 75, n. 2, p. 66-73.
- Giberti, E. (1963). *Escuela para padres*. Buenos Aires: Editorial Campano.
- Gremeris, j. (1961). La importancia de Freud para la medicina psicosomática. En *El psicoanálisis viviente*. Buenos Aires: Fabril Editora.
- Gueux, G. (1961). *La neurosis de abandono*. Buenos Aires: Eudeba.
- Halliday, J. (1961). *Medicina psicosocial*. Buenos Aires: Eudeba.
- Hughes, J. (1963). Comunicación personal en el V Congreso Panamericano de Pediatría; Agosto; Quito
- Jersild, A. T. (1957). La evolución de la afectividad. En Carmichael, L. (Dir.). *Manual de Psicología Infantil*, p. 950-973. Buenos Aires: El Ateneo.

- Kanner, L. (1951). Hospitalismo. En *Tratado de psiquiatría infantil*, p. 753-756. Santiago de Chile: Zig-Zag.
- Lacroix, E.; Conde, I.; Munin, A. (1962). *Familias sustitutas* (Tesis de grado para Trabajador Social inédita).
- Lelong, M. (1950). Problemas psicológicos en la hospitalización de niños. *Técnica hospitalaria* (junio).
- Letter to the Editor (1963). *Pediatrics*, v. 31, n. 4, p. 696.
- Mac Carthy, D.; Lindsay, M.; Morris, L. (1962). Children in hospital with mothers. *The Lancet*, 603.
- Marcel, G. (1963). La vie et le sacré. *Medecine de France*.
- Mardones, R. F. (s.f). Comunicación personal. Hospitalización a domicilio, Hospital Manuel Arriarán Santiago de Chile.
- Mead, G. H. (1953). *Espíritu, persona y sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Mitscherlich, A. (1954). El problema de la relación cuerpo y alma en el pensamiento biológico. En *La nueva visión del mundo*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Morquio, L. (1918). *Los desarreglos gastrointestinales del lactante*. Montevideo: Barreiro y Ramos.
- Muzzioli, L. (1957). Moderna concepción del mundo físico. *Atenea*, v. 34, n. 378, p. 136-163.
- Navarro, J. (1931). Sobre hospitalismo. *Revista de especialidades de la Asociación Médica Argentina*, n. 6, p. 312.
- Neumann, E. (1960). La angustia ante lo femenino. *La Angustia, Tribuna de la Revista de Occidente*, n. 95.
- Odier, C. (1962). La melancolía de los lactantes separados. En *El hombre, esclavo de su enfermedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Patton, R. G.; Gardner, L. I. (1962). Influence of family environment on growth; the syndrome of "maternal deprivation". *Pediatrics*, v. 30, n. 6. p. 957-962.
- Piaget, J. (1955). *Psicología de la inteligencia*. Buenos Aires: Psique.
- Piaget, J.; Inhelder, B. (1959). *La Genèse des structures logiques élémentaires*. Suiza: Editorial Delachaux et Nestlé
- Piaget, J.; Inhelder, B. (1960). La psicología de la primera infancia. En Katz, D. *Manual de psicología*. Madrid: Morata.
- Piaget, J. (1962). Les relations entre l'affectivité et l'Intelligence dans le développement mental de l'enfant. París: Centre de Documentation Universitaire.
- Portmann, A. (1954). Los cambios en el pensamiento biológico. En *La nueva visión del mundo*. Buenos Aires: Sudamericana
- Puglia, I.; Kolup, T. (1962). *Investigación de guarderías en Capital y Gran Buenos Aires* (Tesis de grado en Trabajador Social inédita).
- Revue de l'Assistance Publique à Paris. (1957), n. 4-5.


- Rof Carballo, J. (1953). *Patología de la persona en gastroenterología*. Santiago de Compostela: Editorial El Eco Franciscano.
- Rof Carballo, J. (1952). Estructura emocional de la infancia: Seguridad y contacto social. Hospitalismo. En *Cerebro interno y mundo emocional*. Madrid: Labor.
- Rof Carballo, J. (1961). *Enfermedad y urdimbre afectiva: Introducción a una medicina dialógica*. Barcelona: Labor.
- Rothman, P. E. A. (1962). A note on hospitalism. *Pediatrics*, p. 995-998.
- Schweizer, F. (1941). *Trastornos nutritivos del lactante (Disontia)*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Solnit, A. J. (1960). Hospitalism: An aid to physical and psychological health in children. *A.M.A. Journal of Diseases of Children*, v. XCIX, p. 155-163.
- Spitz, R. (1960). *No y sí: Sobre la génesis de la comunicación humana*. Buenos Aires: Hormé.
- Spitz, R. (1961). *El primer año de vida del niño*. Buenos Aires: Aguilar.
- Spitz, R. A. (1945). Hospitalism. *The Psychoanalytic Study of the Child*, v. 1, n. 1, p. 53-74.
- Stone, J.; Church, J. (1959). *Niñez y adolescencia*. Buenos Aires: Hormé.
- X Jornadas Argentinas de Pediatría. Mar del Plata, noviembre de 1959. Tomo II. Mesa redonda sobre Asistencia del niño hospitalizado, 233-251.



Bibliografía general

- Andre-Thomas, A.; Utgaerden, S (1959). *Psycho-affectivite des premiers mois du nourrisson. Evolution des- rapports de la morbilite, de la connaissance et de la affectivité*. Paris: Masson.
- Audry, M. (1969). Care at home and hospitalization at home. *Hop. Aide. Soc. Paris*. 6, 747-762.
- Barbier, A. (1961). Mothers under 15 years of age. Medicopsychological and social problems. *Revue de neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfance*, n. 9, p. 489-496.
- Beley, A (1960). Is the psychiatric hospital a proper place for the child?. *L'Hygiène mentale*, v. 49, n. 4, p. 233-256.
- Beley, A. (1961). Probleme of mentals health pertaining to the hospitalisation of the children. *L'Hygiène mentale*, v. 50, n. 2, p. 137-158.
- Bleiberg, N.; Jacobziner, H.; Rich, H.; Merchant, R. (1962). Young unmarried mothers in child health stations of two New York City districts. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, v. 52, n. 12, p. 2030-2040.
- Boehncke, H. (1962). The significance of the first year of life. *Gesd. fürs*, v. 12, n. 2-3, p. 21-24.
- David, M (1962). *The early mother-child separations. An epidemiological study made at the request of the WHO Regional Office for Europe. Facts, circumstances*. 15, 6-7:34-57.
- De Compton et al. (1959). Symposium on children in hospital: preparation and after-care. *Royal Society of Health Journal*, n. 79, p. 561-575.
- Ekdahl, M. C.; Rice, E. P.; Schmidt, W. M. (1962). Children of parents hospitalized for mental illness. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, v. 52, n. 3, p. 428-435.
- Fiddes, G.W.J. (1962). In-Hospital Care of Infants of Tuberculous Mothers. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique*, v. 53, n. 9, p. 355-357.
- François, R (1959). *Special problems raised by the hospitalization of children*. Techn. Hosp., Paris, v. 14, n. 164, p. 80-85.
- Kohler, H. (1959). Body weighth and incidence of infections in childrem from 0 to 3 years admitted to nurseries and children's homes. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, v. 53, n. 2, p. 144-151.
- Langford, W. S. (1961). The child in the pediatric hospital: adaptation to illness and hospitalization. *American Journal of Orthopsychiatry*, v. 31, n. 4, p. 667.
- Maccarthy, D.; Lindsay, M.; Morris, I. (1962). Children in hospital with mothers. *The Lancet*, v. 279, n. 7230, p. 603-608.
- Nefedoff, V. L. (1960). Children in the children's home: their preparation for practical activity. *Sovetsk, Pedag*, v. 24, n. 10, p. 60-66 (texte en russe).
- Ocklitz, H.; RothKath, B. (1961). Hospitalism and the accompanying child. *Deutscher Gesundheitskalender*, n. 15, p. 2404-2409.

- Pichon, R. (1961). Hospitalism of Moroccan infants. *Maroc medical*, v. 40, p. 1087-1089.
- Plank, E. N.; Caughey, P. A.; Lipson, M. J. (1959). A general hospital child care program to counteract hospitalism. *American Journal of Orthopsychiatry*, v. 29, n. 1, p. 94.
- Pringle, M. L.; Bossro, V. (1959). A study of deprived children. Part. I. Intellectual, emotional and social development. *Vita Humana*, v. 1, n. 2, p. 65-92.
- Russell, J. K. (1961). The Bridgman unit for mothers and babies. *The Lancet*, v. 278, n. 7217, p. 1401-1402.
- Schenk-Danzinger, C. (1961). Social difficulties of children who were deprived of maternal care in early childhood. *Vita Humana*, v. 4, n. 4, p. 229-241.
- Steinitz et al. (1960). Comparison of morbidity in day nurseries, week nurseries and permanent homes. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, 1959, v. 53, n. 22, p. 1441-1443.
- Thomas, M. (1961). Conflicts in protecting the newborn in hospitals. *Children*, v. 8, n. 2, p. 53-56.
- Tisza, V. B.; Angoff, K. (1957). A play program and its function in a pediatric hospital. *Pediatrics*, v. 28, n. 5, p. 841-845.
- Trautmann, J. (1961). Comparative investigations of morbidity. *Day, and week. Nurseries and children homes, in children aged. 6 weeks to 6 years*, 28, 9: 399-405.
- Woodward, J. M. (1962). Parental visiting of children with burns. *British Medical Journal*, v. 2, n. 5320, p. 1656.

A hand is shown holding a brown teddy bear against a red background. The bear's head is visible at the bottom of the frame, showing its eyes and snout. The hand is positioned at the top, gripping the bear's body.

Este libro, publicado en 1964, constituye una pieza histórica, que problematiza las consecuencias de la internación hospitalaria en la infancia, y la importancia de la teoría del apego, discusiones iniciadas en el debate internacional por René Spitz y John Bowlby. Eran tiempos que, en general, la internación distaba mucho de ser una práctica humanizada.

Durante la primera mitad del siglo XX se dio una importante discusión sobre las consecuencias de la internación prolongada en la niñez y la separación de la madre de su hijo o hija. Este libro recoge esos antecedentes desde las primeras décadas del siglo XX en países de distintos continentes, con posiciones a favor y en contra de la internación conjunta. Escardó y Giberti aportan una rica discusión sobre la importancia de la internación conjunta de la madre con su hijo o hija, postulando la unidad psicofísica en la niñez y poniéndola en práctica en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

Jorge Arakaki, Hugo Spinelli
Fragmentos del Prólogo

ISBN 978-987-8926-22-3



9 789878 926223