



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

# Las tesis de Belgrano

Facultad de Humanidades  
Carrera de Psicología

Psicoprofilaxis quirúrgica en niños

Nº 69

Natalia Vanina Solano

Tutor: Azucena Tramontano

Departamento de Investigación  
Junio 2003



## Sumario

Agradecimientos .....	Pág. 5
Introducción .....	Pág. 7
Capítulo I : Generalidades de la Psicoprofilaxis quirúrgica. ....	Pág. 8
1- Breve reseña histórica de las relaciones entre la medicina y la psicología .....	Pág. 8
2- El marco teórico de este trabajo .....	Pág. 9
3- La instancia quirúrgica .....	Pág. 10
4- Psicoprofilaxis quirúrgica, definición .....	Pág. 10
5- Campo y niveles de aplicación .....	Pág. 10
Capítulo II: Conceptos necesarios para entender los efectos de la cirugía .....	Pág. 12
1- Imagen corporal, identidad .....	Pág. 12
2- Estrés-Trauma-Vulnerabilidad psicósomática .....	Pág. 14
Capítulo III: Perspectivas para el análisis del proceso de Psicoprofilaxis quirúrgica en niños .....	Pág. 18
1- Prevención psicósomática en cirugía infantil: particularidades y tareas de acuerdo con el periodo evolutivo en la niñez .....	Pág. 18
2- Efectos del daño orgánico desde las perspectivas de la edad y el desarrollo psíquico del niño y de la enfermedad en sí .....	Pág. 18
3- Efectos del daño orgánico desde la perspectiva del estado psico-social familiar .....	Pág. 20
Capítulo IV: El niño frente a la cirugía .....	Pág. 22
1- El origen de la Psicoprofilaxis quirúrgica en niños, en la Argentina .....	Pág. 22
2- Cirugía de urgencia .....	Pág. 23
3- Etapas del proceso quirúrgico.....	Pág. 24
3.1- Periodo prequirúrgico.....	Pág. 24
3.2- El acto quirúrgico .....	Pág. 26
3.3- Periodo posquirúrgico .....	Pág. 26
4- Psicoprofilaxis quirúrgica: técnicas de aplicación .....	Pág. 28
5- El papel de la familia en la Psicoprofilaxis quirúrgica del niño .....	Pág. 36
Conclusión .....	Pág. 38



## Agradecimientos

Debo agradecer en primer lugar a la Lic. Azucena Tramontano por su inestimable generosidad y colaboración, frecuentemente me ha asesorado en los aspectos metodológicos de este trabajo y a lo largo de la carrera.

A la Dra. Estela Vega y al Dr. Hugo Longarella les debo también mi especial gratitud por su apoyo constante y por haberme acercado y orientado en la bibliografía para el presente trabajo.

En particular debo agradecer a la Lic. Olivi por la buena predisposición, dedicación y gentileza para con mi trabajo.

A mis compañeras de trabajo, las Lic. Luz Lanza y Marcela Torcida por haberme acompañado todos estos años de carrera y por sus siempre útiles consejos.

Por último, quiero agradecer a mi familia, mi marido Hernán y mi hija Sofía, quienes me acompañaron a lo largo de este proceso de forma incondicional. Ellos me brindaron su apoyo y sus comentarios siempre certeros.



## Introducción

Hasta la década del sesenta en la Argentina, la medicina quirúrgica infantil, no se planteaba el acercamiento de los profesionales de la salud mental a los pacientes con proximidad de una intervención quirúrgica. No se pensaba en efectuar una preparación psicológica previa a la cirugía, ni intervenir con posterioridad a ella.

Hasta ese momento el sujeto era evaluado únicamente como portador de una enfermedad física, sin tener en cuenta los efectos del ambiente hospitalario, ni las ansiedades, los temores, y las angustias de la persona ante una intervención que provoca un desequilibrio en el transcurrir normal de la vida de un sujeto.

En el caso de los pacientes niños, hasta ese momento, se pensaba que la mejor forma de no despertar temores y posibles resistencias ante la operación, era que desconocieran todo lo referente a la cirugía propiamente dicha y no se tenía en cuenta los efectos psicológicos que este encubrimiento podía provocar en su desarrollo físico y psíquico posterior.

Atinadamente en el año 1966, un equipo de cirugía del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, como consecuencia de la observación clínica, comenzó a pensar sobre la necesidad de realizar una preparación psicológica para aquellos pacientes niños que iban a ser intervenidos.

El presente trabajo es una recopilación bibliográfica acerca del proceso y las técnicas de psicoprofilaxis quirúrgica en niños.

El objetivo del mismo es transmitir a los profesionales de la salud, interesados en el tema, una descripción abarcativa del proceso de prevención, dado que actualmente la interconsulta entre el equipo médico y los profesionales de la psicología y la psiquiatría, así como el abordaje interdisciplinario son de práctica habitual en las instituciones hospitalarias. También se considera a la prevención como fundamental, sea esta primaria, secundaria o terciaria, no solo como una forma de reducir los costos sanitarios sino como un modo de aumentar el nivel de salud de la población, disminuyendo las prácticas iatrogénicas.

Adhiriendo a la afirmación de Vallejo Ruilova: "la medicina actual toma conciencia de que la consideración de la enfermedad, sea esta cual fuere, y su tratamiento no pueden realizarse con eficacia si se prescinde de los aspectos psicológicos y/o psiquiátricos". El ingreso a un hospital, el padecer una enfermedad, las prácticas de diagnóstico y la pérdida del equilibrio físico, son causa de preocupación y estrés ya que la salud es considerada un valor impagable por la mayoría de las personas. El ingreso al ámbito médico para restablecer la salud hace que, muchas veces, los pacientes presenten problemas psicológicos o psiquiátricos con mayor frecuencia que la considerada normal.

Los profesionales de la salud mental se especializan en áreas cada vez más específicas, lo que hace que el conocimiento de temas y técnicas para resolver problemáticas puntuales sea de sumo interés. Este trabajo intenta constituirse en una herramienta de consulta y un canal de comunicación para y entre los mismos; así mismo pretende informar a los profesionales de la medicina acerca de los principales aspectos psicológicos que se juegan en un paciente en el momento de la cirugía.

Esta presentación procura llamar la atención sobre la importancia de la psicoprofilaxis quirúrgica y las graves consecuencias de su omisión, en particular tratándose de los niños ya que estos se encuentran en un momento del ciclo vital donde se sientan las bases de su personalidad. La enfermedad en la vida del adulto, no es a veces más que una vicisitud en el transcurso de su existencia pero para el niño es vivida de forma particular y para su familia de manera compleja. La enfermedad aparece en la infancia como un nuevo personaje con el cual el niño debe establecer una relación, en algunos casos deberá separarse de su familia para entrar en un nuevo contexto, el hospital.

Para abordar este tema se parte de la concepción del individuo como una unidad biopsicosocial y del concepto de que cualquier intervención en el área corporal repercute en otros aspectos de su vida, así como se comprende a la enfermedad desde un punto de vista holístico.

Se han tomado como fuente fundamental de información los trabajos de profesionales nacionales de amplia trayectoria y reconocida producción teórica los que se articularon con elaboraciones de autores clásicos psicoanalíticos. Se han incluido las aportaciones de la psiquiatría preventiva y de enlace que se han referido al proceso de psicoprofilaxis quirúrgica y conceptos asociados.

Brevemente se han investigado las herramientas de abordaje propuestas por la psicología cognitiva, las que se valoran por su practicidad y la novedad de su aparición.

Los expertos de la OMS señalan como enfermo a "todo niño que, durante un periodo de tiempo apreciable se encuentre en la imposibilidad, en razón a su estado físico, de participar plenamente en las actividades de su edad, en el aspecto social, recreativo, educativo, o en el de la orientación profesional".

El objetivo de la psicoprofilaxis quirúrgica es atenderlo con la finalidad de disminuir los intensos temores y fantasías previas a la intervención, así como explicarle el proceso quirúrgico y anticiparle las consecuencias del mismo.

De tal forma que se logra disminuir efectos traumáticos posteriores, acortar la convalecencia en la institución y elaborar la situación de modo que el niño y su familia logren inscribir el suceso en una trama con significado; así este proceso preventivo es altamente beneficioso para el pequeño paciente, su familia, la institución, como así también de suma utilidad para el equipo tratante.

## Capítulo I: Generalidades de la psicoprofilaxis quirúrgica

En este capítulo se sientan las bases teóricas del presente trabajo.

Se realiza un breve recorrido histórico de aquellas ciencias y disciplinas que influyeron en la actual concepción humanista del enfermo y el enfermar.

Se introducen las nociones básicas de la psicoprofilaxis quirúrgica tomando como eje principal las aportaciones de Rinaldi (2001), médico pediatra y psicoanalista, titular de APA, que actualmente se desempeña en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. El autor entiende que en toda intervención quirúrgica se articulan variables de tipo físico y psíquico que podrían afectar, no solo el pronóstico médico del enfermo, sino acarrear consecuencias de tipo traumático a nivel psicológico.

Por último, se describen el campo y niveles de aplicación del proceso de psicoprofilaxis quirúrgica.

### 1 – Breve revisión histórica de las relaciones entre la medicina y la psicología

En los inicios del Siglo XX se produjo un cambio en el campo científico en cuanto a la conceptualización del individuo que permitió superar la prolongada perspectiva dualista surgida a partir del pensamiento de Descartes. Desde entonces, es generalmente aceptada la idea del hombre como una unidad en la que se conjuga lo biológico, lo psíquico y lo social.

En el campo de la medicina, establece Franz Alexander (1943), el paciente es considerado nuevamente como un ser humano con sus preocupaciones, temores y esperanzas, como un todo indivisible y no sólo como un órgano enfermo, y así visto se convierte en el legítimo objeto del interés médico, otorgándose mayor consideración a los aspectos psicológicos por parte de los profesionales. “Nuevamente”, porque no siempre ha ocurrido que el cuidado del sufriente estuviese atendido por separado, por ejemplo, por el clérigo y el médico: esta orientación psicológica recuperó, en una forma científica nueva, antiguos puntos de vista precientíficos dejados de lado cuando la medicina se tornó más intolerante hacia todo vestigio de su pasado espiritual y místico, en una época en que la aristócrata de las ciencias naturales, la física, atravesaba la más profunda revolución en sus fundamentos, llegando a cuestionar la validez general del determinismo.

El desarrollo del psicoanálisis es considerado como uno de los primeros signos de reacción contra el enfoque analítico unilateral de la medicina en la segunda mitad del siglo XIX.

Fundamentalmente implicó, en sus orígenes, una reacción contra el abandono del hecho biológico esencial de que el organismo es una unidad y que la función de sus partes sólo puede ser interpretada desde el punto de vista del sistema total.

El psicoanálisis, como estudio detallado y preciso del desarrollo y funciones de la personalidad, permitió además que la psiquiatría cumpliera con su función de introducir el punto de vista sintético en la medicina, después que hubo descubierto que la personalidad constituía su tópico principal.

También la psicología de la Gestalt, puede considerarse como una reacción contra la orientación analítica. El aporte más significativo de los psicólogos de esta escuela ha sido la clara tesis que plantearon en cuanto a la relación entre el todo y las partes, estableciendo que el todo no equivale a la suma total de sus partes sino a algo diferente a ellas y que del estudio exclusivo de las partes no se puede interpretar el sistema total sino justamente lo opuesto. Sólo descubriendo el significado del todo es posible interpretar adecuadamente las partes. Así el organismo y la mente se constituyen en un todo indivisible.

En el campo de la neurología ocurrió algo similar; sus avances facilitaron una interpretación más comprensiva de las relaciones entre las partes del cuerpo al establecer la conexión directa o indirecta de éstas con un sistema central de control: la unidad del organismo se expresa claramente en las funciones del sistema nervioso central.

Otro aporte al punto de vista sintético, en el campo de la medicina, provino de la endocrinología y su descubrimiento de un sistema de secreción interna, cuyas glándulas pueden ser consideradas como un sistema regulador central similar al sistema nervioso. Con posterioridad a su hallazgo surgieron indicios de que estas funciones también están sometidas a la regulación de los altos centros del cerebro.

Para Alexander (1943), el hecho de que la mente dirija al cuerpo constituye la realidad más importante que se conoce sobre los procesos de la vida. De ahí que todas las emociones se expresen mediante procesos fisiológicos, como por ejemplo, la vergüenza mediante el rubor.

A partir de ciertas situaciones emocionales provenientes de la interacción interpersonal, surge la gran cantidad de impulsos nerviosos que constituye la respuesta del organismo a su ambiente.

Esta perspectiva conduce paulatinamente a un nuevo enfoque en medicina, la “medicina psicosomática”, expresión que podría ser considerada como una dicotomía entre psiquis y cuerpo. Sin embargo, si se considera lo psíquico como expresión subjetiva de procesos corporales, la dicotomía desaparece.

Los estudios psicosomáticos articulados con investigaciones psicoanalíticas aportaron un nuevo enfoque en cuanto a la etiología del enfermar. El estudio de los pacientes neuróticos reveló que perturbaciones emocionales permanentes podían originar alteraciones crónicas del cuerpo; a modo de ejemplo, la estructura de personalidad histérica puede originar síntomas como parálisis y cierta atrofia muscular.

En síntesis, la contribución fundamental del psicoanálisis a la medicina fue la de añadir una teoría y una técnica psicológica que permite comprender a fondo la vida emocional de los pacientes.

“...este enfoque psicológico de los problemas de la vida y de la enfermedad conduce a una unidad científica entre los procesos internos del cuerpo y las relaciones externas del individuo, con su ambiente social”. (Alexander, 1943).

Estos desarrollos pueden ser considerados como la base de múltiples elaboraciones teóricas que a lo largo del siglo XX sostienen la visión del sujeto como una unidad en la que se integra lo biopsicosocial.

En este contexto, a partir de los resultados de investigaciones en el ámbito de la neurobiología, surge la psiconeuroinmunología que establece relaciones entre las diversas respuestas del comportamiento a nivel neural, endócrino e inmune.

Estas respuestas que permiten la adaptación del organismo a su ambiente muestran la operatividad de una red de trabajo integrada, específica, de defensas.

Se la caracteriza como una red integrada a partir de los resultados de los estudios moleculares que permitieron localizar ciertos neurotransmisores y sus receptores.

Pert (1995) dice:

“...pero la sorprendente revelación fue que estas endorfinas y otras sustancias químicas como ella se encuentran no sólo en el cerebro sino también en el sistema inmunológico, el sistema endocrino y a lo largo del cuerpo. Estas moléculas forman parte de una red de comunicación psicosomática...”.

En el enfoque de la psiconeuroinmunología se sostiene, a nivel teórico, que estas moléculas son los correlativos químicos de las emociones en tanto que son vistas como el puente entre lo físico y lo mental.

Se especula además, que la mente sería una red de comunicación psicosomática que se extiende a lo largo del cuerpo. Las sustancias químicas que transmiten la emoción y sus receptores se encuentran en casi todas las células del cuerpo y en cuanto a las del sistema inmunológico en particular, estarían cubiertas de receptores de las llamadas moléculas de la emoción. De este modo, el estado emocional influiría en forma directa sobre la probabilidad de que el organismo se enferme o no, con tanto poder como un virus. (Pert, 1995).

Será necesario esperar nuevas investigaciones que confirmen fehacientemente estos supuestos teóricos que, de momento, avalan desde la biología los conceptos de esta forma científica nueva, según el decir de Alexander (1943).

## 2 - El marco teórico de este trabajo

De la revisión histórica precedente, surge que no siempre se conceptualizó la enfermedad humana como algo que necesariamente afectaba a una unidad psicosomática. Si bien en la actualidad este es un criterio generalmente aceptado, todavía se observan vestigios de una tendencia divergente en algunos profesionales que dan prioridad a lo psíquico sobre lo orgánico o viceversa. Es frecuente, en el ámbito quirúrgico, que algunos equipos profesionales privilegien la problemática orgánica, relegando y escindiendo el aspecto emocional.

Tomando en consideración que el acto quirúrgico constituye en sí mismo un suceso traumático que perturba al paciente como unidad psicosomática, afecta a su ámbito familiar y ocupacional, el marco teórico de elección busca ser todo lo abarcativo que esta complejidad requiere, nutriéndose desde el punto de vista psicológico con los aportes del psicoanálisis freudiano articulados con desarrollos posteriores de la escuela psicoanalítica; entre otros se incluyen los de la Escuela Psicosomática de París, los de Sami-Ali y los de Aberastury, para referirse específicamente a la niñez.

El conocimiento psicoanalítico general, posibilita una profunda comprensión dinámica del enfermo y de los trastornos vinculados a la situación quirúrgica. (Giacomantone, 1994).

La elección de este marco teórico se justifica en el hecho de que en nuestro país es el más difundido.

En el presente trabajo se consideran además algunas técnicas de carácter cognitivo para ser aplicadas según las particularidades que el caso requiera. Los principios de la psicología cognitiva tratan sobre el significado de los eventos, los procesos subyacentes y modos de estructurar e interpretar la experiencia y

sirven para proveer un lugar donde los enfoques psicodinámico y conductual no tienen enlace. Estos implican un recentramiento del sujeto como propulsor activo del conocimiento de la realidad, como procesador de información y proveen una serie de conceptos capaces de ser traducidos en herramientas eficaces para describir los fenómenos psíquicos y analizar sus contenidos.

Desde la medicina, siguiendo a Rinaldi (2001) y otros autores, se rescatan las conceptualizaciones relacionadas con el estrés, el síndrome general de adaptación y las contribuciones de la psiconeuroinmunología.

### **3– La instancia quirúrgica**

Para Acevedo (1994), la enfermedad no es un ente sustancial; sólo tiene existencia en el hombre vivo y por ello toda referencia a la enfermedad es conceptual, lo que tiene realidad existencial es el ser humano en quien la enfermedad se singulariza.

El enfermo no es un simple ser viviente sino un sujeto dotado de emociones, de afectos, de intimidad, de inteligencia y libertad; todos estos aspectos de la persona pueden verse amenazados ante la aparición de una enfermedad y más aún, ante una indicación quirúrgica.

Así considerada, la enfermedad y el enfermar quedan sujetos a una valoración particular que permite pensar con detenimiento el impacto que una cirugía puede ocasionar en la subjetividad.

Los especialistas en el tema, independientemente de su marco de referencia, coinciden en que la notificación de una cirugía suscita emociones complejas, temores, ansiedades, fantasías que pueden derivar en complicaciones en alguno o varios de los momentos del proceso quirúrgico, aumentando las condiciones de vulnerabilidad del paciente y por consiguiente, incrementando o creando condiciones de riesgo quirúrgico.

La instancia quirúrgica constituye una de esas situaciones clave que según se afronten en el presente, tendrán una enorme trascendencia en lo que ocurra en el futuro, y a su vez resignificarán lo ocurrido en la historia vital del paciente; por lo tanto no puede quedar librada a su evolución espontánea. (D'Alvia, 2001).

Rinaldi (2001), describe el efecto traumático que el acto quirúrgico provoca en la unidad psicosomática, centrándose en la actividad del preconciente, cuyas funciones se neutralizan debido a la desactivación de representaciones. Esto dificulta la capacidad de enlace y sostén, dando lugar a un empobrecimiento del funcionamiento psíquico, que vuelve más vulnerable al sujeto.

En línea con estos desarrollos, él y sus colaboradores denominan "prevención psicosomática quirúrgica" a un modelo específico de psicoterapia en la cual el terapeuta coopera con el paciente en la elaboración del acto quirúrgico, actuando como si fuese un preconciente sustituto, es decir, le presta representaciones, genera ligaduras y le brinda sostén a su psiquismo.

La escuela Psicosomática de París entiende la desorganización psicosomática como el producto de una estructura de personalidad. Sami-Alí en cambio, sostiene que el tipo de personalidad es menos determinante que la naturaleza del conflicto: la desorganización sobreviene cuando un conflicto se presenta como una situación sin salida.

### **4 – Psicoprofilaxis quirúrgica, definición**

La psicoprofilaxis quirúrgica ha sido definida como un procedimiento terapéutico, cuyo objetivo es reducir el impacto psicológico potencialmente traumático de la experiencia quirúrgica y tender al logro de una mejor adaptación a la situación pre y post-operatoria.

En su evolución, se ha constituido en una especialidad dentro de las psicoterapias debido a sus características específicas.

Según numerosos autores forma parte de las denominadas psicoterapias breves, focalizada en la resolución de la conflictiva planteada por la cirugía. (Giacomantone, 1994).

En este abordaje el rol del terapeuta es activo y predomina la flexibilidad en el uso de los recursos. Cuando el caso lo requiere, se apela a intervenciones no psicoanalíticas (sugerencias, opiniones, etc.).

Si bien la escucha psicoanalítica permite tener en cuenta los rasgos de personalidad y el diagnóstico, Small (1972) recalca que el propósito de la terapia breve es aliviar los síntomas y problemas puntuales; no se trata de modificar la personalidad.

### **5 – Campo y niveles de aplicación**

La psicoprofilaxis quirúrgica se sitúa claramente en el campo de la psicología preventiva.

El concepto de prevención remite a la anticipación de un daño o perjuicio que pueda ocurrir en el futuro con la finalidad de evitarlo.

El trabajo de Prevención psicoterapéutica consiste en colaborar con el paciente a elaborar lo que va a suceder para que pueda darle un sentido en lugar de quedar expuesto a las creencias, los prejuicios o las fantasías predominantes frente a un suceso traumático. (Rinaldi, 2001).

En la prevención se distinguen tres niveles:

- Prevención primaria: promoción de la salud y protección contra la aparición de trastornos;
- Prevención secundaria: diagnóstico y tratamiento temprano, reducción de la duración de los trastornos y prevención de secuelas e incapacidades;
- Prevención terciaria: rehabilitación biopsicosocial cuando la incapacidad y el deterioro ya se han producido.

Estos niveles de prevención han sido establecidos por la Organización Mundial de la Salud.

En lo que concierne a la psicoprofilaxis quirúrgica, D'Alvia (1995), considera que ésta incluye los tres tipos de prevención tomando en cuenta que se trata de evitar complicaciones, retornar al estado de salud perdido y adaptar al paciente para enfrentar su nuevo estado en el caso de que la cirugía hubiese dejado alguna complicación.

Para Rinaldi (2001), la tarea preventiva debe cumplir los siguientes propósitos:

- Satisfacer el derecho que tiene el paciente a ser informado sobre todo lo concerniente a la cirugía, su necesidad, los riesgos, el dolor y particularmente los cambios corporales previsibles, incluyendo la evolución postoperatoria.
- Brindar al paciente el esclarecimiento y la contención emocional adecuados para que enfrente la cirugía en las mejores condiciones psicobiológicas posibles.
- Evitar trastornos psicopatológicos futuros. Un paciente debidamente preparado resulta menos vulnerable y disminuyen sus riesgos psicosomáticos.

Lescano (2002), licenciada en psicología, miembro de planta del Policlínico Central de San Justo, forma parte del equipo que lleva a cabo la psicoprofilaxis quirúrgica en esa institución. Del trabajo que este equipo realiza han surgido las siguientes observaciones:

- Se reduce el uso de analgésicos en el post-operatorio.
- Los niveles de ansiedad, angustia y estrés disminuyen a niveles tolerables.
- La cicatrización es más rápida y aparecen menos infecciones.
- El tiempo promedio de internación desciende.

Además de estos beneficios, este procedimiento ha permitido el estudio sistemático de los factores psicológicos involucrados en cada acto quirúrgico.

A pesar de estos hallazgos, en la mayoría de los centros quirúrgicos –aún los más avanzados del mundo– las necesidades emocionales de los pacientes son asistidas por médicos clínicos, cirujanos y anestesiólogos sin la participación de un psicoterapeuta especializado.

Refiriéndose a esto último, Rinaldi (2001), diferencia dos modalidades de prevención psicosomática quirúrgica.

La primera es realizada por el clínico, el cirujano y el anestesiólogo sin la intervención de un psicoterapeuta y se la denomina *prevención psicosomática quirúrgica médica*. Esta práctica es la habitual en cirugías de urgencia y lo aconsejable sería incorporar a un psicoterapeuta durante la convalecencia.

El autor considera que el modelo ideal, aunque infrecuente, es el llamado *prevención psicosomática quirúrgica psicoterapéutica*. El terapeuta puede actuar junto al equipo quirúrgico o estar incorporado al mismo. Lo esencial es que su función integradora acompañe todo el proceso quirúrgico involucrando a todos los actores del proceso -el paciente, su familia y el equipo médico-.

Para los profesionales, el medio quirúrgico es su ámbito cotidiano y no siempre pueden percibir claramente cómo este hábitat afecta a quienes no están familiarizados con él. El psicoterapeuta es quien puede facilitar la adecuada comprensión de los aspectos emocionales en juego en el ámbito de la hospitalización.

El segundo modelo facilita, además, que en los inicios mismos del proceso se pueda analizar el nivel de vulnerabilidad que tiene el paciente, abriendo la posibilidad de reconsiderar la intervención o su eventual postergación.

En general, se sostiene que la prevención psicosomática del paciente quirúrgico aumenta la eficiencia de la intervención y evita un innecesario sufrimiento emocional al paciente y su entorno.

Sus beneficios se extienden al equipo médico quirúrgico en tanto disminuye la ansiedad en los médicos, dando paso a un sentimiento de empatía que facilita la escucha y les permite comprender y comprometerse con la experiencia emocional del paciente.

## Capítulo II: Conceptos necesarios para entender los efectos de la cirugía

### 1- Imagen corporal, identidad

Desde una perspectiva evolutiva debe remarcar la particular importancia de las consecuencias de una intervención quirúrgica durante la infancia, ya que esta es la etapa del desarrollo en la que se constituye la imagen corporal, aspecto relevante de la identidad.

Se denomina *imagen corporal* a la representación mental del propio cuerpo en el yo. De acuerdo a lo establecido por Schilder (1950), la imagen corporal se configura mediante los sucesivos contactos con el medio. Se trata, entonces, de una estructura lábil que se modifica con las diferentes acciones que tienen lugar en tales intercambios.

Evolutivamente, la imagen corporal es rudimentaria en el estadio inicial de la vida. Sus límites son imprecisos y su forma es variable. En las experiencias de satisfacción temprana no hay delimitación entre el bebé que succiona y el pecho que alimenta. Las sucesivas experiencias de frustración y satisfacción alternadas brindan impresiones sensoriales que dan lugar a una separación gradual entre el yo y el no yo. Al respecto, Mc Dougall (1995), plantea que “ la vida psíquica comienza con una experiencia de fusión que conduce a la fantasía de que sólo existe un cuerpo y una psique para dos personas, y que éstas constituyen una unidad indivisible.”

A partir de la mano que toca el pecho o la boca, y que además es visible, comienzan a integrarse las sensaciones de equilibrio, la percepción del calor y del frío y una serie de impresiones que se configuran al final del primer año en el concepto oral- táctil del infante y su mundo inmediato. Esta imagen corporal arcaica será el núcleo del yo que se irá diferenciando del ello.

El movimiento es fundamental para la formación de la imagen corporal desde sus inicios. Ante las primeras sensaciones dolorosas la acción permitirá alejarse de lo que se rechaza. La visión, articulada con la acción, posibilita desde esta etapa en adelante dar forma definitiva al yo corporal.

La coincidencia de sensaciones de placer-displacer bajo la influencia del autoerotismo, amplían la imagen primitiva. El desarrollo del esquema corporal será paralelo al desarrollo sensoriomotor.

La imagen corporal se ve afectada por eventuales procesos de represión o de negación y así un sector importante de vivencias puede quedar excluido. Las fantasías de castración, por influjo de la angustia concomitante, pueden distorsionar la imagen. La imagen distorsionada modifica, a su vez, el juicio de la realidad afectando al yo.

A lo largo del desarrollo evolutivo el niño va consolidando el esquema y la imagen corporal.

Estas conceptualizaciones hacen pensar a Bekei (1981) que la imagen corporal como estructura sujeta a cambios permanentes vinculados con la motilidad y con las acciones en el mundo externo, se modifica indudablemente por los efectos de una enfermedad física.

Rinaldi (2001), también toma en consideración las mismas teorizaciones y extrae de ellas la importancia de la imagen corporal como representación consciente e inconsciente de la posición del cuerpo en el espacio; ella cumple tres funciones: como sostén fisiológico, como estructura libidinal y como significación social. Hace a su formación el conocimiento de la ubicación espacial de las diferentes partes del cuerpo y su interrelación, incluyendo la relación de simetría de ciertas partes corporales. Otro aspecto muy significativo en la construcción del esquema corporal es el tono muscular y el dolor.

Dolto (1957) diferencia entre imagen inconsciente del cuerpo y *esquema corporal* que correspondería a su representación consciente o preconscious. Para esta autora el esquema corporal es igual para todos los individuos mientras que la imagen del cuerpo es propia de cada sujeto y está ligada a su historia. Caracteriza la imagen corporal - entramada en el esquema corporal - como soporte del narcisismo y sede de la articulación espacio-temporal en la que el pasado inconsciente aflora en el presente.

Aulagnier, por su parte, considera que el cuerpo, como sede de autoerotismo y las experiencias sensoriales, se da a conocer en lo psíquico como origen e instrumento del placer, pero también como origen del sufrimiento. Para esta autora, en la experiencia del dolor, en lo somático aparece ante el yo como un objeto real externo. (Abadi, 1997).

Considerando que las funciones biológicas sirven de apuntalamiento a la actividad psíquica, Anzieu (1987), destaca en la piel tres operaciones diferenciadas: como continente de las sucesivas investiduras acumuladas en ella (el amamantamiento, los cuidados, las palabras); como frontera entre lo interno y lo externo que sirve como barrera protectora contra la avidez del otro y de los objetos y como sede y medio primario de los intercambios con los otros, tal como ocurre con la boca. El infans adquiere la percepción de la piel como superficie por las experiencias de contacto de su cuerpo con el de la madre, en el marco de una relación segura, de apego, con ella.

La revisión de estos conceptos es esencial para el abordaje comprensivo de los procesos psíquicos que se desencadenan como consecuencia de cirugías que impactan simultáneamente a la piel y a la imagen corporal.

Atendiendo estos conceptos D'Alvia (1995), elabora un modelo conceptual teórico que diferencia en la imagen corporal tres niveles, en interacción recíproca. Con este modelo puede dar cuenta de que una intervención quirúrgica que afecte esta imagen puede dar lugar a una alteración en la autoestima y una verdadera crisis de identidad en el paciente.

Parte del concepto de que la formación del esquema corporal está atada a la elaboración de la información captada por los receptores del organismo y que el sistema representacional del individuo opera como eje ordenador y estructurante de la imagen consciente e inconsciente del cuerpo.

En el marco de las representaciones, el primer nivel remite al mundo exteroceptivo que, sustentado en el aparato sensorial, constituye el núcleo del sistema percepción – sensación.

En el segundo nivel se observa lo relacionado con las sensaciones propioceptivas. Estas sensaciones, al ligarse con la palabra, derivan en sentimientos, que desde el punto de vista tópico se sitúan en el pre-consciente.

El último nivel refiere a las zonas erógenas que sirven de apuntalamiento a la estructuración del deseo que unificará al organismo como cuerpo erógeno. A partir de la constitución del deseo surge la relación objetual intersubjetiva y el cuerpo erógeno asume la categoría de cuerpo semiótico como emisor y decodificador de la comunicación vincular.

D'Alvia (1995) señala, finalmente, que la organización narcisista del yo opera - aunada con la trama fantasmática edípica – como unificadora e integradora de esta tríada funcional.

Otro recorrido evolutivo que influye en los cambios de la imagen corporal es el que va desde las conductas imitativas a la identificación.

Partiendo del estadio inicial del vínculo madre-hijo, se observa que a partir de la simbiosis primera se producen una sucesión de intercambios imitativos mutuos, de carácter circular, que sientan las bases para el reconocimiento del sí mismo y brindan elementos para que el bebé comience a comprender las interacciones con el ambiente.

Lo que inicialmente es imitación se encamina hacia la identificación. Rinaldi (2001), rescata los conceptos lacanianos acerca del estadio del espejo. Esta fase ocurre entre los seis meses y el año y medio de vida; el infante, quien tiene una vivencia de cuerpo fragmentado, comienza la integración del propio cuerpo a partir del reconocimiento en el espejo de la forma humana imaginaria, completa. Su importancia fundamental radica en que, cuando culmina este estadio, el yo como producto inacabado, se precipita en la imagen del otro. Las sucesivas identificaciones secundarias serán a su vez constituyentes del yo.

Con otro sentido Aulagnier (1997) afirma que el yo se constituye en el espacio de relación con el otro. Su historia es la historia de sus vínculos, lo que no significa que el yo sea un "títere del discurso materno". La madre aporta las primeras identificaciones, pero el yo se constituye a su vez en instancia identificante. Todo este proceso evolutivo se activa y se resignifica en los diferentes momentos que se presentan a lo largo del desarrollo humano y determina modificaciones estructurales en la imagen corporal.

Del mismo modo que la libidinización temprana deja su impronta en la formación del esquema corporal y la identidad, las enfermedades y las cirugías infantiles afectan la concepción subjetiva de la imagen corporal.

La vivencia del cuerpo doliente y fragmentado se acompaña de una equivalencia simbólica: cada parte corporal es vivida por el niño como si fuera el todo. Por otra parte, en los primeros años de vida predomina en los pequeños una tendencia egocéntrica narcisista. La coexistencia de estos factores hacen que una cirugía, aún siendo mínima, sea percibida como un peligro que amenaza la totalidad del cuerpo. (Rinaldi, 2001).

El sentimiento de identidad en el niño atraviesa -como la imagen corporal- por crisis que responden a los diversos momentos evolutivos del desarrollo. En cada crisis entra en juego una amenaza a la integridad del sentimiento de identidad del yo, exponiendo al niño a vivencias de dolor, pérdida y daño. La identidad en el niño se consolida en estrecha relación con la noción de cuerpo, por lo tanto, la cirugía es vivida por él no solo como una amenaza a su integridad corporal sino como un ataque a la identidad de su yo. (Goldberg y Rinaldi, 1973).

En los casos de niños con enfermedades severas, el esquema corporal está distorsionado; la enfermedad se constituye en una nueva identidad basada en su discapacidad. La familia juega el rol de espejo donde él ve reflejada, muchas veces, sólo su enfermedad. (Prece y Schufer, 1995).

Cuando se indica una cirugía reparadora del daño pre-existente se enfrenta una situación paradójica: un niño con su esquema corporal distorsionado y una identidad dañada deberá afrontar una nueva agresión psicofísica.

En síntesis, a partir de la revisión teórica de los conceptos desarrollados por estos autores, se puede pensar que una intervención sobre el soma podría afectar tanto la imagen corporal del niño como así su formación de la identidad.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expresado, una modalidad de intervención psicoterapéutica preventiva ayudaría al niño a evitar traumas psíquicos posteriores.

## 2- Estrés – trauma –vulnerabilidad psicosomática

Toda situación quirúrgica representa un estresor desde el punto de vista físico y es traumatogénica desde el punto de vista psicodinámico.

En una publicación de la Fundación Favalaro (1999) aparece una definición del concepto de **estrés**: "...es la respuesta del organismo a una demanda real o imaginaria, o simplificando más, todo aquello que nos obliga a un cambio."

Los desarrollos que en la década del treinta Selye (1954) aportó sobre el estrés lo indican como una respuesta inespecífica del organismo a toda demanda que opere como intensa. Señaló que algún grado de estrés es propio de la vida humana en tanto forma parte del proceso de adaptación a las exigencias ambientales, imprescindible para la supervivencia.

Así, en el estrés se pueden diferenciar dos aspectos. El primero refleja una actitud adaptativa positiva que permite enfrentar los desafíos, una condición esencial de la vida, llamada *eustrés* y el otro, de carácter negativo, denominada *distrés*, que remite a aquellas situaciones en que la respuesta del organismo es insuficiente para procesar adecuadamente el estímulo que recibe.

Desde el punto de vista médico, los estresores desencadenan una serie de respuestas fisiológicas en el organismo –con modificaciones bioquímicas concomitantes- que se traducen en síntomas y signos clínicos típicos.

Selye (1954) sistematizó sus conceptos del estrés en lo que llamó Síndrome General de Adaptación (SGA) en el que discrimina tres etapas.

En primer lugar, ante el estímulo, se produce una *reacción de alarma* en la que se distinguen dos fases; la primera de *shock*, en la que el organismo se repliega e intenta economizar energía; se activa el sistema parasimpático aumentando el ritmo cardiorrespiratorio y el nivel de insulina y la tensión arterial disminuye. En la fase de *contrashock* el organismo se prepara para la respuesta de lucha o de huida, mediante modificaciones neuroendocrinas.

Luego surge la *respuesta o estado de resistencia ante la agresión*; aquí el organismo se adapta relativamente al estado de alarma. Los síntomas disminuyen debido al descenso de la secreción hormonal. Cuando el estímulo persiste, las defensas biológicas bajan.

La etapa de *agotamiento* llega como consecuencia de la excitación constante y excesiva que da lugar a un cuadro de toxicidad acompañado de síntomas crónicos que pueden ocasionar enfermedades de adaptación.

Según sea la capacidad de afrontamiento se tratará de eustrés o de distrés. Es necesario tener en cuenta que la capacidad de afrontamiento depende no sólo de la intensidad del estímulo sino además, de la posibilidad de respuesta del individuo.

Este modelo si bien explica los cambios fisiológicos y bioquímicos, no toma en cuenta satisfactoriamente los aspectos emocionales que confluyen ante los estímulos estresores.

Desde una perspectiva psicoanalítica, D'Alvia (1995) establece una semejanza entre las fases de shock/contrashock y las defensas que el aparato psíquico implementa -guiado por el principio de constancia- con el propósito de mantener las excitaciones en el nivel más bajo posible y no ser invadido por lo externo. En el marco médico los síntomas corporales de la etapa de afrontamiento remiten a distonías neurovegetativas, mientras que en la teoría psicoanalítica son vistos como equivalentes somáticos de la angustia señal. (Rinaldi, 2001).

Dice S. Freud (1926):

"... De este modo adscribimos a la angustia en la vida ulterior dos distintas génesis: una involuntaria, automática, justificada siempre económicamente, al constituirse una situación peligrosa análoga al nacimiento, y otra, provocada por el yo cuando tal situación amenaza para conseguir eludir... Obra como si se representase vivamente la situación peligrosa y abrigase el firme propósito de limitar tal penosa experiencia a un indicio, a una mera señal..." (S. Freud –).

Las defensas psicológicas más frecuentes ante el estrés son la disociación, la negación, la represión, el desplazamiento, el aislamiento y las formaciones reactivas. Desde el punto de vista de los cambios de conducta se observa retraimiento, alteraciones del sueño, transformaciones en el carácter. (Rinaldi, 2001).

Las enfermedades de adaptación mencionadas por Selye (1954) en la etapa de agotamiento, podrían ser explicadas a nivel del aparato psíquico por una acumulación de tensión que excede las posibilidades elabo-

rativas del mismo; su persistencia provoca la desorganización de las defensas, las funciones de representación y enlace de afectos se debilitan y el incremento de estímulos psicotóxicos genera una descarga por la vía somática.

Existe cierto consenso en el uso del término estrés en el campo médico, mientras que en el ámbito psicológico se utiliza como equivalente la palabra **trauma**, que deriva del griego y significa injuria, daño, herida. El difundido Diccionario de Psicoanálisis de Laplanche y Pontalis (1993) rastrea el origen etimológico de los términos **trauma y traumatismo**. Estos han sido utilizados antiguamente en medicina y cirugía. Trauma significa perforar; designa una herida con efracción. Traumatismo, las consecuencias sobre el conjunto del organismo de una lesión resultante de una violencia externa.

El psicoanálisis ha recogido estos términos transponiendo al plano psíquico estas significaciones.

El término trauma se utiliza en situaciones -sea que provengan del mundo externo o del interno del sujeto- que conllevan una intensidad tal que provocan efectos disruptivos en el aparato psíquico. Cabe señalar que un mismo acontecimiento puede provocar en un enfermo un efecto de alerta que permita armar las defensas necesarias para el afrontamiento de la situación mientras, que para otro, adquiera una significación desestructurante, desencadenando intensa angustia y sentimientos de desvalimiento, que se homologue a los suscitados por el nacimiento.

Según S.Freud (1926):

“En la relación dada entre el individuo y el peligro prescinde Rank de la debilidad orgánica del individuo y se orienta hacia la variable intensidad del peligro. El proceso del nacimiento es la primera situación peligrosa, y el terremoto económico por él producido se constituye en el prototipo de la reacción angustiosa. [...] la línea de desarrollo que une esta primera situación peligrosa y primera condición de la angustia con todas las ulteriores y hemos visto que todas ellas conservan algo común, por significar todas, en cierto sentido, una separación de la madre; al principio sólo en sentido biológico, luego en el de una pérdida directa del objeto y más tarde en el de una pérdida indirectamente provocada de esta amplia conexión es un indiscutible merecimiento de Rank. Ahora bien: el trauma del nacimiento afecta a cada individuo con intensidad distinta, variando, con la intensidad del trauma, la violencia de la reacción de angustia y, según Rank, depende de esta magnitud inicial del desarrollo de angustia el que el individuo llegue o no a dominarlo por completo algún día, o sea, el que llegue a ser normal o neurótico [...]” (Inhibición, síntoma y angustia.).

Este mismo autor relata que la tendencia del aparato anímico del sujeto es mantener lo mas baja posible y constante la cantidad de excitación, todo aquello que tienda a elevarla es sentido como displacer.

Freud (1920) también explica que:

“Después de graves conmociones mecánicas, tales como choques de trenes y otros accidentes en los que existe peligro de muerte, suele aparecer una perturbación, ha largo tiempo conocida y descrita, a la que se ha dado el nombre de «neurosis traumática» [...]. En la neurosis traumática corriente resaltan dos rasgos, que se pueden tomar como puntos de partida de la reflexión: primeramente, el hecho de que el factor capital de la motivación parece ser la sorpresa; esto es, el sobresalto o susto experimentado, y en segundo lugar, que una contusión o herida recibida simultáneamente actúa en contra de la formación de la neurosis. Susto, miedo y angustia son términos que se usan erróneamente como sinónimos, pues pueden diferenciarse muy precisamente según su relación al peligro.” (Mas allá del principio del placer.).

Distingue así, la angustia del susto. La primera como un estado de expectación del peligro y preparación ante él y el segundo término como un estado que invade intempestivamente, no esperado, por lo tanto el sujeto no está preparado ya que predomina el factor sorpresa.

Afirma que la angustia no origina la neurosis traumática, ya que interviene algo que protege contra la invasión brusca del susto.

Prosigue de la siguiente manera:

“Y la vida onírica de la neurosis traumática muestra el carácter de reintegrar de continuo al enfermo a la situación del accidente sufrido, haciéndole despertar con nuevo sobresalto. Este singular carácter posee mayor importancia de la que se le concede generalmente, suponiéndolo tan sólo una prueba de la violencia de la impresión producida por el suceso traumático, la cual perseguiría al enfermo hasta sus mismos sueños. El enfermo hallaríase, pues, por decirlo así, psíquicamente fijado al trauma. Tales fijaciones al suceso que ha desencadenado la enfermedad nos son ha largo tiempo conocidas en la histeria”.

“Obsérvese asimismo que el carácter desagradable del suceso no siempre hace a éste utilizable como juego. Cuando el médico ha reconocido la garganta del niño o le ha hecho sufrir alguna pequeña operación, es seguro que este suceso aterrador se convertirá en seguida en el contenido de un juego. Mas no debemos dejar de tener en cuenta otra fuente de placer muy distinta de la anteriormente señalada. Al pasar el niño de la pasividad del suceso a la actividad el juego hace sufrir a cualquiera de sus camaradas la sensación desagradable por él experimentada, vengándose así en aquél de la persona que se le infirió. [...] De este modo llegamos a la convicción de que también bajo el dominio del principio del placer existen medios y caminos suficientes para convertir en objeto del recuerdo y de la elaboración psíquica lo desagradable en sí”. (Mas allá del principio del placer.).

Esta afirmación la explica el autor mediante la siguiente ejemplificación:

“Representémonos, pues, el organismo viviente en su máxima simplificación posible, como una vesícula indiferenciada de sustancia excitable. Entonces su superficie, vuelta hacia el mundo exterior, quedará diferenciada por su situación misma y servirá de órgano receptor de las excitaciones”[...]. “Sería entonces fácilmente imaginable que por el incesante ataque de las excitaciones exteriores sobre la superficie de la vesícula quedase modificada su sustancia duraderamente hasta cierta profundidad, de manera que su proceso de excitación se verificaría en ella de distinto modo que en las capas más profundas. Formaríase así una corteza tan calcinada finalmente por el efecto de las excitaciones, que presentaría las condiciones más favorables para la recepción de las mismas y no sería ya susceptible de nuevas modificaciones. Aplicado esto al sistema Cc. , supondría que sus elementos no pueden experimentar cambio alguno duradero al ser atravesados por la excitación, pues se hallan modificados en tal sentido hasta el último límite. Más, llegados a tal punto, se hallarían ya capacitados para dejar constituirse a la conciencia”.

“Aún nos queda algo por explicar en la vesícula viviente y su capa cortical receptora de estímulos. Este trocito de sustancia viva flota en medio de un mundo exterior cargado de las más fuertes energías, y sería destruido por los efectos excitados del mismo si no estuviese provisto de un dispositivo protector contra las excitaciones (Reizschutz). Este dispositivo queda constituido por el hecho de que la superficie exterior de la vesícula pierde la estructura propia de lo viviente, se hace hasta cierto punto anorgánica y actúa entonces como una especial envoltura o membrana que detiene las excitaciones, esto es, hace que las energías del mundo exterior no puedan propagarse sino con sólo una mínima parte de su intensidad hasta las vecinas capas que han conservado su vitalidad [...] La capa exterior ha protegido con su propia muerte a todas las demás, más profundas, de un análogo destino, por lo menos hasta tanto que aparezcan excitaciones de tal energía que destruyan la protección.” (Mas allá del principio del placer.)

Hasta aquí, este autor expone que la vesícula viva contiene un dispositivo protector contra el mundo externo. La primera capa cortical de dicha vesícula está diferenciado como un órgano destinado a recibir las excitaciones que provienen del mundo exterior. Esta capa cortical constituye luego el sistema Cc. Y recibe además las excitaciones procedentes del mundo interno.

La diversidad de las condiciones para la actuación de este sistema, entre las excitaciones procedentes del mundo interno y del externo, es lo que regula el funcionamiento del sistema y de todo el aparato psíquico.

Freud (1920) concluye que:

“A mi juicio, puede intentarse considerar la neurosis traumática común como el resultado de una extensa rotura de la protección contra las excitaciones. [...] También para nosotros conserva el susto su importancia. Su condición es la falta de la disposición a la angustia (Angsbereitschaft), disposición que hubiera traído consigo una «sobrecarga» del sistema, que recibe en primer lugar la excitación. A causa de tal insuficiencia de la carga no se hallan luego los sistemas en buena disposición influyentes, y las consecuencias de la rotura de la protección se hacen sentir con mayor facilidad.

Hallamos de este modo que la disposición a la angustia representa, con la sobrecarga de los sistemas receptores, la última línea de defensa de la protección contra las excitaciones. En una gran cantidad de traumas puede ser el factor decisivo para el resultado final la diferencia entre el sistema no preparado y el preparado por sobrecarga. Más esta diferencia carecerá de toda eficacia cuando el trauma supere cierto límite de energía”. (Mas allá del principio del placer.)

De este modo, un *vivenciar traumático* es constitutivo del aparato psíquico (el nacimiento); si a lo largo del desarrollo los contenidos no son elaborados en un ambiente suficientemente contenedor se sentarán las bases para la aparición de diferentes patologías, entre ellas los desordenes psicósomáticos.

Una situación traumática es un hecho concreto, externo al sujeto, que puede provocar o no una herida psíquica.

Se establece que en una vivencia estresante la angustia ante el alerta psíquico es moderada y las defensas son adecuadas; en este caso se estaría ante la angustia señal caracterizada por Freud. En el caso de la vivencia traumática, la personalidad colapsa ante la brusca discontinuidad psíquica y la intensidad de la angustia.

Rinaldi (2001) recalca que el acto quirúrgico tiene una finalidad terapéutica pero es un hecho cruento e intrusivo, frecuentemente doloroso.

La sola indicación de una cirugía –aún siendo leve- conmueve al sujeto, abre cuestionamientos en cuanto a su integridad corporal y moviliza hitos previos de su historia.

Rinaldi (2001), explora cuáles son los factores que determinan que ante la inminencia de una cirugía, el psiquismo de un sujeto reaccione ante el estresor como frente a una situación estresogénica y el de otro, como un suceso traumatogénico. La diferencia en el vivenciar dependerá de cómo se articulen algunas condiciones:

Las características de personalidad del paciente, producto de la interacción del *factor genético-constitucional* del sujeto y del *factor adquirido* vinculado con la historización singular realizada durante su desarrollo. Esta conjunción tendrá efectos sobre su capacidad de afrontamiento.<sup>1</sup>

El *significado* que cada paciente atribuye al suceso traumático. En este caso el pasado será condicionante del presente así como el hecho actual *resignificará* lo histórico y transmitirá el sentido al futuro. La intensidad de la injuria dependerá de la elaboración de situaciones traumáticas anteriores.

El *momento evolutivo* que atraviesa un individuo y sus condiciones sociales pueden facilitar o no el afrontamiento.

La *red de sostén sociofamiliar* es de suma importancia, particularmente en el caso de niños. La contención que el entorno puede brindar amortigua el impacto que el suceso conlleva, facilitando la adaptación. El aislamiento afectivo, por el contrario, opera como factor de riesgo adicional.

El último aspecto que Rinaldi (2001), analiza es la *predicibilidad del hecho* estresor o traumático y considera que la adaptación se facilita cuando el suceso es predecible.

Deben sumarse otras variables a las ya mencionadas para determinar si lo que se enfrenta es un suceso estresogénico o traumatogénico y poder evaluar la **vulnerabilidad** del sujeto.

- Se observará cómo reciben el paciente y su familia la notificación de la necesidad quirúrgica. En este punto es fundamental la estrategia que el médico utilice para informar y contener. Si bien esta noticia casi siempre impacta vivamente, el modo en que se transmita permitirá que se considere más como un desafío de características reparatorias que con connotaciones de castración.
- Otro aspecto que debe ser tenido en cuenta cuidadosamente es la localización anatómica involucrada en la cirugía. Ciertas partes del cuerpo están estrechamente ligadas con la identidad y con la erogeneidad. Las manos, el rostro, la zona abdominal baja y los genitales constituyen localizaciones particularmente sensibles para niños y adolescentes.

La evaluación de todos los factores enumerados permite establecer un diagnóstico presuntivo del nivel de vulnerabilidad emocional del paciente y definir el abordaje adecuado para cada caso.

El autor describe el concepto de vulnerabilidad como fundamentalmente psicológico, de carácter predictivo, que permite inferir el nivel de disminución de las defensas psicobiológicas que podría dar lugar a la aparición de trastornos o enfermedades posteriores. (Rinaldi, 2001).

Ya se ha señalado el efecto traumático que la cirugía provoca en las funciones preconcientes del paciente. Este circunstancial funcionamiento operatorio, en que las representaciones se desactivan debido a la neutralización de las funciones del preconciente, actúa como un proceso circular que incrementa el nivel de vulnerabilidad preexistente. Es difícil sostener la unidad psicosomática cuando se ciernen amenazas sobre la integridad corporal.

Cuando la vulnerabilidad es baja –los casos más favorables– una sola sesión de “psicoprevención médica” puede ser suficientemente eficaz.

Los casos de vulnerabilidad media o alta deben ser abordados según el modelo de “prevención psicosomática quirúrgica psicoterapéutica”.

Siempre que se trate de alta vulnerabilidad la decisión de operar quedará supeditada a la evaluación interdisciplinaria que decidirá lo más conveniente caso por caso. Podría ocurrir que la cirugía fuese demorada hasta optimizar el estado psicobiológico para llegar a la intervención en las mejores condiciones. Cuando el riesgo por no operar supera el del nivel de vulnerabilidad se decidirá por la cirugía, aún con sus limitaciones. Finalmente, si el riesgo quirúrgico fuese demasiado alto, el equipo determinará si la cirugía es inviable.

Una cirugía menor que se programa con algunos días de anticipación en un niño con un buen entorno psicoafectivo, se considera de vulnerabilidad baja. Será suficiente un control psico-diagnóstico en el postoperatorio. En cambio, en el caso de un niño de cinco años que sufre, por ejemplo, de fimosis, la edad y la localización quirúrgica indican vulnerabilidad media; debería recibir atención psicoterapéutica todo el proceso.

Un caso hipotético de alta vulnerabilidad sería el de un adolescente que ha sufrido la pérdida de su padre recientemente, en el que se detectan signos de negación del duelo y que solicita una cirugía estética de nariz. Aquí lo indicado sería que evaluara con un profesional la conveniencia de tomarse un tiempo de elaboración previa a la intervención. (Rinaldi, 2001).

En síntesis, se puede afirmar que la psicoprofilaxis quirúrgica permite detectar y tratar posibles traumas producidos por la situación de cirugía, así como también prevenir y disminuir los efectos estresantes de dicha circunstancia. Por último, este proceso preventivo sirve como diagnóstico y pronóstico a través de la evaluación del nivel de vulnerabilidad de sujeto.

---

1. Es decir están en juego sus series complementarias.

## Capítulo III. Perspectivas para el análisis del proceso de psicoprofilaxis quirúrgica en niños

### 1- Prevención psicósomática en cirugía infantil: particularidades y tareas de acuerdo con el periodo evolutivo en la niñez

El objetivo básico que se propone la psicoprofilaxis quirúrgica es evitar que una situación naturalmente traumática como es la cirugía derive en una organización patológica.

El impacto inherente al acto quirúrgico adquirirá características particulares de acuerdo con el período evolutivo que atraviesa el niño y las angustias que se tramitan en cada uno. En consecuencia el abordaje preventivo deberá adecuarse a las circunstancias del desarrollo, individuales de cada caso. (Rinaldi, 1978 y 2001).

El niño en su primer año de vida no ha logrado una maduración psíquica que le permita comprender su sufrimiento ni adjudicarle un sentido. Depende exclusivamente de su entorno familiar inmediato, particularmente de la madre.

Ante el dolor físico y la separación de la madre originada por la hospitalización, es esperable que la respuesta sea una reacción masiva del organismo – el trayecto entre lo emocional y lo somático es breve por la falta de mediación simbólica- y la angustia predominante tome el carácter de aniquilación.

Durante los dos primeros años de vida la angustia está teñida por el temor al abandono. La psicoprevención en ese período consiste en una orientación psicoterapéutica dirigida a los padres.

Desde los dos años en adelante, el niño adquiere progresivamente el lenguaje, se desarrolla la expresión lúdica y el grafismo, componentes fundamentales para la relación terapéutica y la posibilidad de elaboración.

Alrededor de los cuatro o cinco años, la imagen corporal se haya más integrada y el yo ha evolucionado. En esta fase predomina la angustia de castración que se verá incrementada ante la amenaza quirúrgica y se actualizarán situaciones previas de pérdida. La psicoprevención en esta etapa, a través del juego y del lenguaje, permite que el niño elabore estas fantasías inconscientes de castración y pueda discriminar el natural miedo a la operación de su fantasmática inconsciente.

Rinaldi (2001) refiere el caso de un niño: "... la mamá de un paciente, Marcelo de 5 años y medio, vino con urgencia al Hospital de Niños, muy angustiada. Marcelo debía ser operado de una ectopía testicular y su madre me comentó que, unos días antes de la intervención quiso llevarlo al peluquero. Marcelo se negó diciendo: ¿Para que voy a ir? si voy a ser una nena, me tiene que crecer el pelo". Esta viñeta muestra cómo, bajo la influencia de la angustia de castración, se entrama un complejo que revela el impacto sobre la imagen corporal y la identidad del pequeño.

Goldberg y Rinaldi (1973) señalan el propósito de toda preparación preoperatoria: realizar intervenciones que permitan disminuir la angustia masiva y paralizante para derivarla en angustia señal que contribuya a elaborar la situación traumática.

El descenso del monto de angustia abre paso a la formación de símbolos y se enriquece la actividad lúdica. (Rinaldi, 1978).

En la actualidad, el trabajo de prevención psicósomática busca la transformación de la angustia automática en angustia señal para que ésta ponga en marcha las defensas que permitan dar contenidos y significados elaborativos de la amenaza quirúrgica.

La cirugía o la enfermedad de un niño es una circunstancia compleja que requiere un abordaje múltiple e integrado que considere al niño y a su enfermedad tanto como a su familia.

### 2- Efectos del daño orgánico desde las perspectivas de la edad y el desarrollo psíquico del niño y de la enfermedad en sí

Bekei (1981), pediatra y psicoanalista, se propone analizar el impacto de las enfermedades crónicas en el niño. Es relativamente frecuente que éstas enfermedades requieran una intervención quirúrgica; su trabajo aporta datos significativos sobre la personalidad preexistente de los niños que enfrentan una cirugía.

La autora señala que la enfermedad crónica es un problema demasiado amplio y complejo como para ser tratado exhaustivamente, por lo que decide abordarlo distinguiendo tres perspectivas principales cuyos factores se influyen mutuamente:

- Desde el niño, propone tomar en cuenta su desarrollo psíquico al momento de enfermar.
- Desde la enfermedad, debe considerarse qué clase de enfermedad se enfrenta y cuál es su localización.
- Desde el vínculo madre-hijo, las particularidades familiares y socioeconómicas que rodean al niño, hay que analizar su influencia en el niño frente a la instancia quirúrgica.

Rescata el concepto de Anna Freud, para quien no solo la enfermedad sino las medidas terapéuticas y

la atmósfera emocional en las que se llevan a cabo, crean angustias persecutorias y desencadenan regresiones yoicas y libidinales y constituyen en conjunto una agresión psíquica. Para analizar los efectos del daño corporal considera que el impacto se produce sobre el yo como instancia del aparato psíquico. La autora conceptualiza al yo como una estructura psíquica en la que se unen cuerpo y mente. Lo diferencia del *self*, término que se reserva para referirse a la persona total de un individuo en la realidad.

Destaca una ponencia teórica de Rodriqué (1968), quien señaló el efecto desorganizador del daño corporal grave, temprano y prolongado.

Este autor diferencia tres niveles de gravedad. El primero es más leve y tratable si se actúa tempranamente, mientras que el tercero es irremediable. Sostiene que la desorganización psicológica que el daño físico produce es mayor cuanto más temprano se presente y cuanto más prolongado sea.

Utiliza términos kleinianos para expresar que, para que el niño sea capaz de defenderse, es necesario que haya formado objetos totales y alcanzado la posición depresiva; debería tener capacidad de simbolización, sentimientos ambivalentes hacia las personas y verse a sí mismo como una unidad.<sup>2</sup> Un niño con mayor madurez tolera mejor los ataques a su integridad física.

En términos freudianos, las condiciones serían que el niño tiene que tener un *self* discriminado y un yo relativamente autónomo, haber formado una imagen corporal primitiva y tener identidad y representaciones de objeto y de mundo.

La primera perspectiva que Bekei (1981), considera que debe ser analizada para abordar al niño enfermo es la de su *desarrollo psíquico al momento de enfermar*. Para Rodriqué (1968), cuando el trauma concuerda con el momento evolutivo en términos por ejemplo de: zona erógena/ zona lesionada, refuerza la maduración en lugar de contrarrestarla y disminuye el riesgo de confusión corporal severa que afecta la imagen del cuerpo. Otros autores, como Greenacre (1960) plantean, por el contrario, que traumas concordantes acentúan las fantasías características de la fase en curso y afectan la imagen corporal. Estas experiencias resultan tan significativas que producen efectos de ligazón con las vivencias esperables o traumáticas de las próximas fases.

La adquisición de la palabra - como símbolo acabado - y la del dibujo primitivo, contribuyen a hacer posible una mayor elaboración del daño. Si el niño no hubiese alcanzado aún la etapa depresiva éste será mucho más grave en tanto el pequeño carece de símbolos representativos, y utilizaría defensas primitivas como la disociación, la negación y el clivaje.

El trauma puede perturbar la formación de la imagen corporal. El grado de discriminación adquirida previamente, determinará cuan precisos serán los límites entre *self* y *no-self*. Las secuelas psíquicas podrían dar lugar a una psicosis simbiótica, hipocondría, perversión o enfermedad psicósomática. (Bekei, 1981).

Bekei (1981) describe otro cuadro posible, el trastorno de identidad narcisista, caracterizado por una debilidad yoica, en el cual subsisten fantasías inconscientes de fusión con el objeto, que producen deformaciones del yo corporal y confusión en los límites entre las representaciones del *self* y de los *objetos*.

Estos trastornos se diferencian de la psicosis, si bien comparten con ésta la fijación preedípica y conservan signos de simbiosis madre - hijo.

La autora concluye que el nivel de gravedad que surja variará desde la psicosis hasta la posibilidad de sublimar el daño en creación artística, dependiendo de los factores ya analizados; enfatiza la importancia del vínculo materno, específicamente su capacidad de *reverie*, que prestará al niño un yo auxiliar útil. El concepto de *reverie* fue caracterizado por Bion como la función de contención materna que hace frente a las identificaciones proyectivas masivas del bebé.

En la medida en que el yo madura el niño puede defenderse mejor del trauma que la enfermedad orgánica produce y disminuye el riesgo de desintegración que las regresiones yoicas y libidinales pueden acarrear. Esto no implica que no haya impacto; a los daños específicos de la enfermedad, deberán añadirse también los efectos de las medidas terapéuticas y el clima emocional que se configura ante la enfermedad. Tanto las restricciones como las imposiciones derivadas del tratamiento provocan angustias persecutorias y disparan regresiones. A nivel yoico se observa la pérdida de logros recién adquiridos. Los niños difícilmente toleran la restricción de movimiento y la inmovilidad forzada puede provocar la aparición de tics o la sobreerotización del cuerpo al frenarse la descarga impulsiva; pero cuando las condiciones familiares son favorables y el yo está estructurado, la inmovilización puede acelerar el desarrollo de otras capacidades.

Las restricciones alimenticias, en comparación con la ingesta obligatoria de alimentos o medicación, son menos lesivas. La angustia persecutoria surge como consecuencia de la proyección de impulsos agresivos que no se pueden descargar. Así, la ingestión forzada de comida o remedios son temidas como venenos.

---

2. La posición depresiva supone haber logrado la fantasía o la experiencia psíquica de un objeto total y la aceptación de que el mismo posee aspectos buenos y malos sin necesidad de tener que escindir los aspectos no deseados.

Las fantasías inconscientes afectan también la tolerancia al dolor. La simple aplicación de rayos puede desencadenar intensas angustias paranoides como temor al envenenamiento (orales), a infecciones (anales) o a ser mutilado (de castración). El dolor que acompaña a algunos tratamientos puede despertar tendencias masoquistas; en algunos niños se verifica amor y temor simultáneo respecto a su médico.

En lo que concierne a la *distribución libidinal* del niño enfermo y dolorido, se van transfiriendo las cargas de modo tal que aparece un retiro de libido del mundo externo para depositarla en el cuerpo y así satisfacer la mayor demanda que la enfermedad reclama. Hay entonces una transformación de libido objetal en libido narcisista. Esto se expresa en actitudes tales como el rechazo de juguetes y el desinterés por la comida y las muestras de afecto. Los allegados interpretan estas actitudes como un retraimiento que hace pensar en un agravamiento de la enfermedad, sin embargo es un proceso esperable.

Dice S. Freud (1914) al respecto:

“...Todos sabemos, y lo consideramos natural, que el individuo aquejado de un dolor o malestar orgánico deja de interesarse por el mundo exterior, en cuanto no tiene relación con su dolencia. Una observación más detenida nos muestra que también retira de sus objetos eróticos el interés libidinoso, cesando así de amar mientras sufre...”. (Introducción al narcisismo).

En otros casos, prosigue Bekei (1981), aparecen niños que se tornan exigentes y pegajosos; no pueden proveerse de las catexias adicionales que necesitan y las demandan del ambiente. Si bien esta actitud generalmente se modifica, puede provocar cambios duraderos en el carácter.

En niños sin madre - atendidos institucionalmente -, con un yo débil, la modificación del flujo libidinal puede tomar un carácter intenso dando lugar a un cuadro hipocondríaco.

El análisis del impacto de la enfermedad crónica, cuando el yo ya se ha formado, permite apreciar diferencias entre los casos de un yo bien estructurado y los de un yo débil cuyas defensas son precarias y arcaicas. Lo que aparece con mayor frecuencia es la respuesta deficitaria.

La observación de niños internados en el hospital por dolencias crónicas mostró que en la generalidad de los casos las defensas eran de carácter primitivo; rechazaban la visita de amigos debido a la tristeza y envidia que les generaba ver a sus pares desplazarse con libertad. El aislamiento, la disociación, la negación y la envidia fueron las reacciones típicas frente al impacto de la enfermedad.

En muchos casos los niños no quieren volver a su hogar; prefieren ser atendidos y estar rodeados de niños enfermos como ellos: la internación les permite evadir la sensación de ser diferentes a los demás.

Cuando el niño ha logrado un yo fuerte, el repertorio de defensas es amplio y la respuesta a la agresión de la enfermedad puede ser el uso sublimatorio de este daño desarrollando áreas no involucradas en la enfermedad. (Bekei, 1981).

La segunda perspectiva a tener en cuenta para el análisis integral del niño afectado es la de *la enfermedad misma*. Debe evaluarse la diferencia entre el impacto que producen las enfermedades congénitas y las adquiridas, tomando en cuenta la importancia del surgimiento temprano en el nivel de gravedad.

Otro aspecto importante a considerar es *la localización de la enfermedad*. La imagen corporal se verá afectada de un modo u otro según sea el órgano implicado. Esta perturbación repercutirá a su vez en el proceso de constitución del yo, ya que la imagen corporal es esencial para la integración yoica.

A modo de ejemplo: la ceguera genera sentimientos de inseguridad, los que a su vez provocan restricción de los movimientos; el daño se extiende al área motriz en general y por ende el desarrollo yoico se ve demorado. La sustitución de estímulos visuales por acústicos y táctiles es insuficiente para superar la dificultad para orientarse en un mundo.

Otro ejemplo son ciertas malformaciones congénitas localizadas en los genitales que acarrear consecuencias psicológicas aún siendo corregibles. En el caso de la criptorquidia<sup>3</sup>, si bien el defecto no está expuesto a la mirada, es palpable. La angustia de castración típica se asocia al testículo faltante; ya no se trata de una amenaza sino que la pérdida se puede comprobar. La corrección quirúrgica de esta anomalía produce una notable modificación de los síntomas.

La tercer perspectiva de análisis planteada por Bekei (1981), de un niño que padece una enfermedad crónica es la relacionada al vínculo madre-hijo y las particularidades familiares y socioeconómicas que rodean al pequeño.

### 3- Efectos del daño orgánico desde la perspectiva del estado psico-social familiar.

El estrés psicológico implícito en la cirugía alcanza no solo al paciente sino a su familia. La internación hospitalaria acarrea separaciones en el ámbito familiar; el enfermo y sus acompañantes y cuidadores, se

3. Es la falta de emigración de los testículos desde su sede embrionaria (en el abdomen) a su sede definitiva en las bolsas escrotales.

alejan del hogar. Surgen dificultades de orden práctico ya sea por factores económicos o por inconvenientes en la atención doméstica; el ritmo de vida de la familia se ve alterado. (Giacomantone, 1994).

Cuando el enfermo es un niño, la familia debe asumir la responsabilidad del control y organización de todo lo concerniente al tratamiento médico. En ocasiones el niño requiere ser evaluado regularmente en su domicilio lo que altera también la dinámica familiar.

El aspecto más importante a tener en consideración es el apoyo socioemocional que los pequeños necesitan recibir de sus familiares como parte vital del tratamiento. Generalmente es la madre quien asume gran parte de la responsabilidad y la relación madre hijo se hace más estrecha y en algunos casos, se sobreprotege al niño. Esto provoca desequilibrios en los vínculos; la figura del padre pareciera desdibujarse ante el protagonismo materno.

En cuanto a los hermanos, las reacciones difieren; pueden ser tanto de aceptación como de rechazo de la situación, lo que acarrea desajustes físicos o psicológicos. Hay quienes pueden sentirse relegados, otros, pueden presentar dificultades escolares. Aún así es bastante frecuente que los hermanos colaboren acompañando al enfermo o apoyándolo en la dieta. En buena parte de estos casos la actitud cooperativa responde a la intervención motivadora de los padres. La relación de pareja también sufre desajustes al enfrentar la situación disruptiva originada por la intervención. (Prece y Shufer, 1995).

Resulta muy importante detectar los antecedentes psicosociales. Se consideran ítems significativos las situaciones de crisis agudas -como pueden ser accidentes y/o divorcios recientes-, violencia familiar, abandono. Pueden considerarse también de riesgo las familias uniparentales sin red de apoyo. Se analizarán las situaciones estresantes crónicas tales como extrema pobreza, enfermedad mental o física de los padres, prisión, discapacidad y otros.

Conocer el estado psicosocial del niño y su familia favorece el logro de un cuidado integral del paciente, permite descubrir eventos que pudieran interferir con la evolución de la operación y en el caso de cirugías electivas, puede decidirse su postergación hasta un momento más oportuno. Habrá casos en los que se dará intervención al servicio social o a otros sectores que pudieran corresponder. (Blanco e Lñon, 1998).

Desde el punto de vista del psicoanálisis, Bekei (1981) establece que en los casos de defectos congénitos la capacidad de *reverie* materna es decisiva en cuanto que de ella dependerá que se pueda tramitar la problemática y se abra el camino a una sublimación posterior.

Es frecuente que surjan en la madre mecanismos compensatorios debido a la herida narcisista que significa un hijo "defectuoso". Pueden aparecer actitudes sobreprotectoras que llevan a la inmovilización exagerada del niño que dificulta la descarga agresiva y libidinal o bien, a una sobreestimulación que aumenta los efectos psíquicos adversos del daño corporal.

Existen hallazgos de que la madre es quien en primer término transmite a su hijo las pautas relativas a su salud o enfermedad. Posteriormente influirán hermanos, amigos y el medio ambiente en general. Todos contribuirán, en su momento, a la adaptación del enfermo a los patrones esperables para su sexo y edad.

El clima emocional es de suma relevancia. Las madres continuamente tensas son las que detectan mayor cantidad de síntomas en sus hijos.

Se ha observado que el nivel educativo maternal es otro factor que influye en la preocupación por los síntomas. Las madres con menor educación se inclinan más al fatalismo y no están dedicadas al control y prevención de los síntomas.

La revisión de varios casos clínicos le permite a Bekei (1981) afirmar que la falta de amor parental genera actitudes autoagresivas que se agregan a la problemática de la enfermedad debilitando el yo del niño. En cambio, el afecto y la contención de los padres, crean una base sólida que facilitará la articulación de defensas que protegen de la enfermedad e incluso fortalecen al yo.

En este mismo sentido Rinaldi (2001) señala que la carencia de aportes básicos restringe el desarrollo de las defensas yoicas. Se ha observado que ante la misma carencia el trastorno que resulta es diferente en cada paciente, tanto en características como en intensidad. Esto obedece a que la dinámica de las interacciones entre la competencia del yo y las defensas está determinada por los aportes innatos y por los adquiridos que derivan de la calidad de los cuidados maternos, en cada sujeto en particular.

Si del diagnóstico psicológico del niño y el del entorno afectivo surge que hay un buen funcionamiento mental en el paciente y que el medio familiar es contenedor, el riesgo psicosomático será bajo. En cambio, si se tratara de familias con severos conflictos de integración, pobreza de comunicación y de compromiso afectivo, la aceptación de la intervención quirúrgica se verá comprometida por la alta vulnerabilidad psicosomática.

En algunas ocasiones se encuentran familias fuertemente estructuradas que rechazan toda contención psicológica.

El equipo médico se encarga entonces de aclarar todos los detalles de la operación con la mayor precisión posible para evitar las consecuencias de tal actitud. Si el paciente ignora como se desarrollará

la cirugía se angustia, no colabora adecuadamente en el postoperatorio y su pronóstico es sensiblemente peor que el del paciente esclarecido. (Rinaldi, 2001).

En esta misma línea de pensamiento Giacomantone y Mejía (1995) sostienen que las familias más aglutinadas suelen tener una modalidad de comportamiento que interfiere con el manejo de la situación quirúrgica, en tanto despliegan una sobreprotección acentuada. Ocurre que es siempre la misma persona quien cuida al paciente con una actitud asfixiante, nunca lo deja solo. Perturba el manejo médico y de enfermería, supervisando paso a paso la actividad asistencial en busca de errores, controlando el cumplimiento de los horarios de administración de medicamentos, goteo del suero, etc.

Es frecuente que estas actitudes encubran fuertes sentimientos ambivalentes de amor y culpa o reproche hacia el equipo médico, que a la postre podrán derivar en intensas tensiones que tendrán sus consecuencias en el cuidado del paciente. Estos conflictos por ambivalencia, que son advertidos por el enfermo, pueden manifestarse en él como dificultades en la rehabilitación. La marcada hostilidad que siente el paciente es una respuesta hacia su familiar, aunque se vuelva sobre sí mismo.

Caplan (1993) resalta la ayuda que la familia puede prestar en momentos difíciles. Las interacciones entre el niño y su grupo familiar actúan a favor de su recuperación.

Es por ello que al diseñar un modelo preventivo se incluye a la familia, brindándole la participación necesaria; además puede intervenir correctivamente.

Las acciones correctivas en general apuntan a las modalidades de interacción personal y de adaptación al estrés que podrían acarrear complicaciones. (Giacomantone y Mejía, 1994).

Aberastury (1999), por su parte, sostiene que es necesario aceptar límites en la acción psicoterapéutica; estos límites pueden surgir "no sólo de un cuerpo o de una mente muy lesionados sino también de un medio socioeconómico y familiar muy lesionante".

En síntesis: todo el equipo que lleva adelante la tarea psicopreventiva debe tener en cuenta, tanto para el diagnóstico como para la intervención, las condiciones sociofamiliares y económicas que puedan intervenir positiva o negativamente en el transcurso de la hospitalización del pequeño.

## Capítulo IV. El niño frente a la cirugía

### 1- El origen de la psicoprofilaxis quirúrgica en niños en la Argentina

Rinaldi (2001) sitúa los antecedentes de la prevención psicósomática quirúrgica infantil en Argentina, en los progresivos cambios que surgieron a partir de las observaciones de algunos profesionales que detectaron la intensa angustia, el dolor y los profundos sentimientos de desvalimiento que las internaciones y operaciones provocaban en los pequeños.

Surge entonces un movimiento que busca actuar preventivamente, liderado por Florencio Escardó, en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, que inaugura la posibilidad de acompañamiento materno durante la internación.

La prevención psicósomática quirúrgica continúa hoy esta línea de pensamiento. Procura, entre otras cosas, mediante el trabajo conjunto del equipo quirúrgico y el psicoterapeuta, reducir el tiempo que el niño deba pasar sin la madre o familiar idóneo. (Rinaldi, 2001).

En el año 1966 los integrantes del equipo de cirugía cardiovascular del Hospital de Niños vieron la necesidad de una preparación psicológica para los pacientes que debían ser operados. Fue Arminda Aberastury quien aportó su experiencia psicoanalítica en el análisis de niños, inaugurándose así la intervención psicoterapéutica preventiva en cirugía cardiovascular. En la actualidad ésta se ha extendido a todo tipo de cirugía infantil. (Goldberg y Rinaldi, 1973).

En sus comienzos, el abordaje psicósomático preventivo se centró en el esclarecimiento del niño en cuanto a qué iba a ocurrir en el acto quirúrgico. La experiencia posterior mostró la necesidad de que la prevención cubriese todo el proceso quirúrgico. (Rinaldi, 2001).

Aberastury (1999), durante la implementación de esta experiencia pionera, accede a la lectura de un caso publicado por Sophie Morgernstern en 1937 que despertó su inquietud por investigar, si en todas las ocasiones, una cirugía podía generar efectos traumáticos. En el historial, Morgernstern planteaba que el mutismo total de un niño de ocho años era un síntoma relacionado con una amigdalectomía que se le había realizado previamente. De la interpretación de los dibujos realizados durante el tratamiento surgió la hipótesis de que para el inconsciente del niño sus genitales podrían serle arrancados tal como había ocurrido con sus amígdalas. Se había producido un desplazamiento de la angustia de castración de los genitales a la boca. El niño intentó evitar la castración manteniendo la boca cerrada. Su hipótesis fue corroborada por los resultados terapéuticos: el niño volvió a hablar luego de una breve intervención psicológica. Las condiciones en que se realizó el acto quirúrgico explicaban el terror que le había generado el síntoma.

De acuerdo con su experiencia, Aberastury (1999) sostiene que aún cuando toda operación incrementa la angustia de castración en ambos sexos, cuidar las condiciones en que esta se lleva a cabo es fundamental y permite esclarecer el origen de algunos síntomas.

Observó que la elaboración de la pérdida de una parte del cuerpo variaba significativamente si el paciente había sido llevado engañado o esclarecido respecto de la cirugía y su necesidad.

Estas comprobaciones hicieron que a partir de la década del setenta esta autora crease una técnica – partiendo del psicoanálisis de niños- que sirviera a la profilaxis de algunos problemas que no obedecían a la operación misma. Esta técnica fue transmitida a quienes, posteriormente, se formaron con ella.

## 2- Cirugía de Urgencia

Existe una gran cantidad de casos en los que la cirugía es una medida imprevista e imprescindible y la intervención debe ser inmediata.

Rinaldi (1978) afirma que aunque se esté frente a una urgencia la psicoprofilaxis es fundamental y que aún en esos casos hay que actuar preventivamente; se trata de una situación altamente disruptiva, en tanto que el natural impacto quirúrgico se articula con la situación de emergencia.

La técnica en estos casos consiste en que el cirujano y el anestesista serán quienes tengan a su cargo la tarea psicopreventiva. Ellos deberán tener una actitud más activa que permita rápidamente el esclarecimiento de todo lo concerniente a la operación, teniendo en cuenta la angustia de muerte que generalmente rodea a la cirugía de urgencia (accidentes, desastres masivos, etc.).

En los casos de niños muy pequeños - como ya se ha señalado - se trabajará exclusivamente con los padres; cuanto más esclarecidos ellos estén, menor será su ansiedad y el niño estará también menos ansioso. Las condiciones serán las más favorables para llevar a cabo la intervención y las secuelas serán menores. Estas son las situaciones típicas en que la modalidad de abordaje es la llamada *prevención psicósomática quirúrgica médica*. (Rinaldi, 2001).

Para los doctores Blanco y Iñon (1998) las cirugías de urgencia siempre conllevan un riesgo quirúrgico adicional. En los casos de extrema gravedad que requieren una intervención inmediata, se prioriza poner a salvo la vida del paciente sin pérdida de tiempo. Pero en la mayoría de las operaciones es posible realizar un adecuado interrogatorio al niño o a sus padres, que permita obtener información suficiente, mientras se prepara al paciente para su ingreso al quirófano.

En todo tratamiento quirúrgico se requiere un documento de consentimiento que resuma la información brindada al paciente y a sus padres. Este documento será firmado por los representantes del niño (padres o tutores) y tiene valor legal. En la cirugía de urgencia la emergencia desplaza al consentimiento ya que prevalece el valor vida sobre el valor libertad; sin vida no hay libertad posible.

En lo concerniente a la información, tanto el niño como sus familiares necesitan recibir una información básica de lo que sucede en el momento y lo que ocurrirá al despertar de la anestesia.

Las características propias de la cirugía de urgencia imponen que el sostén psicológico no aportado por la premura de la intervención sea multiplicado después de la misma.

En situación de emergencia es esperable que no todo pueda ser comprendido, pensado ni elaborado por el paciente, por lo tanto, se espera también un estrés postquirúrgico debido a lo traumático de la situación.

Es frecuente que los niños necesiten repetir continuamente lo ocurrido o pidan que se les relate el hecho traumático una y otra vez.

Al respecto S. Freud (1920) expresa:

“Cuando el médico ha reconocido la garganta del niño o le ha hecho sufrir alguna pequeña operación, es seguro que este suceso aterrador se convertirá en seguida en el contenido de un juego. Mas no debemos dejar de tener en cuenta otra fuente de placer muy distinta de la anteriormente señalada. Al pasar el niño de la pasividad del suceso a la actividad el juego hace sufrir a cualquiera de sus camaradas la sensación desagradable por él experimentada, vengándose así en aquél de la persona que se la infirió.” (Mas allá del principio del placer.)

Es necesario ayudar al niño para que estos acontecimientos, incluyendo la reparación quirúrgica lograda, se inscriban en su historia. La intervención profesional dará prioridad a esta necesidad.

La cirugía de urgencia produce un quiebre en la dinámica familiar. Puede ocurrir que los padres respondan al impacto con severos efectos de shock o caigan presos de una angustia difícil de controlar. En tal caso, ellos también deberán ser asistidos; mientras tanto, se tratará de lograr que otro familiar o miembro del hospital los reemplace en su tarea de continencia emocional. (Blanco e Iñon, 1998).

La recuperación postquirúrgica en la unidad de terapia intensiva constituye una de las situaciones más difíciles de manejar.

Si como consecuencia de la intervención el niño despierta en una unidad de cuidados intensivos, fatigado, rodeado de máquinas, desorientado, posiblemente dolorido y dependiendo completamente de personas

desconocidas puede ser presa de pánico, sobre todo si no recibió una preparación suficiente. La permanencia en una unidad de estas características deberá ser cuidadosamente considerada.

En todo caso, es necesario asegurarse de que cuando el pequeño llegue a su habitación esté esperando a un familiar que lo contenga. (Bellak y Siegel, 1986).

Siempre se recomienda una entrevista psicológica postquirúrgica que permita evaluar el grado de trastorno emocional provocado y detectar si se hubieran presentado reacciones emocionales patológicas para definir el curso de acción futura. Aquí, la prevención es secundaria, se orienta a disminuir la duración del daño que hubiese habido. (Rinaldi, 2001).

### 3- Etapas del proceso quirúrgico

En el proceso quirúrgico se diferencian claramente tres momentos: el prequirúrgico, el acto quirúrgico y el postquirúrgico. A continuación se describen cada una de estas etapas con sus características que les son propias.

#### 3.1- Período prequirúrgico.

El período prequirúrgico se extiende desde el momento en que se indica la cirugía hasta la intervención. Según como se transite esta etapa quedará una impronta que tendrá efectos en los momentos posteriores.

El niño que enfrenta una cirugía está ubicado en un complejo campo interdisciplinario que incluye habitualmente al pediatra, un cirujano, un anestesiólogo, un equipo de enfermería y un psicoterapeuta. (Rinaldi, 2001).

Habitualmente, el pediatra deriva al paciente a su equipo de confianza. Este es el punto inicial de la necesaria cadena de transmisión de confianza que deberá crearse para optimizar la situación del paciente y su familia ante el evento quirúrgico. Se trata de favorecer una mejor recuperación posquirúrgica, disminuir las posibilidades de complicaciones y permitir que en todos los casos posibles la cirugía sea llevada a cabo según la modalidad "hospital de día" (internación unas horas antes de la cirugía y alta unas horas después, con la recuperación). Se asegura de este modo un beneficio para el niño, su familia y la institución. Lo ideal es que se realice una tarea integrada con todos los profesionales intervinientes, coordinados por el pediatra de cabecera o quien ocupe esa función.

La confianza que la familia tiene en el pediatra es transferida al cirujano con su derivación. A partir de ese momento, el foco se centra en el vínculo cirujano – paciente – familia. (Blanco e Iñon, 1998). Un aspecto relevante a tener en cuenta es la relación de transferencia existente por la cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos presentes, tratándose de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad.

El cirujano será quien decida lo relativo a la técnica de abordaje quirúrgico, tipo de anestesia y tratamientos previos, si correspondieran. Es fundamental que la familia confíe plenamente en la habilidad profesional de quien tiene la responsabilidad del éxito quirúrgico.

Del cirujano se espera que explique cómo será el procedimiento, qué beneficios se prevén obtener y todo los detalles que hacen al acto quirúrgico, en términos sencillos, desprovistos de tecnicismos, de modo tal que resulten fácilmente comprensibles tanto para el niño como para los familiares. Además, deberá estimular las preguntas sobre posibles dudas y permitir que se manifiesten lo más abiertamente posible todos los temores que se ciernan alrededor de la operación.

Otro dato importante es que los profesionales deben proveer a la familia y al niño el tiempo estimado de la intervención, qué anestesia se usará y por sobre todo alertar respecto al dolor probable y la analgesia disponible. (Rinaldi, 2001).

El papel que desempeña el anestesiólogo en esta cadena de confianza es difícil. En la entrevista con él, la familia afronta riesgos, ideas previas y temores mayores que los que genera la operación misma. En este punto la función del pediatra o del cirujano que esté a cargo de la coordinación, será transmitir su confianza en el anestesiólogo de modo tal que este pueda ser valorado como otro aliado del enfermo dentro del equipo. (Blanco e Iñon, 1998).

Los padres deben ser informados - para que a su vez puedan apoyar al paciente – acerca del trabajo del anestesiólogo haciendo hincapié que la anestesia le proporcionará un sueño tranquilo y vigilado y que el anestesista lo acompañará durante toda la cirugía. A los niños en edad escolar se les avisará que despertarán en la habitación junto a sus padres.

En lo que concierne al equipo de enfermería, Rinaldi (2001) desarrolla una interesante referencia a lo ocurrido en los inicios de la psicoprevención. Cuando los niños comenzaron a ser esclarecidos preventivamente, la tarea de las enfermeras se dificultó (muchos pequeños se negaban a aceptar los cuidados curativos) y surgieron resistencias frente al nuevo método. Esto no duró mucho; rápidamente se interesaron por el trabajo del equipo y el vínculo enfermera - niño se modificó y las enfermeras se convirtieron en las mejores

colaboradoras de la tarea psicopreventiva. En la historia de la psicopreención los equipos de enfermería han hecho aportes originales. Fue de ellos que surgieron ideas creativas para mejorar el trabajo preoperatorio.

Las enfermeras comenzaron a acompañar a los niños a visitar el quirófano. También se puso a los pacientes en contacto con pequeños listos para el alta de modo que pudiesen intercambiar preguntas con ellos o simplemente visualizar la recuperación.

En cuanto al rol del psicoterapeuta, difiere si se encuentra integrado a un equipo de psicoprofilaxis, si como parte del plantel sanitario de una institución - se requiere su intervención frente a una emergencia o si en la institución que no cuenta con un equipo psicopreventivo éste opera según la modalidad de consulta psicológica.

Ante la demanda de actuar en la urgencia, se impone evaluar el riesgo que implica la tarea, considerando cuál es el riesgo o las consecuencias de la inacción.

Crespo (1995) recurre al auxilio de los desarrollos teóricos de Winnicott para vencer los prejuicios y obstáculos profesionales que surgen cuando se observa que lo adecuado para el paciente sería un tratamiento prolongado, pero el requerimiento debe resolverse en horas o en unas pocas entrevistas en el mejor de los casos.

Esta tarea acarrea ciertos peligros, pero siguiendo a Winnicott (1958) dice: "A veces hay casos en los que un cambio sintomático rápido es preferible a una cura prolongada irrealizable".

La autora rescata que en su experiencia hubo casos en que unas pocas entrevistas fueron útiles para el paciente que debía resolver situaciones en lo inmediato y al mismo tiempo considera que poder responder estas demandas amplía el valor social del analista.

En definitiva, para ella, la modalidad de consulta terapéutica, con su encuadre y técnicas propias, ofrece la oportunidad de trabajar con el paciente y su familia en pocos encuentros, brindando la posibilidad de que ambos logren atravesar situaciones de riesgo.

Si bien la intervención quirúrgica irrumpe en la vida cotidiana con un flujo de excitaciones excesivo y por tanto puede ser vivido por el niño como agresivo, esto no implica que necesariamente deba ser sentido como tal; por el contrario, puede ser visto como una oportunidad de cuidado y como reparación.

En el proceso de intervención quirúrgica se inserta el psicólogo para lograr que la situación sea conocida y pensada y así favorecer su tramitación, evitando en lo posible sentimientos que puedan afectar la recuperación posquirúrgica o provocar fijaciones traumáticas que afecten el desarrollo posterior del niño. (Merea, 1981).

Cuando el terapeuta forma parte del equipo preventivo desarrollará también una función de enlace entre el paciente, su familia, el cirujano y miembros del equipo así como del personal del hospital al que pertenece. Su intervención permitirá mitigar las ansiedades de todos los involucrados en el proceso y lograr la apertura de nuevos canales de comunicación.

Esta modalidad de participación es muy amplia y efectiva pero en ningún momento se deberá perder de vista que el énfasis principal se centrará en el paciente y su familia.

Una relación preoperatoria de apoyo fuerte convierte al terapeuta en un participante efectivo de la experiencia, que beneficia el sostenimiento de las esperanzas sobre la cirugía del niño. (Bellak y Siegel, 1986).

Retomando lo referido a la circulación de información, Blanco e Iñon (1998) enfatizan su importancia transcribiendo una parte de la Carta Europea de los Niños Hospitalizados, creada por el Parlamento Europeo en 1986: "El niño tiene derecho a ser informado en función de su edad, su desarrollo mental y estado afectivo, de los diagnósticos y de las prácticas terapéuticas a que se lo somete".

Brindar la información pertinente contribuye, además, a que la hospitalización pueda ser considerada con una finalidad reparadora, tanto por la familia como por el paciente. Posibilita también que el pequeño se haga cargo del cuidado de su cuerpo y de su salud.

El impacto de la información recibida puede generar inquietud, angustia y aún agresividad. Algunos padres no quieren informar a sus hijos; la mayoría, aún deseándolo, no sabe como hacerlo. En ocasiones esta dificultad obedece a que están confundidos por su propia angustia y en estos casos la intervención profesional psicoprofiláctica, facilita la expresión de los afectos y permite resolver el problema.

Toda intervención quirúrgica requiere un documento escrito que tendrá valor legal probatorio si fuese necesario. Contiene una síntesis de la información brindada; no se reduce a un mero trámite. Por el contrario, como documento, expresa la comunicación entre el cirujano y el paciente-familia y es necesario comprender que su firma no implica que haya consentimiento; el formulario no es el consentimiento mismo.

El consentimiento será obtenido mediante un método pautado para dar la información, de modo tal que constituya un aval sólido para el médico y cumpla con la función de informar adecuadamente. Para ello, deberá aclararse el tipo de tratamiento y su finalidad, los riesgos en juego, qué beneficios traerá la intervención y los métodos alternativos que hubiera.

La explicación que se brinde deberá ser comprensible para quienes la reciban, y será necesario asegurar que el consentimiento firmado sea participativo e inteligente.

Lo acordado a partir de la información será rigurosamente expresado en el documento; en todo momento se tendrá en cuenta que éste no exime de la responsabilidad por el daño que provenga de una negligencia o impericia. En caso de ausencia de familiares o responsables se deberá dar intervención a la Justicia para que el niño tenga quien represente sus intereses. El consentimiento deberá ser entregado a quien corresponda antes del día de la intervención. (Blanco e Iñon, 1998).

En síntesis, la intervención el período preoperatorio tiene como objetivo detectar síntomas, temores, ansiedades, para así poder prevenir futuras secuelas psicológicas tanto en el niño como en su entorno familiar. Además, generar una cadena de confianza entre el paciente y el equipo, proveer información e integrar a la familia en el proceso de decisión quirúrgica.

### 3.2- El acto quirúrgico

El acto quirúrgico es un acto necesario que constituye en sí mismo una paradoja; se somete al sujeto a una situación cruenta para recuperar o mejorar su salud. Se debe aceptar como un "trauma necesario" para lograr sostener la decisión quirúrgica.

Desde el punto de vista de la psiquiatría de enlace, Rojo Rodes y Cirera Costa (1999) señalan que no se esperan complicaciones en éste momento a menos que existiera una enfermedad de base, como por ejemplo, algunas patologías respiratorias que puedan generar complicaciones cuando se utiliza anestesia general. Los antecedentes de eventuales enfermedades de base se habrán obtenido previamente y estarán incluidos en la historia clínica que acompaña al paciente al quirófano. Cuando se usa anestesia combinada (inhalatorios, narcóticos intravenosos y relajantes musculares) es posible que el paciente recobre cierto nivel de conciencia durante la intervención. En este caso, el enfermo afrontaría una situación de intenso desamparo: los relajantes musculares lo inmovilizan y la máscara anestésica le impide la comunicación.

En relación con estas situaciones, se denomina "neurosis traumática postquirúrgica" al cuadro configurado por pesadillas en las que aparecen imágenes de la cirugía, acompañadas de ansiedad e irritabilidad, preocupación por la muerte y por la salud mental, producto de las contingencias de la cirugía. (Rojo Rodes y Cirera Costa, 1999).

Según estos autores el tratamiento de estos síntomas psicológicos se limita a confirmarle al paciente que realmente estuvo despierto e impedido de moverse en un tramo de la intervención. En la mayoría de los casos esta información resulta suficiente para que los síntomas disminuyan o desaparezcan.

La resolución ideal de este segundo tramo del proceso quirúrgico sería que la recuperación se iniciara en la habitación, sin pasar previamente por una sala de reanimación o una unidad de cuidados intensivos. Estos son lugares en los que habitualmente sólo se tratan los síntomas físicos y se olvidan las necesidades psicológicas. Generalmente, en estos ámbitos, se carece de elementos que permitan al paciente sostener su orientación temporal (Rojo Rodes y Cirera Costa, 1999) los que deberían ser provistos ya que para Bellak y Siegel (1986), cuando el paciente está orientado en tiempo y espacio, es menos vulnerable y resultan improbables las reacciones alucinatorias de tipo psicóticas; sería deseable que en estas unidades existiesen amplias ventanas que permitan, al menos, diferenciar la noche del día.

En esta fase, la intervención del terapeuta se convierte en el nexo de apoyo entre la experiencia preoperatoria y la postoperatoria; asimismo contribuye a la resolución de las ansiedades derivadas de las tensiones que surgen como consecuencia del rígido sistema de cuidados intensivos.

### 3.3- Período postquirúrgico.

D'Alvia (2000) refiere que, a pesar que los temores y ansiedades suscitados en los momentos anteriores ya han pasado, es frecuente que sensaciones de alivio y placer por lo reparado coexistan con sentimientos depresivos y con reacciones de hostilidad y dolor ante el momento regresivo que la injuria corporal provocó. (Rinaldi, 2001).

En las llamadas cirugías menores la recuperación de los indicadores de salud, la cicatrización de los tejidos y la rehabilitación funcional del paciente, se producen en un tiempo breve y simultáneamente. En estos casos el cuidado intensivo no es requerido y el niño despierta junto a sus familiares.

En cambio, en las intervenciones mayores como las cardiovasculares o los trasplantes la recuperación es más lenta, hay un tiempo variable de internación en cuidados intensivos, lejos de los familiares y además intervienen tratamientos adicionales médicos, kinesiológicos y fisioterapéuticos que resultan traumatogénicos.

El autor expresa que en esta situación se impone conocer la modalidad del funcionamiento mental del paciente, anticipar cómo serán sus respuestas psíquicas ante lo traumático, prever a qué defensas recurrirá para afrontar la angustia, los miedos, los sentimientos depresivos y el dolor que inevitablemente aparecen

ante la injuria quirúrgica. Es necesario considerar que la desmentida de estas emociones favorece la disociación psíquica y opera en contra del uso de las defensas útiles y estructurantes.

Un punto sensible en este período es el del dolor. El dolor no puede ser definido simplemente como una experiencia nociceptiva; más bien se trata de una serie de sensaciones, conductas e ideas que se integran en una experiencia netamente subjetiva.

Del mismo modo, el umbral de tolerancia al dolor es una variable particularísima que depende de varios factores tales como el ciclo vital, la fortaleza yoica, la formación sociocultural, la zona corporal involucrada, la red de sostén médico-familiar y el contexto en que aparece.

Es de importancia hablar del dolor en el caso del paciente quirúrgico. La prevención en materia de dolor consiste en decir la verdad; "ponerlo en palabras" permite acotar las fantasías que se generan en lo imaginario. Lo desconocido es más persecutorio y más ansiógeno que lo esclarecido y compartido. Anticiparle al paciente y su familia la posibilidad de dolor, esclarecerles el curso esperable y sus posibilidades de analgesia, ha mostrado ser una intervención preventiva que atenúa notablemente su intensidad.

Pero el dolor agudo no es en todos los casos algo que deba ser evitado; frecuentemente el dolor da cuenta de un proceso nocivo en desarrollo, del que nada se sabría de no mediar esta señal de alarma corporal. Se lo considera un "dolor útil" en tanto impulsa al médico a detectar su causa y permite un diagnóstico precoz clínico-quirúrgico y no debe ser suprimido hasta que se sepa su origen. El entendimiento de esto por parte del paciente y su familia disminuye la ansiedad y el temor.

El relato del dolor por parte del paciente requiere de una escucha médica activa. Este relato y la orientación médica permitirán al enfermo detectar las características de su dolor (evolución, intensidad), su nivel de tolerancia al mismo y facilitará que el psicólogo pueda analizar los temores que el dolor suscita. El médico debe dar al paciente-familia un diagnóstico presuntivo del dolor y el tratamiento adecuado para lograr que el postoperatorio se transite con mayor alivio. (Rinaldi, 2001).

Para Freud el dolor corporal se origina en una excitación que atraviesa la barrera antiestímulo y actúa en forma continuada. Desde la zona lesionada fluyen excitaciones similares a las que provienen del interior del aparato psíquico, de allí que lo considere una pseudopulsión. Si la meta de la pulsión es la satisfacción, el dolor actúa como una señal para que cese su causa. Si frente a la pulsión el yo opone la represión, frente al dolor es impotente. La representación psíquica de la zona afectada es investida por el yo y adquiere privilegio sobre el resto. Cada experiencia dolorosa reactiva las anteriores.

Para este autor el recién nacido no distingue el dolor de la angustia, ni el dolor físico del psíquico, ya que aun no existe una adecuada distinción entre el yo y el no-yo y como la actividad de representación es aun escasa no hay posibilidad de ligadura de las excitaciones con palabras. Se activa la memoria del reciente trauma de nacimiento así como de las experiencias dolorosas filogenéticas. Ante el dolor se produce una respuesta masiva del sistema nervioso central y el neurovegetativo. La descarga de tensión a través del acunamiento, las caricias, la succión y sus correlatos autoeróticos son las únicas vías posibles de atenuación para que a la huella mnémica del dolor se le agregue la del consuelo.

Para Anzieu (1987) el dolor intenso desorganiza el aparato psíquico, amenaza la integración psique-cuerpo, afecta el deseo y el pensamiento, así como provoca una perturbación tópica haciendo desaparecer las distinciones entre el yo psíquico y el corporal y entre el Ello, Yo y Super Yo. El sujeto ya no existe como yo, solo existe el dolor. El sufrimiento físico del niño puede percibirse en la madre quien no solo asume los cuidados prácticos apropiados sino que maximiza las funciones de piel que mantiene y contiene, para que el niño la reintroyecte y reestablezca su yo piel, refuerce su paraexcitación y posibilite la curación.

Dálvia (2001) ha categorizado tres tipos de dolor interrelacionados:

- Un dolor relacionado con lo sensorio motriz y lo somático, determinado por una energía que actúa sobre terminaciones nerviosas especializadas, donde la sensación prevalece sobre la representación.
- Un dolor ligado al sufrimiento psíquico que puede ser tolerado y contenido dentro de los límites mentales, que puede ser pensado como un estado discriminado y ligado a causas psíquicas.
- un dolor indiscriminado ligado a una defensa frente a la desorganización psíquica o desmantelamiento psíquico.

Cuando el dolor corporal se cronifica puede promover la facilitación defensiva contra el sufrimiento psíquico en un intento del sujeto por estabilizar, mediante una disociación mente-cuerpo, la posible desorganización psíquica.

Las representaciones que evocan el dolor dependen de las vivencias intersubjetivas en que se desarrollaron, de cómo se inscribió el dolor en la evolución de individuo y de cómo se ha resignificado en momentos críticos. Por esto se habla de una subjetividad del dolor; es decir, de una atribución de significados a los hechos sensoriales desagradables, lo que hace que el umbral y la tolerancia ante el dolor varíen de persona a persona.

Las características de estructura psíquica de un individuo son trascendentes para las capacidades de cada sujeto para resistir, tolerar, evitar, sostener o desmentir el dolor, así como el contexto en el que este se desarrolla modula su intensidad y significado.

#### 4- Psicoprofilaxis quirúrgica: técnicas de aplicación

Según se ha venido explicitando a lo largo del presente trabajo, en la psicoprofilaxis quirúrgica se contempla la subjetividad y la particular modalidad adaptativa del individuo ante lo estresogénico o traumatogénico de la cirugía.

Desde diversos marcos teóricos se han desarrollados diferentes instrumentos técnicos para abordar psicoprofilácticamente al niño que va a ser intervenido quirúrgicamente.

Existe un modelo de **prevención institucional**. De acuerdo a los doctores Blanco e Iñon (1998), el estado emocional del niño ante la operación se caracteriza por una máxima dependencia; se lo observa sumamente sensible, fácilmente irritable y muestra escasa tolerancia a la frustración. Los autores dicen que: "existe el temor inconsciente a que el cuerpo se desarme".

De acuerdo a sus hallazgos los temores más frecuentes en niños menores se focalizan en el miedo al abandono de sus padres y a la soledad frente a la internación; se añaden el temor al castigo por sus "malos pensamientos" y el temor a perder partes significativas de su cuerpo. En los niños mayores aparecen además de los ya mencionados, el temor a la desnudez y al error del cirujano.

El problema de la anestesia es particularmente significativo: refiere al miedo a no poder dormirse y/o despertarse durante la intervención; por sobre todo, a no despertarse. Esto último remite al temor a la muerte.

Los padres se muestran visiblemente preocupados por los efectos de la anestesia y también padecen el temor a la muerte del hijo. Frecuentemente se observa en ellos una ansiedad tal que les dificulta la escucha o la comprensión y los inhibe para formular preguntas.

La emergencia de ansiedad desencadena en los padres el temor a perder el control y por consiguiente, ponen en duda su propia eficacia para contener al niño.

El modelo de intervención de prevención institucional contempla la importancia que reviste la información y cómo se brinda, tanto en cuanto al paciente como a su familia.

Blanco e Iñon (1998) recomiendan tomar una serie de medidas tales como que los padres acompañen al pequeño hasta que esté anestesiado y cuando salga de la cirugía y que se le permita conservar - dentro de lo posible - un objeto querido hasta dormirse.

El equipo médico procurará establecer una relación empática con el paciente y su familia. El psicólogo contribuye en esta tarea. Resultan convenientes frases como: "yo se lo voy a cuidar". Se llamará al paciente por su nombre y quien se dirija a él se presentará aclarando su función. Se respetará el pudor del niño, evitando desvestirlo hasta que esté dormido. Si el niño se descontrolase, se buscará calmarlo con firmeza pero sin violencia.

Los aportes de estos autores son fundamentales para la psicoprofilaxis institucional (hospital). En este sentido, definen en qué casos se recomienda la acción preventiva cuando el servicio cuenta con posibilidades de interconsulta psicológica.

La prevención es indispensable siempre que:

- La familia cercana o el paciente hayan pasado previamente por experiencias traumáticas, incluso cirugías previas con complicaciones físicas o psíquicas.
- La familia fuese considerada de riesgo, por crisis, enfermedad mental de alguno de los padres, violencia, extrema pobreza, bajo nivel educativo.
- Casos de cirugía de riesgo o de una zona corporal que esté relacionada con la propia identidad (cara, genitales).
- Si fuese una cirugía mutilante.
- Ausencia de ansiedad preoperatoria.

Cuando el servicio no cuenta con la opción de la interconsulta psicológica, quienes deban informar al niño y su familia deberán capacitarse para hacerlo adecuadamente y es deseable que busquen ayuda fuera de la institución.

La formación de estas personas incluye adquirir el conocimiento de todo lo relativo a la intervención, las respuestas normales y las patológicas que pueden aparecer y tener nociones básicas de psicología evolutiva y psicopatología. La tarea de formación será llevada a cabo por el pediatra, el cirujano, el anestesiólogo o la enfermera pediátrica. Quien asuma esta responsabilidad deberá mantener una comunicación fluida con el resto del equipo.

En cuanto a las técnicas de aplicación en el período preoperatorio, los autores sugieren un abordaje individual o grupal que transmita a los niños y a los padres toda la información requerida respecto al acto

quirúrgico; para ello puede recurrirse a la dramatización con títeres, medios visuales provistos por la institución o los médicos, que permitan explorar distintas situaciones que enfrentarán el paciente y su familia en el pre y postquirúrgico, así como usar libros o figuras adecuados a la situación. En nuestro medio existe una publicación denominada "Vamos al hospital" que consta de dos ejemplares uno para los padres y otro para los hijos. En ese texto, la autora, Susana Mandelbaum detalla claramente qué información se debe brindar a los niños y cual no. La publicación para los hijos está pensada para que el niño la lea o para que le sea leída, en términos adecuados al lenguaje infantil y muestra las distintas situaciones con ilustraciones.

Cuando se adopte la modalidad grupal será conveniente formar los grupos clasificando a los integrantes por edad y por patología.

La información a los padres se brindará en un espacio cómodo y sin interferencias; será suministrada en forma breve y gradual, recordando que la ansiedad puede impedirles recordar todo lo escuchado, por lo tanto, deberá ser repetido para asegurar la comprensión del material.

Para informar a los niños es conveniente establecer una relación personal; se les mirará a los ojos. Es necesario saber que el grado de comprensión de los niños suele ser mayor de lo que parece; aunque aparenten no escuchar, lo están haciendo. Se trata de una tarea ardua pero esencial. Se les pedirá que repitan lo dicho para saber qué interpretaron dado que es necesario asegurarse que entendieron que la cirugía es curativa. A partir del año de edad y hasta los cinco, lo más conveniente es usar muñecos, posteriormente se incorporarán láminas que grafiquen el suceso.

Cuando ya se ha brindado la información y mientras el paciente esté internado es necesario facilitarle el uso de sus medios expresivos fundamentales: dibujar y jugar. Permitirle tomar alguna decisión, aún siendo mínima, facilita que el niño sienta que tiene algún control de la situación.

La información que se provea deberá cubrir cómo se encontrará cuando despierte en el postquirúrgico, si tendrá vendajes, sondas, sueros, si sentirá dolor, qué curaciones se prevén, analgésicos, etc.

Para finalizar, los autores recomiendan una entrevista psicológica postquirúrgica, para evaluar el estado emocional del niño ya que aún cuando se trate de una operación menor, las fantasías del daño corporal pueden ser intensas.

Desde el punto de vista de la **psicología cognitiva-conductual**, Méndez, Ortigosa y Pedroche (1996) de la Universidad de Murcia, describen un programa que contempla la preparación a la hospitalización infantil, fenómeno que abarca un conjunto de estímulos capaces de generar por sí mismos respuestas de estrés. El tipo de efecto que resulte y su intensidad dependerá de ciertas variables que deben considerarse.

Entre ellas se rescatan la edad, las experiencias anteriores, ciertas características de personalidad y por sobre todo, el repertorio de capacidades de afrontamiento que el niño posea. Por capacidad de afrontamiento se entiende al conjunto de respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras que resultan adaptativas ante situaciones nuevas o estresogénicas para el individuo. Los autores marcan como los estresores más significativos: la enfermedad, el dolor, el entorno hospitalario, los procedimientos médicos invasivos, el temor a no despertar de la anestesia, la pérdida de autonomía, el estrés de los padres y la muerte.

En algunos casos constataron que el efecto estresante en los padres supera al de los niños. Considerando que el malestar de los progenitores afecta al niño, establecieron que el programa de prevención de su autoría se aplicaría también a padres o personas significativas para el pequeño, a fin de lograr reducir el estrés y la ansiedad de los mayores para que no afecten negativamente en sus hijos y para enseñarles técnicas con las que ayuden a los hijos en el afrontamiento de la hospitalización.

Los programas de prevención se orientan a lograr cinco objetivos prioritarios: dar información al niño, estimular la expresión de las emociones, crear un vínculo de confianza entre el niño y el personal sanitario, informar a los padres y, finalmente, enseñar técnicas de afrontamiento al niño y a los progenitores. Esto permitirá que el enfermo tenga una sensación de dominio y control, que antes no poseía.

A continuación se sintetizaran las principales técnicas que se aplican en el programa:

#### · *Relajación y Respiración*

El objetivo es reducir la activación vegetativa. Las actividades preparatorias consisten en disponer de un espacio tranquilo, libre de estímulos que distraigan y preparar al niño y a los padres explicándoles el motivo del trabajo, advirtiéndoles que lo pueden detener cuando quieran.

Los componentes claves del entrenamiento al niño son: enseñarle la posición de relajación, la posibilidad discriminar tensión y relajación y de interrumpir una u otra a voluntad.

Una vez lograda esta habilidad, se debe focalizar el aprendizaje en relajar partes corporales específicas: manos, frente, piernas, etcétera. Después, adiestrarlo para que logre relajarse en situaciones estresantes.

En todo momento se debe usar un lenguaje familiar y además se entregará al niño una grabación para usarla cada vez que lo desee.

Utilizan la relajación condicionada introduciendo la palabra “calma” después de los ejercicios de tensión-relajación, junto a ejercicios de respiración profunda y pausada; finalmente se les sugiere que visualicen una imagen agradable.

En niños de siete u ocho años es indicado realizar un juego inductor de la relajación. Un ejercicio adecuado en estos casos es el llamado robot-muñeco de trapo, en el que el niño actúa primero como un robot (camina rígidamente, sin flexionar las extremidades) y luego como un muñeco de trapo (relajado y flácido).

#### *· Imaginación/distracción*

Esta técnica se utiliza frecuentemente combinada con la de relajación y respiración. Consiste en pedirle al niño que imagine una escena tranquila que lo haga sentirse feliz. Se le pide que relate la escena para verificar su capacidad de creación y mantenimiento de imágenes mentales. Así se comprueba si el niño logra focalizar imágenes agradables y suprimir estímulos ansiógenos.

Una variante de la técnica son las imágenes emotivas que consisten en identificar un héroe del niño o alguna imagen fantástica que le brinde seguridad, como por ejemplo Superman, el Increíble Hulk o Wonderwoman.

#### *· Autoverbalizaciones /Autoinstrucciones*

Se parte del concepto que el lenguaje interior dirige las acciones de las personas. Desde ese punto de vista, modificar el pensamiento tiene efectos directos sobre el comportamiento motor. El objetivo de esta técnica radica en lograr el cambio de la conducta.

En el programa, más que autoinstrucciones (“mirá hacia otro lado”), se utilizan autoverbalizaciones de apoyo que pretenden infundir valor (“puedo manejar la situación”) o relativizar lo aversivo (“pronto pasará todo”). Se trata de implementar nuevas reglas que sirvan de guía al niño para afrontar situaciones estresantes, además de eliminar las autoverbalizaciones automáticas negativas que derivan en pensamientos catastróficos.

En primer término se analiza el discurso particular de los diálogos internos del niño y la exigencia que representa para él la situación. Se le explicará, con palabras adecuadas a la edad las razones y el método de entrenamiento que se realizará; luego se construyen ejemplos que sirvan como modelos que el niño reproducirá con sus propias palabras.

#### *· Inoculación de estrés*

Se trata de una versión para padres que consta de una fase educativa en la que se les proyecta una película que en su parte inicial muestra el origen del estrés. Posteriormente, en la fase de obtención de habilidades - última parte de la película -, se observa a la madre de un niño de siete años modelando conductas de afrontamiento. A continuación se enseñan a los padres autoinstrucciones que contemplen la preparación para el estresor y su confrontación, así como se promueve el afrontamiento de sentimientos en momentos críticos y el reforzamiento por el afrontamiento del estresor. En la última fase, que es de aplicación y consolidación, se les entrega a los padres un folleto con las autoinstrucciones y se los estimula para que las practiquen.

#### *· Inmunización del estrés.*

En esta técnica se agrupan técnicas de relajación, desensibilización, modelado, ensayo cognitivo, juego y discusión. Con ésta se busca reducir la vulnerabilidad del niño y de sus padres ante la hospitalización. Otro objetivo buscado es brindar habilidades a ambos para afrontar la ansiedad y el estrés así como crearles la sensación de competencia y alentar a los padres para que participen y apoyen el programa. En el proceso se identifican y se refuerzan las conductas de afrontamiento ya disponibles y se establecen otras nuevas.

#### *· Ensayo de conductas*

Esta técnica se utiliza en un marco lúdico como, por ejemplo, el juego de los médicos, en el que se ensayan las habilidades adquiridas. El niño recibe un muñeco y elementos médicos, jeringas, vendas, etc. para que las use en el muñeco y además actúa de “entrenador” del muñeco en conductas de afrontamiento. Con este juego se logra que el niño se desensibilice respecto a los elementos médicos.

Los autores del trabajo concluyen que los resultados logrados con la aplicación de estas técnicas, avalan la utilidad de la preparación sistematizada en la hospitalización infantil. (Méndez, Ortigosa y Pedroche, 1996).

Giacomantone y Mejía (1994) proponen el **abordaje psicopreventivo de orientación psicoanalítica** como método apto para ampliar el conocimiento singularizado de las ansiedades y temores conscientes e inconscientes del paciente que enfrenta una cirugía.

El procedimiento se inicia con una o más entrevistas de evaluación psicológica preoperatoria tendientes a formular un diagnóstico presuntivo de la personalidad del enfermo, la historia de su enfermedad, su actitud ante la operación y sus posibilidades adaptativas.

Los autores sostienen que los criterios puntualizados por Bleger (1984) en relación con la utilidad de la entrevista psicológica como instrumento del método clínico y como técnica de investigación es perfectamente aplicables para el diseño técnico de la entrevista preoperatoria. Lo conveniente sería encuadrarla en la modalidad semipautada, ya que la entrevista persigue un objetivo determinado y se focaliza en los temas vinculados con la adaptación del paciente a la situación quirúrgica. El aspecto "abierto" de la entrevista refiere a que se insta al paciente a que se exprese informalmente, que relate sus pensamientos, fantasías y temores en relación con su enfermedad - a pesar que le resulten ilógicos-, que formule sus dudas por triviales que le parezcan, lo que será revelador de temores encubiertos.

En el caso de niños, se añadirán entrevistas con los familiares más próximos para analizar la capacidad de contención.

Los autores sostienen que la entrevista preoperatoria satisface una triple finalidad: diagnóstica, pronóstica y terapéutica.

En la entrevista preoperatoria interesa por sobre todo establecer el diagnóstico adaptativo y detectar las capacidades propias del individuo en relación con las demandas que deberá afrontar en todo el proceso quirúrgico.

La entrevista preoperatoria, en tanto anticipa la cirugía, puede ser vista como un disparador de la angustia señal y permitirá observar cómo el sujeto implementa sus defensas.

Es útil evaluar algunos rasgos de personalidad en vista al pronóstico de adaptación, recordando que este es sólo una inferencia aproximativa ya que el tiempo de trabajo es breve y el paciente está sometido a condiciones particulares de estrés que pueden afectar los rasgos estables de su personalidad.

El pronóstico aporta una visión anticipada del eventual riesgo quirúrgico de origen psicológico. Algunos rasgos de personalidad son importantes para inferir el éxito o el fracaso adaptativo; fundamentalmente se toman en cuenta la tolerancia a la frustración, la capacidad de dependencia y la rigidez de las defensas. Estos indicadores se evalúan de la siguiente manera:

- Tolerancia a la frustración: La intensidad de la ansiedad preoperatoria, cómo el sujeto la controla y el nivel de tolerancia frente a tener que hablar de lo temido con el terapeuta, permiten evaluar este indicador.
- Capacidad de dependencia: La actitud positiva o negativa que el enfermo muestre en la evaluación psicológica denota su posibilidad de aceptar ayuda en los momentos más ansiógenos.
- Rigidez de los mecanismos de defensa: Una cuidadosa escucha en la entrevista permite detectar si el sujeto sostiene, por ejemplo, su necesidad de negación a lo largo de toda la entrevista y si aparece otro tipo de defensa.

La entrevista adquiere, además, un valor terapéutico en tanto el paciente, mientras habla de sus temores y sus dudas, lleva a cabo una labor anticipatoria y elaborativa le permite prepararse psicológicamente para controlar las ansiedades que surgirán posteriormente.

Las fantasías, ansiedades y temores preconscientes o inconscientes que el terapeuta detecte serán elementos valiosos para graduar la información médica que deba suministrarse al paciente. Para lograr los objetivos preventivos es más importante dar información sobre lo temido que brindar detalles técnicos de la cirugía.

La información será dosificada y adecuada a los recursos psíquicos de cada paciente evitando que quede expuesto a su fantasmática que, generalmente, deriva de ansiedades muy primitivas que no siempre responden a lo objetivamente posible.

El seguimiento postoperatorio comenzará veinticuatro horas después de realizado el acto quirúrgico. Se tendrán en cuenta las condiciones físicas y psíquicas del paciente para programar la frecuencia y duración de las sesiones.

El terapeuta y su trabajo brindarán un soporte emocional estable, tal como en el momento preoperatorio, pero en esta ocasión el foco se orientará a la adaptación frente al dolor y las dificultades en la rehabilitación e intervendrá precozmente en las eventuales complicaciones psiquiátricas.

El tipo de intervenciones a desplegar dependerá de cuál sea la modalidad adaptativa al estrés quirúrgico que surja en cada caso.

Frente al estrés postraumático agudo la psicoterapia oscilará entre brindar apoyo, y serenar mientras el paciente esté atemorizado e indefenso, y favorecer la descarga de angustia (catarsis) y la reexperimentación de lo traumático, cuando sea posible y productivo. La clave en estos casos es la dosificación adecuada de cada intervención.

Ante adaptaciones maníacas, la tarea más importante del terapeuta consiste en lograr regular el equilibrio entre el grado de negación necesario para subsistir sin desesperación, la aceptación de la realidad que

permita protegerse adecuadamente y el poder evitar complicaciones mayores, tomando en cuenta la capacidad que el sujeto tenga para tolerar la ansiedad.

En lo concerniente a los problemas de dependencia, se trata de equilibrar los pares de opuestos dependencia-autonomía, para lograr que la recuperación progrese. Se recordará que en estos casos se juegan aspectos narcisistas que pueden obstaculizar la recuperación. El vínculo terapéutico debe aportar, por lo tanto, alguna gratificación narcisista, como podría ser inventariar logros personales, muestras de fortaleza, etc.

En cuanto a las reacciones paranoides se requieren intervenciones en las que con mucho tacto se redefina al agresor. Cuando el paciente se posiciona en víctima del médico, en principio se aceptará la proyección para luego dirigirla al verdadero agresor, la dolencia orgánica, y favorecer la alianza entre médico y paciente para lograr la recuperación.

En los pacientes con síntomas de adaptación psicóticos, a la psicoterapia que permitirá abordar los aspectos traumáticos, se le añadirá el tratamiento psicofarmacológico. La adaptación al estrés en estos casos es caótica debido a la intolerancia a la frustración y las defensas arcaicas que se implementan.

Ante la proximidad del alta conviene analizar las ansiedades que en este momento se refieren al temor por el futuro, la inseguridad por no contar con la asistencia sanitaria adecuada y la preocupación por la reorganización de la rutina doméstica durante la convalecencia. Es relativamente frecuente la aparición de insomnio y el incremento de dolores físicos que denotan la ansiedad frente al abandono del hospital.

El seguimiento posterior al alta deberá ser acordado entre el paciente y su familia junto con el equipo médico o deberá ser claramente indicado por el equipo de enlace.

También desde el punto de vista psicoanalítico, A. Merea (1981) propone un tratamiento psicoprofiláctico orientado en dos niveles.

El de la información, que se manejará según las posibilidades de comprensión del niño, explicándole el significado de “operarse”, su por qué y para qué. Si bien la explicación contendrá todos los detalles necesarios, esto no significa poner en claro técnicas quirúrgicas que podrían movilizar una gran ansiedad.

Desde lo psicológico, se buscará la explicitación de las ansiedades, fantasías y temores y el surgimiento de defensas instrumentales ante la intervención, que se muestran en el juego, las preguntas y las dramatizaciones durante el tratamiento psicopreventivo.

El plan de trabajo que sugieren estos autores consta de cuatro momentos diferenciados por sus objetivos.

La entrevista inicial con los padres permite al terapeuta establecer cómo programará su actividad, si incluirá o no a los padres y otros familiares, etc. Las entrevistas pueden aportar ricos elementos diagnósticos, pero este no es su objetivo. De ahí que sea de práctica aclarar a los padres que no se les darán “resultados”.

Dependiendo de las particularidades de cada caso se realizarán de una a tres entrevistas en las que se pueda relevar la historia evolutiva del niño y la información que permita establecer si su desarrollo ha sido normal. Se tratará de detectar si hay enfermedad mental y su gravedad.

Respecto de esto último pueden presentarse las siguientes variantes:

- Cuando el niño es normal o tiene conflictos neuróticos que no impiden el cumplimiento del programa quirúrgico, la psicoprofilaxis es oportuna y se prevé exitosa. Si a pesar de estas condiciones intervienen otros factores como distancia, urgencia, o si el niño tuviera entre uno a tres años de edad, el trabajo se realiza con los padres, brindándoles los elementos necesarios para que ellos preparen a sus hijos. A posteriori se evaluará si es necesario que el niño reciba tratamiento postquirúrgico.

En los casos de trastornos severos como neurosis graves, caracteropatías, psicosis, o cuando el niño atravesara crisis significativas, se considerará la postergación de la cirugía y la realización de un psicodiagnóstico y la consecuente indicación terapéutica.

En otras ocasiones surgen casos en los que aparecen dudas en cuanto a la oportunidad de la intervención; no sería deseable que el psicólogo se preste a “preparar” para una situación que podría encubrir algún sentido latente, por ejemplo a familias que sostienen su equilibrio merced a tener un miembro enfermo.

Otra alternativa posible sería que a pesar de los trastornos psíquicos severos la cirugía deba realizarse; aquí es preciso actuar con cautela, aunque el trabajo se focaliza en lo referido a la operación y sus ansiedades específicas, estas podrían aparecer entrelazadas con otras ansiedades inmanejables para el niño y podrían surgir descompensaciones y crisis agudas. Si esto ocurriera se requerirá un tratamiento que excede los límites de la psicoprevisión. No es recomendable que el mismo psicólogo maneje ambos tratamientos.

Si el niño estuviera en tratamiento psicoterapéutico cuando aparece la necesidad de operar, es conveniente que sus ansiedades en relación con la intervención sean tratadas en su tratamiento en curso y el nivel informativo de la psicoprevisión se administre a los padres.

- En el segundo momento del plan de trabajo de Merea (1981) se inician con el niño las entrevistas prequirúrgicas; previamente el psicólogo se habrá informado de todo lo concerniente a la operación: tipo de anestesia, tiempo estimado de internación, riesgos, cuidados previos y posteriores a la cirugía. La cantidad de entrevistas dependerá de factores tales como la edad del niño y el riesgo quirúrgico.  
Para la autora la escasez de tiempo no justifica el aumento de la cantidad de sesiones por semana. La frecuencia responde a los tiempos necesarios para elaborar la información dosificada que se brinde; de otro modo, la preparación sería un factor traumático adicional.  
Lo habitual es realizar de seis a diez entrevistas en un lapso de veinte a cuarenta y cinco días previos a la operación según las características del caso.  
La técnica que se utiliza es la del juego dramático. Se trabaja observando y proponiendo situaciones dramáticas y juegos de roles, tratando de que el niño alterne distintos guiones: paciente, médico, mamá, papá, enfermera, hermano, etcétera. Para ello contará con una caja de juegos propia, similar a la caja de juegos habitual y tendrá elementos adicionales, compartidos, que no se guardan en su caja (muñecos articulados de médico, enfermera, camillas, etc.).  
El psicólogo señalará ansiedades, defensas y fantasías que la situación provoca, basándose en las intervenciones psicoanalíticas clásicas, relacionadas con el momento y los conflictos evolutivos del pequeño.  
Las fantasías que la intervención produce fluctúan ampliamente desde una negación maníaca de la realidad hasta vivencias catastróficas de aniquilamiento y muerte.  
Mientras que algunos niños se disponen como para una fiesta, esperan regalos, visitas y agasajos, otros viven la situación como de castración, castigo y muerte.  
Las fantasías se incluyen en juegos y dramatizaciones y se interpretan exclusivamente en lo relativo a la cirugía y a su momento evolutivo, ajustándolas a lo que realmente pasará y respetando la realidad psíquica del paciente. Por ejemplo: a un niño que debe ser operado de estrabismo, que juega pinchándole los ojos a un muñeco, se le dice que está asustado pensando que así será la operación, para luego mostrarle como y donde lo anestesiarán.  
Según fuese la calidad del sostén que la familia puede brindar, el psicólogo definirá si debe acompañar al menor durante la internación y después de la operación. Lo mejor es que si las condiciones lo permiten estos momentos se vivan "en familia".  
El psicólogo indagará a los padres para investigar cómo se desarrollaron cada una de las situaciones vividas por el niño referidas a la intervención quirúrgica, sus emociones, comentarios, etcétera, antes de retomar el trabajo en el momento postquirúrgico.
- El tercer momento remite a las Entrevistas Posquirúrgicas. El número y la frecuencia de sesiones son similares al momento anterior, lo mismo que el material lúdico y el manejo técnico.  
Es frecuente que habiendo pasado exitosamente la cirugía, el niño se sienta liberado de inhibiciones y aparezcan entonces fantasías que habían quedado reprimidas.  
En algunas ocasiones puede que el pequeño se ría o realice comentarios humorísticos respecto a actitudes o juegos que aparecieron en las entrevistas prequirúrgicas. Estas ocurrencias pueden indicar que la situación ha sido tramitada y elaborada. Podrían aparecer verbalizaciones del tipo "antes creía... pero ahora me di cuenta que."
- La entrevista final con los padres cierra el proceso y tiene por finalidad informar a los progenitores cómo se sintió el hijo. Tampoco se trata aquí de dar un diagnóstico.  
Si correspondiera, se les planteará la necesidad de un estudio psicodiagnóstico y/o una evaluación e intervención posterior.  
Quien lleve a cabo la actividad de psicoprofilaxis debe estar altamente entrenado, tanto en el campo del conocimiento del psicoanálisis de niños, psicología evolutiva, teoría y técnica vincular y familiar y psicopatología infantil como debe tener una sólida experiencia clínica y conocimientos de medicina y de instituciones hospitalarias.  
Merea (1981) considera que los abordajes preventivos, además de disminuir el efecto traumático y permitir tramitar ansiedades intensas, también ofrece al niño la oportunidad de vivir la experiencia como enriquecedora.  
Rinaldi (2001), también desde una perspectiva psicoanalítica, encara la prevención psicósomática mediante un modelo diferenciado de acuerdo al estado evolutivo del aparato psíquico, estableciendo que para el caso de lactantes se trabajará directamente con los padres o con quién estuviera a cargo del bebé.  
La tarea con los padres será de carácter orientativo, pero al mismo tiempo permitirá que ellos puedan poner en palabras sus dudas, ansiedades y angustias, poniendo en funcionamiento el proceso secundario.

El autor aconseja que en las entrevistas que los padres mantengan con el pediatra o el cirujano - estando el lactante presente - aclaren exhaustivamente sus dudas y temores sobre la anestesia, la operación en sí, cómo será el postoperatorio, etcétera.

De los padres se espera que transmitan al bebé todo lo que va a suceder no sólo en lo quirúrgico sino además en cuanto a estudios y tratamientos previos y posteriores si los hubiera, contemplando todos los pasos, como ejemplo: "vamos a ir al sanatorio, te van a sacar un poco de sangre del dedo o del bracito, te va a doler un poco" (mientras tanto se le señalará dónde le harán la extracción).

Se propone esta conducta verbal como modo de estimular, en momentos críticos, la investidura que las palabras maternas otorgan al pequeño y para evitar que la angustia silencie a los padres. Se logra además que al hacer el relato a su hijo reafirmen su conocimiento y se seren en al compartirlo con el bebé. Por su parte, el lactante se sentirá contenido al recibir el afecto que las palabras y gestos, en el código compartido, que transmiten.

Al focalizar el período preoperatorio, Rinaldi (2001) establece que las ansiedades predominantes - vinculadas con la indeterminación ante lo desconocido, y las concurrentes fantasías de pérdida de control y desvalimiento - son muy arcaicas (paranoides). En el intento de mantener bajo control tales fantasías puede suceder que el niño las reproduzca insistentemente, las reprima o que opere la desmentida durante un tiempo.

El juego del niño muestra, simbólicamente, su agitado mundo interno en actividades de pérdida y recuperación, de unión y separación, de vida y de muerte. La compulsión de repetición aparece, como modo de lograr la elaboración de lo traumático.

Dice Freud:

"(...) Se ve que los niños repiten en sus juegos todo aquello que en la vida les ha causado una intensa impresión y que de este modo procuran un exutorio a la energía de la misma, haciéndose, por decirlo así, dueños de la situación (...) De este modo llegamos a la convicción de que también bajo el dominio del principio del placer existen medios y caminos suficientes para convertir en objeto del recuerdo y de la elaboración psíquica lo desagradable en sí (...).

(...) Las diversas teorías sobre el juego infantil han sido reunidas y estudiadas analíticamente por vez primera en un ensayo de S. Pfeifer, publicado en la revista *Imago*; ensayo que recomiendo a los que por la materia en él tratada se interesen. Dichas teorías se esfuerzan en adivinar los motivos de: jugar infantil, sin tener en cuenta en primer término el punto de vista económico, la consecución de placer. Aunque sin propósito de abarcar la totalidad de estos fenómenos, he aprovechado una ocasión que se me ofreció de esclarecer el primer juego, de propia creación, de un niño de año y medio. Fue ésta una observación hartamente detenida, pues viví durante algunas semanas con el niño y sus padres bajo el mismo techo, y pasaron muchos días hasta que el misterioso manejo del pequeño, incansablemente repetido durante largo tiempo, me descubriera su sentido. No presentaba este niño un precoz desarrollo intelectual; al año y medio apenas si pronunciaba algunas palabras comprensibles, y fuera de ellas disponía de varios sonidos significativos que eran comprendidos por las personas que le rodeaban. Pero, en cambio, se hallaba en excelentes relaciones con sus padre y con la única criada que tenía a su servicio, y era muy elogiado su juicioso carácter. No perturbaba por las noches el sueño de sus padres, obedecía concienzudamente a las prohibiciones de tocar determinados objetos o entrar en ciertas habitaciones y sobre todo no lloraba nunca cuando su madre le abandonaba por varias horas a pesar de la gran ternura que le demostraba. La madre no sólo le había criado, sino que continuaba ocupándose constantemente de él casi sin auxilio ninguno ajeno. El excelente chiquillo mostraba tan sólo la perturbadora costumbre de arrojar lejos de sí, a un rincón del cuarto, bajo una cama o en sitios análogos, todos aquellos pequeños objetos de que podía apoderarse, de manera que el hallazgo de sus juguetes no resultaba a veces nada fácil (...).

(...) Mientras ejecutaba el manejo descrito solía producir, con expresión interesada y satisfecha, un agudo y largo sonido, o-o-o-o, que, a juicio de la madre y mío, no correspondía a una interjección, sino que significaba fuera (fort). Observé, por último, que todo aquello era un juego inventado por el niño y que éste no utilizaba sus juguetes más que para jugar con ellos a estar fuera. Más tarde presencié algo que confirmó mi suposición. El niño tenía un carrete de madera atado a una cuerdecita, y no se le ocurrió jamás llevarlo arrastrando por el suelo, esto es, jugar al coche, sino que, teniéndolo sujeto por el extremo de la cuerda, lo arrojaba con gran habilidad por encima de la barandilla de su cuna, forrada de tela, haciéndolo desaparecer detrás de la misma. Lanzaba entonces su significativo o-o-o-o, y tiraba luego de la cuerda hasta sacar el carrete de la cuna, saludando su reaparición con un alegre «aquí». Este era, pues, el juego completo: desaparición y reaparición, juego del cual no se llevaba casi nunca a cabo más que la primera parte, la cual era incansablemente repetida por sí sola, a pesar de que el mayor placer estaba indudablemente ligado al segundo acto (...).

(...) El análisis de un solo caso de este género no autoriza para establecer conclusión alguna. Considerándola imparcialmente, se experimenta la impresión de que ha sido otro el motivo por el cual el niño ha convertido en juego el suceso desagradable. En este representaba el niño un papel pasivo, era el objeto del suceso, papel que trueca por el activo repitiendo el suceso, a pesar de ser penoso para él como juego. Este impulso podría atribuirse a un instinto de dominio, que se hace independiente de que el recuerdo fuera o no penoso en sí. Puede intentarse también otra interpretación diferente. El arrojar el objeto de modo que desapareciera o quedase fuera podía ser asimismo la satisfacción de un reprimido impulso vengativo contra la madre por haberse separado del niño y significar el enfado de este: «Te puedes ir, no te necesito. Soy yo mismo el que te echa.» (...).

(...) De este modo llegamos a la convicción de que también bajo el dominio del principio del placer existen medios y caminos suficientes para convertir en objeto del recuerdo y de la elaboración psíquica lo desagradable en sí. Quizá con estos casos y situaciones, que tienden a una final consecución de placer, pueda construirse una estética económicamente orientada; más para nuestras intenciones no nos son nada útiles, pues presuponen la existencia y el régimen del principio del placer y no testimonian nada en favor de la actuación de tendencias más allá del mismo, esto es, de tendencias más primitivas que él e independientes de él en absoluto (...) (Mas allá del principio del placer).

No quedan excluidas de este análisis las ansiedades depresivas que aparecen unidas a las posibles pérdidas, al dolor y a la eventual injuria a la imagen corporal que está en vías de integración en la infancia. Después de los tres años, con un yo más maduro, la ansiedad depresiva se hará menos frecuente gracias los momentos de síntesis y de la ansiedad de aniquilamiento se pasará a la ansiedad de castración.

El modelo de abordaje que llevan a cabo Rinaldi y su equipo se estructura en dos fases:

- *Primer contacto con la familia.*

Se buscará la asistencia de ambos padres sin el niño. La entrevista se desarrollará según la modalidad semipautada.

En el comienzo se habilitará la libre expresión de los padres en todo lo concerniente a su conocimiento del proceso que afrontan, sus ansiedades y temores. Una escucha atenta permitirá detectar el grado de información que poseen, cuales son sus fantasías y si tienen conciencia de los límites a la continuidad y tipo del vínculo con el psicoterapeuta.

De aquí en más la entrevista será más dirigida ya que es necesario relevar los datos que hacen a la historia vital del niño, su maduración psicomotriz, lenguaje, nivel de aprendizaje y socialización adquiridos y el grado de simbolización de su juego. Se indagará como se conduce en el ámbito familiar y como responde a la enfermedad, accidentes, cirugías y anestесias anteriores y su tolerancia al dolor, así como cualquier otro dato significativo ante el acto quirúrgico.

- *Sesiones psicoterapéuticas con el niño.*

Luego de haber reunido la historia psicobiológica del niño y obtenido la información precisa del equipo quirúrgico, se está en condiciones de acordar con los padres la cantidad de sesiones prequirúrgicas.

En general el proceso se desarrolla en un mínimo de dos sesiones y un máximo de cuatro, cuya duración oscila entre treinta y cincuenta minutos aproximadamente; la misma modalidad se ofrece para el período postoperatorio. Desde luego, el terapeuta considera la conveniencia del método según las características del paciente.

En las sesiones se ofrece una caja de juegos conteniendo diversos juguetes que el terapeuta considere más adecuados. Siempre se dispone de papel, lápices de colores, tijeras, papel glasé y demás elementos plásticos. Se prefiere que el niño permanezca solo con el terapeuta, de lo contrario se aceptará la presencia de uno de los padres.

Tanto la simbolización a través del juego, el esclarecimiento y la contención afectiva del terapeuta promoverán que el suceso doloroso sea vivenciado no solo en el cuerpo, sino que se procese como sufrimiento psíquico. Al contener la emergencia de una angustia masiva (automática) que paraliza al yo se abre la posibilidad de simbolización, que a su vez favorece sostener un nivel de angustia al servicio del yo (angustia señal), apta para movilizar defensas instrumentales.

Se sugiere a los padres que dentro de las veinticuatro horas previas a la operación, el niño tenga a su alcance lápices y hojas para que dibuje sin que medie alguna consigna. Esto permitirá que sus fantasías de último momento se expresen libremente.

Estos dibujos aportan un material muy rico al terapeuta y serán revisados antes de iniciar las sesiones posteriores a la cirugía.

Se ha comprobado que la prevención psicósomática instrumentada en el momento preoperatorio disminuye sensiblemente la intensidad de las respuestas bioemocionales esperables en la instancia postquirúrgica.

Ya se han explorado los aspectos referidos al dolor, que constituyen lo más temido una vez que se ha superado con éxito la intervención. Se revisará de ahora en más, qué resta por tramitar hasta la recuperación total.

Se enfrenta en el momento postquirúrgico la rehabilitación y así como se necesita cicatrizar la herida en el cuerpo, también se hace necesario elaborar la injuria narcisista que el acto quirúrgico infligió al yo. El temor frente a las posibles complicaciones y el miedo a la muerte subsisten y tienen sus efectos angustiantes y es preciso instrumentar defensas. Entre los mecanismos defensivos más frecuentes en este tramo, se rescatan la regresión y la desmentida.

La regresión facilita la introspección y el descanso necesario para la recuperación; las investiduras se centran en el cuerpo, particularmente el área operada (narcisismo adecuado para poder curar) y en el mundo se concentran visiblemente en el equipo quirúrgico del que se depende para la mejoría.

La desmentida, ya sea total o parcial defiende de la angustia, de los sentimientos de indefensión, de la inmovilidad y de la enorme dependencia que el enfermo afronta. En este contexto el yo ha concentrado sus investiduras en el cuerpo y en los médicos pero hay un precio en juego. Esta desinvestidura de los procesos mentales dificulta la concienciación del conflicto en curso. Se enfrentaría en este caso un momento provi-

sional de "pensamiento operatorio". Ocurre con frecuencia que el enfermo rechace la asistencia psicológica. Es el momento de que el equipo quirúrgico use sus influencias para acordar estrategias en común con el terapeuta y retomar el tratamiento ni bien resulte oportuno. Se estima que en general, alrededor del tercer o quinto día, el niño recupera su capacidad lúdica y su grafismo.

Es fundamental respetar este período sin presiones, interpretaciones respecto a la transferencia, para evitar que el paciente lo viva como intrusivo y no perder de vista que el objetivo esencial continúa siendo poder sostener la función de holding emocional hacia el paciente y su familia.

Es posible que a pesar de las medidas de prevención se presenten reacciones emocionales posquirúrgicas patológicas.

En los casos de familias que adoptaron conductas sobreprotectoras como consecuencia de una enfermedad severa, es frecuente que lo que normalmente es una desorganización transitoria -útil como defensa- se prolongue más de lo conveniente. Resulta necesario en estos casos intensificar la intervención con el paciente y su familia para contribuir a que se afirmen los logros anatómicos que la cirugía brindó y ayudó a superar el beneficio secundario implícito en la enfermedad.

Resulta naturalmente previsible una depresión reactiva ante los sentimientos de disminución de los recursos yoicos derivados de la agresión corporal sufrida. En estos casos es suficiente el apoyo familiar y eventualmente el terapéutico.

Si la desmentida que es útil en un momento persistiera más allá de lo esperable se convierte en patológica; el paciente podría no tomar los recaudos protectivos adecuados a su estado y poner en riesgo la recuperación, por descuido u omisión de las indicaciones a cumplir.

El delirium posquirúrgico se presenta como una alteración de conciencia provocada por una disfunción física. Generalmente, cursa con desorientación espacio-temporal, alteraciones de la memoria, alucinaciones, etcétera.

En los niños se presenta sólo en casos de fiebre alta o como consecuencia del uso de medicamentos y es de fácil resolución.

De acuerdo a la experiencia del Dr. Rinaldi (2001) y su equipo la psicoprevención ha disminuido significativamente el carácter sintomatológico psíquico de estas alteraciones por las tareas preventivas.

Para finalizar, en lo que concierne a la familia del paciente quirúrgico, es oportuno tomar en consideración los efectos nocivos que puede acarrear una convalecencia prolongada.

La homeostasis familiar se ha visto alterada, los hermanos han resignado transitoriamente la investidura afectiva de los padres que, razonablemente sobreinvisten al hijo enfermo. Este desequilibrio afectivo está contemplado en los esfuerzos implícitos en la prevención.

Es por ello que este autor afirma que tanto en los casos de cirugías a repetición o de convalecencias prolongadas resulta indicada la intervención de un psicoterapeuta que oriente tanto a padres como al equipo médico-quirúrgico en la detección y manejo de estas asimetrías afectivas que, si subsisten largo tiempo, provocarán conflictos en el grupo familiar.

## **5- El papel de la familia en la psicoprofilaxis quirúrgica del niño**

Desde su nacimiento el ser humano se desarrolla en un medio del cual depende y al cual él modifica. Su psiquismo se estructura mediante un proceso identificatorio que se configura a partir de los vínculos tempranos con los adultos que lo cuidan. La subjetividad se logra en la identificación con un otro primordial, en primer término la madre, luego el padre, la familia, el entorno significativo quienes además actúan como transmisores de la cultura.

En esta historia de vínculos se construye paulatinamente una red de apoyo familiar y social, que brinda los "aportes básicos" de carácter físico, psicosocial y sociocultural que son imprescindibles para el desarrollo del niño. En este punto es de interés el modelo de Caplan (1996) acerca de los factores que moldean el desarrollo de las personas e inciden en la forma en que estas afrontan los cambios en sus vidas.

Este autor sostiene que para no sufrir un trastorno mental una persona necesita aportes adecuados a las diversas etapas de su desarrollo. Estos aportes pueden clasificarse en tres grupos:

" Los físicos incluyen la alimentación, vivienda y estimulación sensorial necesarios para el crecimiento y desarrollo corporales y el mantenimiento de la salud, así como la protección contra el daño físico; protegen de las infecciones, los traumas, etc." ( Caplan, 1996).

Los psicosociales incluyen la estimulación del desarrollo intelectual y afectivo por medio de la interacción personal con otros significativos a través de los intercambios que impulsan las relaciones continuas.

"Los socio culturales incluyen las influencias que sobre la personalidad ejercen las costumbres y los valores de la cultura y la estructura social." (Caplan, 1996).

El autor menciona que el curso de la vida es alterado muchas veces por algún suceso inesperado, por alguna amenaza a la integridad corporal y el sujeto es ayudado o entorpecido por el medio que lo rodea para atravesar estas transiciones. Los cambios pueden llevar a una salud y madurez mayor, en cuyo caso la crisis habrá sido una oportunidad positiva; si por el contrario conducen a una reducción de la capacidad para enfrentar los problemas la crisis ha sido un episodio perjudicial. El individuo que logra dominar una experiencia penosa resulta fortalecido y más capacitado para encarar en forma efectiva cualquier otra dificultad.

La resistencia a un trastorno mental puede aumentarse cuando no faltan ninguno de los aportes y ayudando al individuo a extender su repertorio de habilidades para resolver problemas, de manera que no necesite recurrir a formas regresivas, alejadas de la realidad o socialmente inaceptables.

El autor describe que toda estructura se mantiene en equilibrio a través de mecanismos homeostáticos, cuando el mismo se altera se modifica el funcionamiento previo, generando un problema para el sujeto.

En una crisis el estímulo del problema es mayor, las fuerzas que anteriormente lograban la homeostasis no alcanzan, el periodo de incongruencia es más prolongado que el de costumbre.

El factor esencial que determina el comienzo de una crisis es el desequilibrio entre el problema y los recursos que el sujeto dispone para afrontarlo. Los métodos que habitualmente utilizaba resultan ineficaces, la frustración aumenta provocando sentimientos de malestar en el sujeto.

En estas circunstancias hay una pérdida de los aportes básicos, la misma provoca una necesidad de aportes mayores a los anteriores conllevando un mayor costo para el individuo.

Cuando un miembro de la familia enfrenta un problema y éste amenaza la homeostasis del grupo como totalidad, como en el caso de la enfermedad de un hijo o la cercanía de una intervención quirúrgica, donde los roles y la dinámica preexistente se ven alteradas, las familias se apoyan en la elección de soluciones consonantes con los métodos efectivos ya implementados.

Una familia bien organizada (autoridad clara y aceptable, comunicación abierta, roles articulados, etc.) dará más apoyo al individuo en crisis logrando así decidir fácilmente cómo manejar el problema.

La psicoprevención familiar en cirugía es una medida de enorme valor en tanto se orienta a mantener y aumentar en lo posible estos "aportes básicos".

Es necesario que la familia se integre, hacerle saber claramente lo que está sucediendo y lo que ocurrirá a lo largo del proceso y orientarla para que responda adecuadamente. De otro modo las angustias que ella genere, su incertidumbre y desconfianza, provocarían un quiebre de la red de sostén emocional, imprescindible para atemperar la vivencia de amenaza que usualmente experimentan los allegados y el niño.

Es esencial conocer y analizar los mitos y creencias familiares inconscientes, en torno a la cirugía, la anestesia, el dolor y la muerte.

Rinaldi (2001) señala que es frecuente escuchar temores latentes en frases como: "Tenemos una historia terrible con la anestesia", "Se nos murió un pariente de esto mismo"

Estos contenidos solo podrán ser tramitados si aparecen en la conciencia. Su ajuste a la realidad actual, despojados de influencias del pasado, permitirá que la ansiedad en juego se adecue al aquí y ahora de la cirugía que se está afrontando.

La familia del niño debe conocer detalladamente como se medicará al niño, porqué y con qué. Cómo será la anestesia, deteniéndose cuanto sea necesario en explicar la diferencia entre "dormir" y "anestesia", recalando que el anestesiólogo controla la inducción y se asegura que el paciente esté bien. Se les informará el tiempo que durará la intervención, las condiciones del despertar, cómo se controlará el dolor o las sensaciones molestas que pudieran derivar de la cirugía y todo lo concerniente a la recuperación posterior.

El modelo de abordaje ideal establece que los padres deberían entrevistarse con un equipo multidisciplinario configurado por el cirujano, el anestesiólogo – en primera instancia - y un psicólogo interiorizado en el procedimiento, posteriormente.

Es conveniente que los padres o uno de ellos acompañe al pequeño hasta el lugar donde será anestesiado y que estén presentes cuando despierte. Si las condiciones lo permiten se podrá disminuir la angustia ante lo desconocido, llevando al niño a echar un vistazo al quirófano, cuidando no exhibir ante él material quirúrgico que no esté al alcance de su vista durante la operación.

En los casos de cirugía en un lactante – hasta los dos años de edad - la psicoprevención se restringe a la orientación psicoterapéutica de los padres, exclusivamente. En esta etapa el lactante tiene una marcada dependencia vincular con su madre, este es el eje central de la tarea preventiva. Es fundamental que la madre o quien la sustituya esté lo suficientemente preparada para contener adecuadamente al pequeño.

Sabemos que la angustia predominante en éste período proviene del temor a la pérdida del vínculo afectivo madre-hijo y del entorno conocido – temor al abandono – se solicita entonces a los padres que lleven al sanatorio la almohada, la manta de uso cotidiano o algún muñeco preferido que pueda operar como objeto transicional para el bebé durante su internación y lograr el necesario efecto tranquilizador. El objeto

transicional fue definido por Winnicott como aquel que se encuentra en el área intermedia entre lo subjetivo y lo objetivo, entre las satisfacciones autoeróticas y las relaciones objetales. El niño encuentra entre los objetos que lo rodean uno que adquiere importancia vital cuando se va a dormir o cuando se aleja de la casa, el objeto recibe el afecto tranquilo, así como el amor y el odio, no es externo, ni interno, es una posesión. Este objeto ayuda a l niño a desarrollar la capacidad de espera, tolerar la frustración y reunirse con una madre que no está.

También se toma en cuenta a los diferentes componentes del grupo familiar extendido, proponiéndole a ambos padres que compartan la información recibida con los hermanos, abuelos y familiares cercanos de modo que se afiance la red de contención afectiva tanto como sea posible.

En los casos específicos de cirugía del recién nacido, en las que la madre no acompaña activamente a su hijo y por lo tanto disminuye la natural libidinización del bebé, se corre un alto riesgo de fallas futuras en el vínculo afectivo, debido a la carencia temprana de aportes básicos. En cambio las cirugías que ocurren después del primer mes de vida son de mejor pronóstico emocional, dado que ha sido posible que se establezca una buena relación de apego inicial.

Los aportes emocionales continuos y sostenidos favorecen la formación de defensas inmunológicas tempranas, dando lugar a una menor vulnerabilidad y disminuyendo también el riesgo clínico.

Otro aspecto importante a tener en cuenta en la psicoprevención orientada a los padres, es el tema del dolor en el niño.

Hasta hace poco tiempo existió un mito en el campo de la medicina: se daba por cierto que debido a la mielinización incompleta, cuanto más pequeño fuera el niño menor dolor sentiría.

Sin embargo, recientes investigaciones neuroanatómicas permiten aseverar que las vías para la transmisión del dolor se desarrollan durante la vida intrauterina.

En consecuencia, tanto el recién nacido como el prematuro pueden percibir estímulos dolorosos, considerando su grado de indefensión frente a ellos, la angustia es mucho mayor y el dolor es más intenso, aún.

Si un bebé de pocos meses debiera afrontar por si mismo una situación de dolor, caería en una "angustia impensable" ya que carece de una organización psíquica que le permita contenerla.

Resulta necesario entonces, que los padres le brinden con su presencia un soporte yoico confiable. Para Winnicott (1979) esta angustia es equiparable a la del derrumbe psicótico vivida como desintegración, pérdida de cohesión psicósomática, sentimiento de irrealidad y caída permanente.

Mucho peor es la situación de un pequeño que después de haber sufrido la injuria quirúrgica debe afrontar el consecuente dolor postanestésico. En este caso es vital la contención continua e incondicional de los padres para atenuar el efecto traumático.

Es oportuno recordar, en este momento, las consideraciones de Rodriqué (1968) en cuanto al efecto desorganizador del daño corporal temprano y prolongado. El objetivo esencial de la psicoprofilaxis quirúrgica adquiere una relevancia particularísima en estos casos. Es posible afirmar, siguiendo a Rodriqué, que cuanto más temprana sea la intervención mayor es el riesgo de desorganización, a menos que la psicoprofilaxis sea eficiente.

## Conclusión

Las teorías precedentes que se han expuesto en forma conjunta e integrada, muestran que desde distintas posturas teóricas y abordajes diversos, todos los autores encuentran de máxima importancia la psicoprofilaxis quirúrgica en niños. Esta ha sido definida como un procedimiento terapéutico cuyo objetivo es reducir el impacto psicológico, potencialmente traumático, de la experiencia quirúrgica que tiende al logro de una mejor adaptación a la situación pre y post operatoria, así como a disminuir la vulnerabilidad física y psíquica. Por lo tanto ayuda al niño a elaborar este evento de su biografía de una forma constructiva.

Se le ha dado importancia al tratamiento de los conceptos de imagen corporal, trauma, estrés y dolor.

Toda situación quirúrgica implica para el niño un peligro, la imagen corporal se ve cuestionada y afectada en un momento en que ésta todavía está en etapa de definición. La cirugía genera un alto monto de ansiedad; dependerá de cómo logre instrumentar dicha ansiedad que esta circunstancia sea vivida por el niño como traumática o como estresora.

Incluir el tema del dolor es importantísimo en estas situaciones, ya que el niño una vez esclarecido acerca de las maniobras médicas que se realizarán, comienza a fantasear sobre los posibles padecimientos que atravesará en el período post quirúrgico. Trabajar psicoterapéuticamente con las fantasías y temores alivia el dolor psíquico en los pequeños y muchas veces también el dolor físico.

La psicoprofilaxis quirúrgica infantil forma parte de las psicoterapias breves focalizadas en la prevención y elaboración de la conflictiva planteada por la cirugía.

De la revisión que se ha efectuado surge que se trata de un abordaje que impone una exigencia máxima al profesional: debe ser implementada en tiempos cortos, en situaciones extraordinarias, críticas —cuando

no de emergencia -; el paciente se encuentra en una situación en que tanto lo físico como lo psíquico están seriamente comprometidos y su dinámica familiar alterada. La intervención del psicólogo se efectúa en condiciones desacostumbradas, no es demandada ni por el paciente ni por su familia sino impuesta por el equipo médico de una institución, lo que hará que la transferencia y el vínculo terapéutico estén configurados con modalidades específicas. Las reglas del encuadre aprendidas y ejercitadas en otros ámbitos se ponen a prueba y en muchos casos se requiere que, operando en situaciones inéditas, el profesional deba innovar permanentemente; apelando a su capacidad creativa.

El terapeuta se desempeña en estos casos en un contexto de complejas relaciones con la institución, el equipo médico, la familia, el paciente. Se enfrenta a alguien con serios padecimientos físicos, con la angustia del niño y de su familia.

Únicamente con el convencimiento de que la psicoprofilaxis quirúrgica aporta un gran beneficio a un ser que atraviesa un ciclo básico para su desarrollo se está en condiciones personales y profesionales de sostener la intervención.

Los profesionales dedicados a esta especialidad deben realizar esfuerzos permanentes para extender sus conocimientos sobre cuestiones médicas, para poder cumplir adecuadamente con la tarea de transmitir información a la familia y al niño. Deben ser flexibles y poseer conceptos técnicos sólidos sobre su disciplina para poder abordar al paciente y a su familia con términos sencillos y entendibles, dado que ellos que están atravesando momentos de intensa angustia y preocupación. Son profesionales que se encuentran en una actividad que es asistencial, docente y de investigación.

Con el bagaje de conocimientos que les ha aportado su formación y la convicción de que la psicoprofilaxis quirúrgica es de máximo provecho y que las consecuencias de no llevarla a cabo conllevan un grave riesgo para el paciente, los profesionales de esta especialidad tienen el desafío de encontrar intervenciones sencillas y prácticas, en el contexto real, que no supongan situaciones ideales sino posibles.

Actualmente en nuestro país, las condiciones socio-económicas y la organización actual del sistema de salud muchas veces no permiten que se lleve a cabo la modalidad de prevención psicósomática psicoterapéutica y es más frecuente la denominada modalidad prevención psicósomática médica en la que es el médico cirujano quién brinda información tanto al paciente como a su familia. Cuanto más se desarrolle la medicina y cuanto más sofisticada sea la tecnología en cirugía aumentará la cantidad de pacientes que potencialmente serán objeto de intervención quirúrgica y por lo tanto deberá considerarse seriamente la inserción de un profesional de la salud mental como miembro estable del equipo tratante.

Los planes de salud deberían incorporar una sección de psicoprofilaxis en especial para los niños y adolescentes que están en pleno desarrollo.

Los detalles de la resolución de una crisis tienen una enorme consideración para la futura salud mental del individuo; el nuevo equilibrio alcanzado puede ser mejor o peor al de su pasado y puede conducir a una mayor o menor satisfacción de sus necesidades. Cuando se enfrenta una crisis el sujeto elabora una nueva estructura de superación que pasa a ser una parte integral de su repertorio de respuestas para la resolución de problemas, que lo enriquece como otros aprendizajes y aumenta la posibilidad de que enfrente de forma más realista los riesgos que se le presenten en adelante, dejando tras de sí una huella. Es por esto, que el proceso de psicoprofilaxis quirúrgica es un instrumento privilegiado, no solo para prevenir daños posibles, sino para incrementar la calidad de vida de las personas.

Para concluir, destaco que dado que el acontecimiento que genera el acto quirúrgico es inevitable, contamos con este método de trabajo que en el presente alivia el sufrimiento de la persona y facilita la construcción en el futuro de un mejor recuerdo.

## Bibliografía

- ABADI, S. (1997). Desarrollos Postfreudianos. Editorial de Belgrano, Buenos Aires.
- ABERASTURY, A. (1999). Historia de una Técnica: Preparación Psicoterapéutica en Cirugía. en ABERASTURY, A. El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones. Paidós, México.
- ALEXANDER, F. (1943). Aspectos Psicológicos de la Medicina. *Revista de Psicoanálisis*. (A.P.A.) (1) 1. 63-82.
- ANZIEU, D. (1987). El Yo Piel. Editorial Biblioteca Nueva, Madrid.
- BEKEI, M. (1981). Algunos Aspectos de la Relación Médico-Pediatra. en FEDFOGEL, D.; ZIMERMANN, A. El psiquismo del niño enfermo orgánico. Paidós, Buenos Aires.
- BEKEI, M. (1981). Niños con Enfermedades Crónicas en FEDFOGEL, D.; ZIMERMANN, A. El psiquismo del niño enfermo orgánico. Paidós, Buenos Aires.
- BELLAK, L.; SIEGEL, H. (1986). Manual de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia. Manual Moderno, México.
- BENYACAR, M. (1997). Trauma y Estrés, Perspectivas Clínicas. en FISCHER, H. Conceptos Fundamentales de Psicopatología II. C.E.A., Buenos Aires.
- BLANCO, O.; IÑÓN, A. (1998). Consenso en la Evaluación y Preparación Prequirúrgica en Pediatría. Disponible en la WEB: [www.Sap.org.ar/archivos/1998](http://www.Sap.org.ar/archivos/1998). Publicación de la Sociedad Argentina de Pediatría.
- BLEGER, J. (1992). Psicología de la Conducta. Paidós, Buenos Aires.
- CAPLAN, G. (1996). Principios de Psiquiatría Preventiva. Paidós, Buenos Aires.
- CASAL, E. (2001). Consideraciones Generales sobre el Dolor. en D'ALVIA, R. El Dolor: un enfoque interdisciplinario. Paidós, Buenos Aires.
- CRESPO, A. (1995). Caso N. 2: Yanina, 7 años, un caso pre-quirúrgico. *Cuadernos Winnicottianos. Publicación de la Secretaría de Cultura y Bienestar de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires*. VOL.1, 23-34.
- D'ALVIA, R. (1995). "Consideraciones sobre el Estrés desde la Psicopatología Psicoanalítica". *Revista del Instituto Psicosomático de Buenos Aires*. 2 (2). 19-30. Editorial del Instituto de Psicopatología de Buenos Aires.
- D'ALVIA, R. (1995). "El Cuerpo en Psicoanálisis". *Revista de Psicoanálisis*. (A.P.A.), Nro. Especial (4). 119-130.
- D'ALVIA, R. (1999). "El Dolor: una forma particular de afecto". *Revista de Psicoanálisis* (A.P.A.), 56 (3). 635-650.
- D'ALVIA, R. (2001) Dolor y Aproximaciones Terapéuticas. en D'ALVIA, R. El Dolor: un enfoque interdisciplinario. Paidós, Buenos Aires.
- DOLTO, F. (1997). La imagen Inconciente del Cuerpo. Paidós. España.
- FAVALORO, R. (1999, Julio). Estrés y Salud. Biblioteca de la Salud. Programa de Medicina Preventiva. VOL.1.
- FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, H. (1996). Fundamentos de un Modelo Integrativo en Psicoterapia. Paidós, Buenos Aires.
- GIACOMANTONE, E.; MEJÍA, A. (1994). Estrés Preoperatorio y Riesgo Quirúrgico. Paidós, Buenos Aires.
- GOLDBERG, D. (1999). Un caso de Cardiopatía Congénita. en ABERASTURY, A. El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones. Paidós, México.
- GOLDBERG, D. y RINALDI, G. (1999). Preparación Psicoterapéutica en Cirugía Cardiovascular Infantil en ABERASTURY, A. El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones. Paidós, México.
- GOLDBERG, D.; RINALDI, G. (1973). Psicoprofilaxis Quirúrgica en Cirugía del Niño. *Revista de Psicoanálisis*. (A.P.A.) (30) 34. 957-975.
- GREENACRE, P. (1960). Trauma, Desarrollo y Personalidad. Ediciones Hormé, Buenos Aires.
- LENARDUZZI, H. (2001). El Dolor en el Niño. en D'ALVIA, R. El Dolor: un enfoque interdisciplinario. Paidós, Buenos Aires.
- LIBERMAN, M.; PISONI, N. (1997). Psicopatología. en FISCHER, H. Conceptos Fundamentales de Psicopatología II. C.E.A., Buenos Aires.
- MANDELBAUM, S. (1994). Vamos al Hospital: guía para preparar a su hijo para una internación, Libros del Quirquincho. Buenos Aires.
- MANDELBAUM, S. (1994). Vamos al Hospital: la historia de Pablo de cómo lo operaron y de cómo se curó. Libros del Quirquincho. Buenos Aires.

- MCDUGALL, J. (1995). Teatros del Cuerpo. Julián Yebenes, S.A., Madrid.
- MENDEZ, F.; ORTIGOSA, J.; PEDROCHE, S. (1996). "Preparación a la Hospitalización Infantil: Afrontamiento del Estrés". *Revista de Psicología Conductual*. 4 (2). 191-224.
- MEREJA, A. (1981). Psicoprofilaxis Quirúrgica en Niños. Técnica y Proceso Clínico. en FEDFOGEL, D.; ZIMMERMAN, A. El psiquismo del niño enfermo orgánico. Paidós, Buenos Aires.
- PERT, C. (1995). Los transmisores Químicos. en Moyers, B. La Curación y la Mente. Emecé, Buenos Aires.
- PRECE, G.; SCHUFER, M. (1995). Entre la Espada y la Pared. Editorial Biblos, Buenos Aires.
- RINALDI, G. (1978). Psicoprofilaxis Quirúrgica del Niño y el Adolescente. *Revista de la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados*. (1) 3. 25-34.
- RINALDI, G. (2001). Prevención Psicósomática del Paciente Quirúrgico. Paidós. Argentina.
- RODRIGUE, E. (1968). "Severe Bodily Illness in Childhood". *Jornada Internacional de Psicoanálisis. Boletín de la Asociación Psicoanalítica Internacional*. VOL.49. 290-297.
- ROJO RODES, J. Y CIRERA COSTA, E. (1999). Interconsulta Psiquiátrica. Biblio stm. Barcelona.
- SCHILDER, P. (1958). Imagen y Apariencia del Cuerpo Humano. Paidós, Buenos Aires.
- SELYE, H. (1954). Tratado de Fisiología y Patología de la Exposición al Stress. Editorial Científico Moderna, Barcelona.
- THOMANN, M. (2002). Manifestaciones Conductuales del Estrés Prequirúrgico en Niños en un Hospital General de Pediatría. Tesina presentada en la Universidad de Belgrano.
- WINNICOTT, D. (1984). Conozca a su Niño. Paidós, Buenos Aires.
- WINNICOTT, D. (1996). Procesos de Maduración y el Ambiente Facilitador. Paidós, Buenos Aires.