

UNIVERSIDAD DEL AZUAY

**FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS
DE LA EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGIA CLINICA**

**Convenio de complementación de estudios entre
las Facultades de Filosofía de la Universidad del
Azuay y la Facultad de Psicología de la
Universidad de Buenos Aires**

PSICOPROFILAXIS QUIRURGICA EN NIÑOS

Trabajo monográfico previo a la obtención del título de
Psicología Clínica

ALUMNA: MARCELA CASTILLO RONQUILLO

DIRECTOR: DR. JUAN AGUILERA

CUENCA - ECUADOR

2005

ABSTRACTO

La psicoprofilaxis quirúrgica se define 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. Actualmente constituye una especialidad dentro de las psicoterapias, debido a sus características específicas.

Según algunos autores, forma parte de las psicoterapias breves focalizada en la resolución de la problemática planteada por la cirugía.

Aunque se sitúa dentro de una perspectiva psicodinámica, se permite el uso de recursos no psicoanalíticos; recalando así que el propósito de la terapia breve es aliviar los síntomas y problemas puntuales. La psicoprofilaxis quirúrgica se ubica en el

campo de la psicología preventiva. El rol del terapeuta es activo y flexible.

A mis padres por su apoyo incondicional.

Agradecimientos

A Dios, a mi hijo Sebastián, a mis padres. Al Dr. Juan Aguilera por su positivismo, a mis profesores de la Facultad de Filosofía de la Universidad del Azuay y a mis amigas.

SUMARIO

<i>Abstract</i>	2
<i>Dedicataria</i>	3
<i>Agradecimientos</i>	4
<i>Introducción</i>	7

I. GENERALIDADES DE LA PSICOPROFILAXIS QUIRURGICA

1. Psicoprofilaxis quirúrgica, definición.....	10
2. Campo y niveles de aplicación.....	11
3. Psicoprofilaxis quirúrgica en niños.....	12

II. CONCEPTOS NECESARIOS PARA ENTENDER LOS EFECTOS DE LA CIRUGÍA:

1. Imagen corporal e identidad.....	17
-------------------------------------	----

2. Estrés – Trauma – Vulnerabilidad psicosomática.....	19
3. Rasgos de acuerdo con el periodo evolutivo en la niñez.....	23

III. EL NIÑO FRENTE A LA CIRUGIA:

1. Breve descripción de las etapas del proceso quirúrgico:	
1.1 Periodo pre-quirúrgico.....	25
1.2 El momento de la cirugía.....	26
1.3 Periodo post-quirúrgico.....	27
2. El juego como técnica.....	28
3. Proporcionando información al paciente.....	31
4. Técnicas de aplicación auxiliares.....	33
Conclusiones.....	37
Bibliografía.....	40

Introducción

Actualmente, en nuestro país, no existe una política que favorezca la asistencia de los profesionales de la salud mental a los pacientes con proximidad a una intervención quirúrgica. Parecería poco importante efectuar una preparación psicológica previa a la cirugía, durante el período de recuperación y posterior a la misma.

El sujeto es evaluado únicamente como portador de una enfermedad física, sin tener en cuenta los efectos del ambiente hospitalario, ni las ansiedades, ni los temores, y las angustias de la persona ante una intervención que provoca un desequilibrio en el diario vivir.

En el caso de los pacientes niños, se cree erróneamente, que la mejor forma de no despertar temores y posibles resistencias frente a la operación, es no informar al pequeño todo lo referente a la cirugía, sin tener en cuenta los efectos psicológicos que este encubrimiento puede provocar en su desarrollo físico y psíquico posterior.

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

El objetivo del mismo es transmitir, una descripción que abarque el proceso de prevención, de esta forma favorecer la interconsulta entre el equipo médico y los profesionales de la psicología y la psiquiatría, así como el abordaje interdisciplinario. En nuestro país, donde la bibliografía sobre el tema es sumamente escasa, es aún más importante tomar conciencia de lo primordial que es el trabajo multidisciplinario para optimizar las condiciones de los pacientes.

Además, se intenta presentar de una manera sintética, la importancia de los factores psicológicos en la cirugía infantil, pues son los niños los más afectados, al estar desprovistos de defensas suficientes para sostener la situación.

Tal como lo afirman Goldberg y Rinaldi (1999): “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 para la mayoría de personas.

Es así, que debemos sumarnos a los países más avanzados en donde la psicoprofilaxis es una práctica común e indispensable, rescatando un importantísimo campo profesional del psicólogo clínico 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.

Se ha tomado como fuente fundamental de información, el trabajo realizado por los autores Goldberg y Rinaldi, el cuál está recopilado en el libro *Preparación Psicoterapéutica en Cirugía Cardiovascular*. Se han incluido las aportaciones de la psicoanalista Argentina, pionera en psicoprofilaxis en la Argentina, Arminda Aberasturi y su técnica de juego; a más de técnicas cognitivo – conductuales útiles para el tema y con ello ofrecer un panorama integral del tema.

I.

Generalidades de la Psicoprofilaxis Quirúrgica

1. Psicoprofilaxis quirúrgica, definición: “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”. (Goldberg, D. y Rinaldi, G.1999).

Con el pasar del tiempo, se ha constituido en una especialidad dentro de las psicoterapias debido a sus características específicas.

Según numerosos autores forma parte de las psicoterapias breves, focalizada en la resolución del conflicto que se presenta frente a la cirugía (Goldberg, D. y Rinaldi, G.1999).

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 usan intervenciones no psicoanalíticas.

2. Campo y niveles de aplicación: La psicoprofilaxis quirúrgica, se sitúa claramente en el campo de la psicología preventiva, es decir la intención será anticiparse a un daño o perjuicio que pueda ocurrir en el futuro con la finalidad de evitarlo.

Más específicamente, la prevención psicoterapéutica, consiste en elaborar con el paciente 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; sobretodo en los niños (Goldberg, D. y Rinaldi, G.1999).

La prevención toma en cuenta 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*.

Rinaldi (2001), considera que la psicoprofilaxis quirúrgica, abarca estos 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.

De estudios realizados en hospitales que hacen uso de este procedimiento, se ha observado lo siguiente:

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

Los resultados son concluyentes, a pesar de esto, en la mayoría de centros quirúrgicos – aún los más avanzados del mundo – las necesidades emocionales de los pacientes son asistidas por médicos clínicos, cirujanos y anestesistas sin la participación de un psicoterapeuta. (Estudio realizado en el Policlínico Central de San Justo).

3. Psicoprofilaxis quirúrgica en niños: Con los niños existe la posibilidad de considerar la psicoprofilaxis de una manera

particular, como un modo de abordaje diferente del que se tendría con un paciente adolescente o adulto.

Pocos niños que van a ser sometidos a cirugía lo hacen en condiciones óptimas, es decir bien informados por sus padres y médico acerca de su enfermedad y de la necesidad de ser operados. (Peláez, 1995)

La noticia de una próxima intervención quirúrgica ya sea en una situación de urgencia o planificada produce una serie de temores, ansiedades y angustias. Temores en relación a la anestesia, el dolor, el despertar durante la operación y la posibilidad de morir.

Esto muchas veces se intensifica ante la posibilidad de una corta o prolongada hospitalización, la cual modifica la forma de vida cotidiana del pequeño (Goldberg, D. y Rinaldi, G.1999).

En Europa existe un documento jurídico denominado: La Carta Europea de los Derechos de los Niños Hospitalizados establecida por el Parlamento Europeo en el año 1986, la cuál plantea, en algunos de sus artículos, que los niños tienen derecho a ser hospitalizados con otros niños evitando la hospitalización con adultos, derecho a proseguir con su formación escolar y a disponer de juguetes adecuados a su edad, libros y medios audiovisuales durante su estadía en el hospital. Estos derechos

intentan recuperar una zona de infancia que puede ser perdida a partir de la internación (Peláez, 1995).

Cuando es un niño quien tiene que ser operado son también los padres y profesionales que intervienen quienes se encuentran implicados en la situación de forma diferente a si fuera un paciente adulto.

Si las personas significativas para el niño pueden sostenerlo en sus temores y ayudarlo a elaborar la situación, es probable que se eviten momentos de malestar para el paciente. Si esto se ve dificultado, así como también cuando la cirugía es de emergencia, suelen producirse momentos de alto nivel de angustia y situaciones de pánico (Goldberg, D. y Rinaldi, G.1999).

Es importante la información que se le brinde, porque al estar sumidos en el desconocimiento, quedan sometidos a sus propias especulaciones, favoreciendo el incremento de la ansiedad y la aparición de fantasías muchas veces terroríficas.

Sin embargo, debemos tener claro que el informar no garantiza que el niño no tenga miedo o que comprenda lo que le van a hacer.

El informar no tiene como finalidad la ausencia de ansiedad frente a un hecho de por sí ansiógeno, sino la posibilidad de asimilación interna que le permite transformar cierto grado de angustia paralizante en "angustia señal" en situaciones concretas de peligro, levantando así las defensas del yo, ya que uno de los factores del trauma es la sorpresa.

Del término "angustia señal", utilizado por Freud a raíz de su segunda tópica, el *Diccionario de conceptos y personalidades en psicoanálisis* dice lo siguiente:

"En la 25ª de las Conferencias de introducción (1916-17) se nos dice en uno o dos lugares que el estado de «apronte angustiado» brinda una «señal» para impedir el estallido de una grave angustia. De ahí no había más que un paso hasta la esclarecedora exposición de las páginas que aquí siguen. Puede observarse que también en la presente obra el concepto se introduce primero como señal de «displacer» y sólo luego como señal de «angustia»" (Diccionario de conceptos y personalidades en psicoanálisis).

Es en este punto donde a más de la información brindada, se utilizará el juego como recurso propio de la infancia posibilitando, reconstruir e instaurar una zona lúdica de protección y amparo para el niño.

El favorecer un espacio lúdico permitirá extraer inquietud, desconcierto, fluctuación, fantasías tanto del niño como de sus padres ante lo propio de la intervención quirúrgica y reintroducir la situación en la seriedad del campo lúdico. Espacio donde, desde la perspectiva adulta, se sostenga la posibilidad de jugar aún con aquello que le asusta y le angustia posibilitando que el niño haga su juego.

“Jugar a que jugamos proponiendo un argumento y personajes acordes a aquello que se condensa en la problemática del niño es ya una intervención posible y tendrá su efecto en el interior del juego mismo. Este efecto recaerá sobre el niño y también sobre aquello de lo cual padece. Son los recursos lúdicos entonces los que tomarán como propio el malestar en cuestión permitiendo al niño tomar distancia del sufrimiento” (Goldberg, D. y Rinaldi, G.1999).

II.

CONCEPTOS NECESARIOS PARA ENTENDER LOS EFECTOS DE LA CIRUGÍA

1. Imagen corporal, identidad: Debe recalcarse 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 (Goldberg, D. y Rinaldi, G.1999).

Se denomina imagen corporal a la representación mental del propio cuerpo en el yo. De acuerdo a lo establecido por Richmond, P (1970) “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”.

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, a decir de varios autores, no hay delimitación entre el bebé que succiona y el pecho que alimenta. Las sucesivas experiencias de frustración y satisfacción, (“*pecho bueno, pecho malo*”) alternadas brindan impresiones

sensoriales que dan lugar a una separación gradual entre el yo y el no yo (Klein 1975).

Al respecto, Malher (1975), 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” (Malher, 1975).

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 (Goldberg, D. y Rinaldi, G.1999).

La revisión de estos conceptos es esencial para el abordaje comprensivo de los eventuales cambios psíquicos, que se pueden desencadenar como consecuencia de cirugías que impactan simultáneamente a la piel y a la imagen corporal.

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 (Goldberg, D. y Rinaldi, G.1999).

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 resumen, se puede pensar que una intervención sobre el soma podría afectar tanto la imagen corporal del niño como así su formación de la identidad. (Goldberg, D. y Rinaldi, G.1999).

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. (Goldberg, D. y Rinaldi, G.1999).

En una publicación de la Fundación Favaloro (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."

Así, en el estrés se pueden diferenciar dos aspectos. El primero refleja una actitud adaptativa positiva que permite enfrentar los desafíos reales, y el otro,

de carácter negativo, que se refiere a aquellas situaciones en que la respuesta del organismo es excedida frente a un estímulo no real.

Desde el punto de vista médico, los estresores desencadenan una serie de respuestas fisiológicas en el organismo que se traducen en síntomas y signos clínicos típicos (www.favaloro.com).

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 Diccionario de Psicoanálisis de Laplanche y Pontalis (1993) busca 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 (Laplanche y Pontalis (1993)).

Cabe señalar que un mismo acontecimiento, basándonos en Freud y su concepto de angustia señal, 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, adquiriera una significación desestructurante, desencadenando intensa angustia y sentimientos de desvalimiento.

Una situación traumática, en cambio, 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.

El acto quirúrgico tiene una finalidad terapéutica pero es un hecho intrusivo, constituye una situación traumática, por esto la importancia de explorar previamente las defensas del sujeto, ya que la sola indicación de una cirugía – aún siendo leve- conmueve al sujeto y hace que se preocupe por su integridad física.

La diferencia en la manera de cómo cada persona vive esto, dependerá de cómo se vayan dando algunas condiciones (Rinaldi 2001):

- ✓ Las características de personalidad del paciente, producto de la interacción del factor genético-constitucional del sujeto y del factor adquirido. Esto tendrá efectos sobre su capacidad de afrontamiento.

- ✓ El significado que cada paciente atribuye al suceso traumático. La intensidad de cómo lo viva, 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.

Las condiciones que el autor propone, deben sumarse para determinar si lo que se enfrenta es un suceso estresogénico o traumatogénico y poder de esta manera evaluar la vulnerabilidad psicosomática del sujeto.

Además se observará cómo reciben el paciente y su familia el informe 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, el modo en que se transmita permitirá que se considere más como un desafío positivo con características de reparación, que con connotaciones de castración (Goldberg, D. y Rinaldi, G.1999).

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” (Goldberg, D. y Rinaldi, G.1999).

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.

3. Rasgos de acuerdo con el periodo evolutivo en la niñez: El objetivo básico que se propone la psicoprofiláxis quirúrgica es evitar que una situación naturalmente traumática, como es la cirugía, derive en patología.

El impacto del sujeto frente a la cirugía adquirirá características particulares de acuerdo con el período evolutivo que atraviesa el niño y las angustias que se presentan en cada uno. En consecuencia el abordaje preventivo deberá adecuarse a las circunstancias del desarrollo, individuales de cada caso. (Goldberg, D. y Rinaldi, G. 1999):

El niño en su primer año de vida no ha logrado una maduración psíquica que le permita comprender su sufrimiento ni otorgarle 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 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 psico prevención 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. La psico prevención 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.

Con el fin de conseguir el objetivo antes mencionado y apoyándose en la propuesta de Goldberg, D. y Rinaldi, G (1999) el abordaje se basara en los componentes que caracterizan la edad del niño a ser intervenido.

III.

EL NIÑO FRENTE A LA CIRUGIA

1. Breve descripción de las etapas del proceso quirúrgico: En el proceso quirúrgico se diferencian claramente tres momentos, el pre quirúrgico, el acto quirúrgico y el post quirúrgico.

1.1 Período prequirúrgico

El período prequirúrgico se extiende desde el momento en que se indica la cirugía hasta la intervención. 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. (Goldberg, D. y Rinaldi, G.1999).

No es común que exista un terapeuta integrado en el equipo, a pesar de la necesaria presencia del mismo para la oportuna transmisión de confianza que debería 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 la hospitalización.

Lo que corresponde es que se realice una tarea integrada con todos los profesionales que intervienen, coordinados por el pediatra de cabecera o quien ocupe esa función (Goldberg, D. y Rinaldi, G.1999).

1.2 El momento de la cirugía

El acto quirúrgico es un acto necesario que tiene en sí mismo dos partes que se conflictúan; se somete al sujeto a una situación difícil para recuperar o mejorar su salud. Dice Arminda Aberastury (1999): “se debe aceptar como un *trauma necesario* para lograr sostener la decisión quirúrgica”.

No se esperan complicaciones en éste momento a menos que existiera una enfermedad de base. “Los antecedentes de eventuales enfermedades de base se habrán obtenido previamente y estarán incluidos en la historia clínica que acompaña al paciente al quirófano” (Goldberg, D. y Rinaldi, G.1999).

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, esta será entonces la tarea del terapeuta, además de aliviar las ansiedades creadas por el rígido sistema de cuidados intensivos.

1.3 Periodo post quirúrgico

Arminda Aberastury (1999) refiere que, “a pesar de que los temores y ansiedades que se presentaron 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 provoca”.

Angustia, miedo, sentimientos depresivos se presentan luego de la cirugía, es necesario ayudar a controlar y canalizar estas emociones, ya que favorecen la disociación psíquica y debilitan las defensas útiles y estructurantes del yo.

Un punto sensible en este período es el dolor que se trata de “una serie de sensaciones, conductas e ideas que se integran en una experiencia netamente subjetiva” (Goldberg, D. y Rinaldi, G. 1999).

Ya que el umbral de tolerancia al dolor es una cuestión particular que depende de varios factores tales como la fortaleza yoica, la formación sociocultural, la zona corporal involucrada; es de importancia hablar del dolor. “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” (Aberasturi 1999).

Prevenir al niño y a su familia acerca de la posibilidad del dolor, orientar sobre los recursos analgésicos, es una intervención que atenúa notablemente la intensidad de la ansiedad. (Goldberg, D. y Rinaldi, G. 1999).

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.

2. El juego como técnica: Posterior al análisis de la fobia de un niño de 5 años (Caso Juanito *Historiales clínicos* del tomo XV); Freud descubrió que si un niño juega es porque necesita elaborar situaciones traumáticas (“*Más allá del principio del placer*”). Esto resultó efectivamente cierto, según pudo confirmar

Arminda Aberastury en su experiencia con el análisis de niños (Aberasturi 1999).

La autora explica que con la técnica del juego, adecuada a cada caso, “el niño nos comunica desde la primera hora cuál es su fantasía inconsciente sobre la enfermedad o conflicto por el cuál es traído al tratamiento y en la mayor parte de los casos, su fantasía inconsciente de curación” (Aberasturi 1963).

El niño, según Aberasturi, hace evidente el deseo de que el terapeuta asuma el papel en el que se le de lo que necesita para su mejoría. “Este proceso es vivido por el como un nuevo nacimiento” (Aberasturi 1963).

Para una inicial exploración de las fantasías del niño, será necesario un “cajón *individual*”, este se constituirá en el “*símbolo del secreto profesional*”, y deberá contener en su interior:

- ✓ Un muñeco, que represente un bebé de preferencia.
- ✓ Camillas, doctores, enfermeras
- ✓ Vehículos, que puedan cargar cosas
- ✓ Tres pequeños autitos
- ✓ Un avión
- ✓ Un juego de té
- ✓ Soldados de distintos colores
- ✓ Vaca, caballo, perro (domésticos)
- ✓ León, tiburón (salvajes)

- ✓ Plastilina de dos colores
- ✓ Un rollo de piola
- ✓ Legos
- ✓ Una cartuchera con pinturas (o crayones para los más chicos), lápices, cinta adhesiva, tijera, borrador, sacapuntas.
- ✓ Papel brillo
- ✓ Cercas para los animales
- ✓ Arboles
- ✓ 2 o 3 hojas de papel en blanco

El objetivo de esta intervención terapéutica pre quirúrgica será, como se dijo anteriormente, explorar las fantasías inconscientes del niño y responder las mismas mediante el juego.

A través del juego el niño expresara sus fantasías, temores respecto de la cirugía. El juego le permite cambiar lo que siente pasivamente por actividad al jugar, liberando la angustia, canalizando relaciones conflictivas, etc. (Aberasturi 1963).

El tema que más frecuentemente se repite en el juego, a decir de Aberasturi (1963) es el miedo a la anestesia, relacionado al miedo a la muerte, a no despertar. Otros miedos que aparecen son al dolor, a una equivocación, a la aguja y hasta al espacio hospitalario. Son miedos frente a lo desconocido, donde la vía para expresarlos es a través de la palabra o del juego en el caso

de niños; así podrán ser sentidos, hablados, pensados, lo que implica una elaboración de los mismos. Hablar de eso que no se habla. (Aberasturi 1963).

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, 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. 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 (Aberasturi 1963).

“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” (Aberasturi 1963).

3. Proporcionando información al paciente: Como se menciona anteriormente, la información que se le dé al niño es sumamente importante, ya

que debe saber lo que le va a pasar; y en ningún caso hay que llevarlo engañado porque se propicia el miedo. Además esto ayuda a disminuir la ansiedad. Para este fin se podrán utilizar las siguientes técnicas (Goldberg, D. y Rinaldi, G.1999):

- ✓ Teatralización con títeres (apropiado para preescolares).
- ✓ Videos, audiovisuales o fotografías que muestren la institución y las distintas situaciones por las que va a atravesar el paciente y su familia en el pre y posquirúrgico.
- ✓ Utilización de material gráfico (libros o figuras) adecuado a la situación.
- ✓ Si es posible, hacer un recorrido por el hospital, visitar la sala de operaciones, las habitaciones, etc.
- ✓ Conocer al personal.

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. (Goldberg, D. y Rinaldi, G.1999).

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 (Aberasturi 1963).

Coinciden los autores en que 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 una decisión aunque sea mínima, facilita que el niño sienta que tiene algún control de la situación.

4. Técnicas auxiliares: Como se dijo al inicio, es importante la flexibilidad del rol del terapeuta que deberá utilizar prácticas distintas para cada tipo de paciente. Las técnicas cognitivo – conductuales, resultan muy eficaces en este caso.

Considerando que el malestar de los progenitores afecta al niño, las técnicas se pueden también aplicar a padres o personas significativas para el niño, 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.

A continuación se resumirán algunas técnicas cognitivo – conductuales (Martín, G. Pear, J. 1998) que pueden resultar útiles:

· ***Relajación y Respiración***

El objetivo es reducir la ansiedad. 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 manera adecuada de respirar, 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.

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

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 la Superchica.

· ***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.

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.

· ***Inoculación de estrés***

Sirve para los padres y 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.

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.

Conclusiones

- ✓ Con lo expuesto en forma conjunta e integrada, se muestra que la psicoprofilaxis quirúrgica es fundamental ya que abarca los tres niveles de prevención: 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.

- ✓ Entre las ventajas de la psicoprofilaxis quirúrgica se encuentran:
 - Reducción del uso de analgésicos en el post operatorio.
 - Disminución de los niveles de ansiedad, angustia y estrés.
 - Mayor rapidez en la cicatrización y menos complicaciones.
 - El tiempo promedio de internación desciende.

- ✓ El acto quirúrgico tiene una finalidad terapéutica, pero es un hecho intrusivo, agresivo y por ende constituye una situación traumática.

- ✓ En el proceso quirúrgico se diferencian claramente tres momentos, el pre quirúrgico, el acto quirúrgico y el post quirúrgico.
- ✓ Los niños que van a ser intervenidos quirúrgicamente, necesitan un tratamiento psicoterapéutico especial, ya que esta es la etapa en la que se constituye la imagen corporal, aspecto relevante de la identidad.
- ✓ Los padres y su tranquilidad forman parte esencial de la situación pre y post quirúrgica, ya que sus propias ansiedades influyen negativamente en el niño.
- ✓ El impacto frente a la cirugía adquirirá características particulares de acuerdo con el período evolutivo que atraviesa el niño y las angustias que se presentan en cada uno.
- ✓ El juego hace posible que el niño elabore situaciones que pueden resultar traumáticas. A través del juego el niño expresará sus fantasías, temores respecto de la cirugía las cuales podrán ser canalizadas por el terapeuta.
- ✓ La información respecto de la cirugía, que se le dé al niño, es sumamente importante, ya que esto le ayuda a disminuir la ansiedad.

- ✓ Existen técnicas cognitivo – conductuales que resultan muy útiles en estos casos.

Bibliografía

GOLDBERG, D. Y RINALDI, G. (1999). Preparación Psicoterapéutica en Cirugía Cardiovascular Infantil. Paidós, México.

ABERASUTRY, A. (1963) Teoría y técnica del psicoanálisis de niños. Paidós. México.

WINNICOTT, D. (1975). Proceso de maduración en el niño: Estudios para el desarrollo emocional. Laia, Barcelona España.

RICHMOND, P. (1970). Introducción a Piaget. Fundamentos, Madrid.

LAPLANCHE, J. PONTALIS, JB. (1994). Diccionario de Psicoanálisis. Labor, Barcelona.

MARTIN, G. PEAR, J. (1998) Modificación de conducta, Biblioteca Nueva, Madrid.

FREUD, S. Más allá del principio del placer, tomo II, Una teoría sexual y otros ensayos, Traducción de BALLESTEROS (Disco compacto con las obras completas).