

Psiquiatra. Psicoanalista. Miembro de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo.

INTRODUCCION

Cuando una persona va a ser sometida a una intervención quirúrgica se enfrenta con una situación altamente ansiógena, poblando multitud de preguntas la mente del sujeto: ¿en qué va a consistir la operación?, ¿me anestesiarán localmente o me dormirán?, ¿sentiré algún dolor?, ¿y si no me despierto más?, cuándo me abran ¿qué encontrarán?, ¿cómo quedará después de la operación?, ¿por qué me habrá tocado a mí esta enfermedad?, etc...

Podemos detectar fácilmente esta mezcla de ansiedades confusionales paranoides y depresivas en el sujeto que va a ser sometido a una operación; predominando unas u otras según la personalidad de cada individuo.

S. Morgenstern publicó en 1937 el caso de un niño de 8 años que padecía mutismo. Descubrió que la causa desencadenante del síntoma había sido una amigdalectomía muy traumatizante para el niño.

Al interperarle el mutismo como defensa, al tener la boca cerrada, contra otro ataque y relacionar la operación con la castración (desplazamiento de abajo a arriba) el niño recuperó el habla.

Pero fue A. Aberastury la que investigó los efectos traumáticos de las operaciones y desarrolló "la psicoprofilaxis quirúrgica o preparación psicoterapéutica en cirugía".

En un principio centró su objetivo en que el niño llegara informado a la operación analizando las fantasías que despertaba el acto quirúrgico. Observó también que las transferencias positiva y negativa se depositaban alternativamente entre el cirujano y el psicoterapeuta. Más tarde vio la importancia de incluir en la información el tipo de anestesia a emplear al ser frecuentes los trastornos del sueño en los niños operados, relacionándose con las ansiedades de una anestesia profunda no esclarecida.

Al informar detalladamente de todos los pasos previos a la operación, incluida la anestesia con todas las sensaciones concomitantes, desaparecieron los trastornos del sueño en el postoperatorio y disminuía la ansiedad en el niño.

Las sesiones de psicoterapia previas a la operación no sólo aliviaban la ansiedad frente a la operación sino que en muchos casos se hacía innecesaria la misma, al tratarse de afecciones psicósomáticas.

Las sesiones después de la operación tenían una finalidad fundamental y es la de hacer el duelo por las partes y reelaborar el esquema corporal.

En los niños con afecciones que les imposibilitan hacer una vida normal es importante hacer una terapia familiar para ayudar a los padres a asumir la curación del hijo.

La escuela de A. Aberastury ha realizado un estudio muy interesante con niños afectos de cardiopatías congénitas. El grupo familiar de estos niños es muy sobreprotector, estableciéndose una relación simbiótica entre el niño y su madre, actuando ésta de "corazón sano" del niño satisfaciendo las limitaciones que le provoca a éste su enfermedad.

La operación cambia drásticamente la situación del niño por lo que la psicoterapia debe encaminarse a que la familia acepte el cambio evitando la sobreprotección de que era objeto el niño antes de la operación.

Es importante asimismo una colaboración estrecha con el personal del hospital: médicos, enfermeras etc...

En resumen, las conclusiones a las que llega A. Aberastury son:

1) Informar detalladamente al paciente de todas las maniobras inherentes a la operación; desde una simple inyección hasta la técnica quirúrgica pasando por la anestesia (tipo, efectos, etc...).

En la anestesia general hay que tener en cuenta que las percepciones auditivas son las últimas en desaparecer y las primeras en reaparecer, por lo que hay que cuidar los comentarios que se puedan hacer en el quirófano, para evitar transmitir ansiedad al paciente.

2) La información la transmite el psicoterapeuta, una vez que ha sido informado por el cirujano y el anestesista; con esto se intenta evitar la disociación transferencial: "El psicoterapeuta es el bueno que me tranquiliza y el cirujano el malo que me va a hacer daño". Este material es analizado en la transferencia.

3) Se debe informar de todo a los padres.

La técnica empleada es la psicoterapia breve, inspirada en el psicoanálisis infantil, cuya finalidad es la de operar en las mejores condiciones posibles.

LA UTILIZACION DE TECNICAS ACTIVAS

Con activas quiero decir que el terapeuta busca activamente, mediante diferentes recursos del arsenal terapéutico, las ansiedades que provoca la expectativa de la intervención quirúrgica; en contraposición a la técnica analítica clásica en que el terapeuta "espera" las asociaciones del paciente; esto no quiere decir que no se utilice la asociación libre de ideas.

1) Psicodrama

Antes de que el paciente sepa exactamente lo concerniente a la intervención quirúrgica, intento construir con él la operación fantaseada: Cómo cree que será la anestesia, qué sentirá, cómo serán el cirujano, el anestesista, las enfermeras etc...

De esta manera se va creando un espacio dramático en el que trabajar. En el tratamiento individual voy tomando los diferentes papeles de anestesista, cirujano y voy haciendo lo que el paciente fantasee. Cuando está dormido le digo que fantasee o verbalice libremente.

El cambio de roles muestra las partes proyectadas en el médico. Por ejemplo una paciente a la que debían hacer una exploración ginecológica para tomar una biopsia uterina, mostraba gran ansiedad frente a la intervención por lo que me fue enviada por su ginecólogo. En una de las sesiones preoperatorias, dramatizamos la intervención fantaseada: se echa en el diván, que hacía las veces de mesa de operaciones; me comenta que la anestesia total le da pánico, le propongo que dramatizemos la anestesia y acepta.

Echada en el diván le pongo la mano en la cara como si fuera una mascarilla, aparece la ansiedad, temor a la asfixia, me dice que tiene mucho miedo a la muerte.

Más adelante le digo que para la exploración debe saber que las piernas se ponen en flexión (es enfermera); me contesta que le angustia mucho esta postura.

Al adoptarla se angustia, me dice que teme que le haga daño, se siente muy insegura. Llora.

Al preguntarle por qué llora me dice que a los 12 años un primo de 15 años la tenía esclavizada, le obligaba a hacer la felatio y le amenazaba con contárselo a sus padres si no aceptaba; sentía horror cada vez que le veía pues temía que se lo pidiera.

Este hecho lo había narrado en la primera entrevista como algo emocionalmente muy lejano, casi como anecdótico, así como un intento de violación que sufrió a los 5 años.

Sólo en el momento de flexionar las piernas para ponerse en postura ginecológica emergió la angustia.

En este sentido la exploración ginecológica podría ser vivida como entrega culposa a un objeto deseado y el haber fantaseado la anestesia general una manera de evitar la responsabilidad al no estar consciente en el momento de la entrega.

Pero mientras me contaba esto recordé que había padecido una anorexia que la tuvo entre la vida y la muerte los 8 primeros meses de vida. En este sentido había existido un desplazamiento hacia el pene, huyendo de un pecho persecutorio. En la relación con el pene del primo buscaba un pene bueno que le nutriera, pero volvió a repetirse la relación con el pecho actuando el primo como la madre obligándole a comer.

La biopsia era vivida como la entrada de un pene voraz que le iba a saquear el interior de su cuerpo.

La ambivalencia frente a su primo no era entre el deseo sexual y la culpa por ese deseo sino entre el deseo de mamar y el miedo a ser devorada por un pene perseguidor.

Al representar el analista los papeles de anestesista, etc... permite integrar en una misma persona las ansiedades e interpretarlas en la transferencia. De esta manera se evita la disociación tan frecuente entre el cirujano y el psicoterapeuta.

Las técnicas dramáticas son especialmente útiles en la psicoprofilaxis quirúrgica en grupos pues permiten dramatizar la operación representando a todo el equipo quirúrgico y ver las depositaciones efectuadas en cada miembro del mismo.

Los sueños de los días anteriores y posteriores a la operación aportan datos

valiosos relativos a las ansiedades que despierta aquella: dramatizar estos sueños es muy demostrativo.

Finalmente las técnicas dramáticas, en particular el rôle-playing son muy interesantes para el entrenamiento de terapeutas en psicoprofilaxis quirúrgica.

2) Ensueño dirigido (rêve éveillé) de Desoille

En el ensueño dirigido, con el sujeto echado y con los ojos cerrados, se da la consigna de que fantasee sobre el tema que se le sugiere. Desoille programa una serie de temas: la espada, la copa, viaje al fondo del mar etc... dejando otros a libre elección.

El paciente va relatando lo que fantasea y las peripecias de viaje. El terapeuta sirve de apoyo exterior que auxilia en momentos de ansiedad surgiendo imágenes protectoras; por ej. si está rodeado de fuego decirle que tiene una coraza aislante que le protege; si cae al vacío decirle que una corriente de aire le empuja hacia arriba, etc.

Durante el ensueño aparecen momentos de gran ansiedad y es sorprendente la facilidad con que puede pasar el sujeto de la desesperación a un estado de paz y tranquilidad.

Al finalizar la sesión se pide al paciente que escriba el viaje y lo traiga el próximo día para analizarlo.

El terapeuta graba la sesión o toma notas para analizar los olvidos en el material.

En la psicoprofilaxis quirúrgica suelo emplear un ensueño dirigido referido al cuerpo: se le sugiere al sujeto que se imagine que es muy pequeño y penetra dentro de su propio cuerpo para explorarlo, especialmente la zona que va a ser intervenida.

Este ejercicio nos da una visión muy clara del mundo interno del paciente y de lo que va a significar la intervención quirúrgica para él. Por ejemplo. Una paciente melancólica a la que le iban a extirpar una tumoración de un pecho fantaseó que en ese bulto había "carne muy roja y dientes". Le interpreté que era el pecho de su madre ensangrentado por sus mordiscos que ahora se había alojado en su pecho para morderle y ensangrentarle a ella en venganza.

La paciente pensaba que se trataba de un cáncer de pecho y la operación se presentaba como la oportunidad de librarse de ese objeto dañado que le perseguía dentro de su cuerpo (ansiedad hipocondríaca). Después de la operación tuvo un episodio maniaco en el que pensaba que estaba curado no sólo su cuerpo sino también su mente al haberle extirpado tanto la tumoración como el objeto dañado fantaseado.

Seguamente voy a transcribir parte de una sesión de rêve-éveillé. Se trata de una paciente que fue al ginecólogo ante la imposibilidad de realizar el coito y al no poder realizar la exploración ginecológica, para descartar una causa orgánica, debido a la gran ansiedad que le creaba, me fue enviada.

SESION

Después de echarse en el diván y decirle que se imagine que va a entrar en su propio cuerpo comienza así: "Entro por la boca, veo la garganta pero no me decido a pasar, es como un túnel, además no se ve lo que hay debajo; me asusta mucho pasar por ahí... Me veo casi pasando, pero como que no he pasado, agarrándome a las paredes, pero como temiendo soltarme del todo y caer. Voy arrastrándome para pasar por él (se tapa los ojos)... busco una salida pero no la encuentro, no tengo angustia pues es más ancho todo, pero no encuentro salida sé por donde está pero no me atrevo a buscarla.

No se está muy bien pero se está mejor que en el túnel. Sé claramente que la salida es mi vagina pero está tapada y no saldré".

T.— ¿Dónde estás?

P.— Por el ombligo, en la tripa. Miro hacia la entrada.

T.— ¿Qué ves?

P.— Es como resbaladizo, desagradable; como te puedes encontrar encima del fango húmedo.

T.— ¿De dónde ha venido ese fango?

P.— Es como me imagino yo mi cuerpo por dentro, con carnes resbalosas como cuando abres un cordero; no sé de dónde ha venido, siempre ha estado ahí.

Ahora me imaginaba que me daba media vuelta y salía rápidamente por la boca.

Estoy sola ahí adentro, inquieta y aburrida, a oscuras, sola.

Es un sitio asqueroso, todo lo que toco está blando y húmedo y me da asco...

Estoy venga a moverme, inquieta, ahora me parecía que me escapaba hacia la garganta y yo misma me agarraba la mano para no retroceder. Tengo suficiente sitio para moverme pero no estoy bien, me parece que soy una rana ahí dentro, como si estuviera nadando pero ya sé que no, pues no hay líquido, hay humedad...

Ahora parece que estirando la mano y el pie puedo tocar con el pie la entrada de la vagina y con la mano la garganta, como que tengo al alcance de mi mano las dos salidas.

Tendría que esperarme algo hermoso para querer salir por la vagina.

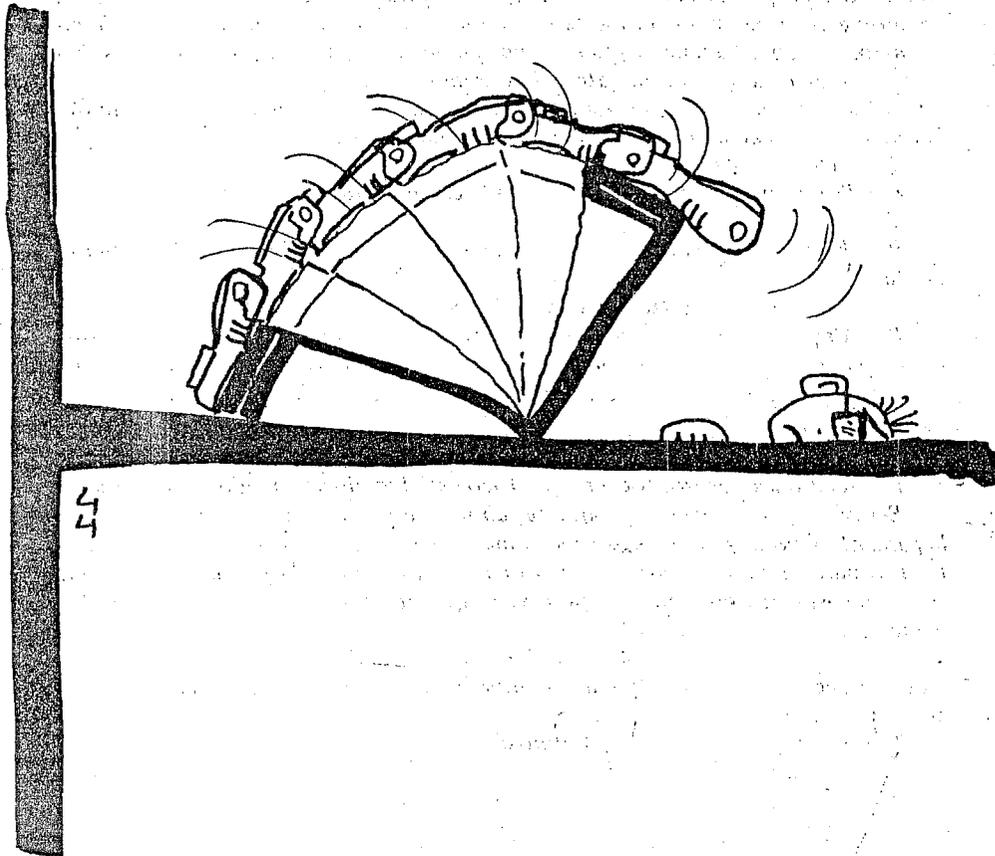
T.— ¿El qué?

P.— No sé... se me ocurren tres palabras "luz, sol, amor" y como no hay eso aún, como no veo eso aún, no voy a salir.

T.— ¿Qué hay en vez de eso?

P.— Nada, un poquito de luz... a lo mejor si levantara la persiana vería un día claro, pero con nubes sin sol (cruza las piernas). Creo que bastaría saber que fuera está el amor por querer salir, y quizá si supiera hasta qué punto me quiere mi padre, quizás eso fuera suficiente, pero como padre sólo, él con su edad, yo con la mía, y me quiere y me acepta como soy. Pero sé que no va a venir a decirme lo que no ocurre algo diferente, o si yo no voy a preguntárselo, pero no va a poder decirme lo que no me mostrármelo (llora).

He seleccionado este caso pues en la misma sesión de rêve-éveillé aflora el



material conflictivo de una manera manifiesta (la paciente no relacionaba antes su ansiedad con la conflictiva que afloró en el curso de la sesión).

Generalmente el material suele ser simbólico, como en la 1ª parte de esta sesión y en la siguiente sesión se va analizando.

Es conveniente repetir este réve-éveillé corporal después de la operación para ver los cambios sufridos en el mundo interno del paciente después de la intervención quirúrgica.

Si al paciente le crea excesiva ansiedad se puede hacer otra para explorar el interior del cuerpo a nivel simbólico, por ej. entrando en una gruta, en el interior de un bosque etc.

3) Gestalt

En gestalt existen multitud de juegos que son de gran utilidad en la preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas. Me referiré a algunos de los que utilizó con más frecuencia.

a) Diálogo corporal: se pide al sujeto que entable un diálogo con la parte de su cuerpo que va a ser intervenida.

Es sorprendente la cantidad de material que surge con un ejercicio tan sencillo: reproches del órgano enfermo por no haberse cuidado, por haberse hecho cargar con toda la enfermedad, miedo a hablar con ese órgano pues el diálogo es una conexión con lo depositado y se teme que se extienda la enfermedad al dejar de estar enquistado y aislado del resto del yo, etc...

b) Diálogos con los objetos inanimados de la operación: el bisturí, la anestesia, etc...

c) Diálogos del síntoma: el sujeto fantasea que es un síntoma, por ej. a un ulceroso se le dice que se identifique, no con su estómago o duodeno, sino con el dolor, que preste atención a la sensación de dolor y tensión, que deje entrar en la conciencia ese malestar, que intente aumentarlo y disminuirlo, y cuando ha tomado mayor conciencia del mismo se le pide que se convierta en el síntoma, cuáles son sus características y qué le está haciendo a esa persona, se le pide que le hable a esa persona, que entable un diálogo, que le diga qué está haciendo por ella, de qué manera le es útil o le facilita la vida, qué ayuda a evitar.

Luego se le pide que establezca un diálogo del síntoma con la gente cercana: familia, amigos, pareja, etc... El ayudar a descubrir los beneficios secundarios de la enfermedad puede hacer innecesarias muchas intervenciones quirúrgicas.

Este juego permite aflorar de una forma espontánea estos mecanismos y analizarlos. Cuando se dispone de tiempo antes de la operación podemos llegar a evitarlas y si no es ese el caso podemos prevenir reincidencias.

En grupo cada miembro representa una parte del cuerpo y se establece un diálogo entre ellos.

La técnica de interpretar sueños de la escuela de la gestalt se puede emplear para trabajar con los sueños pre y postoperatorios.

4) El uso del cajón de los juguetes

El utilizar el material de juego tanto con niños como con adultos permite explorar a nivel simbólico las ansiedades que despierta la operación.

Por ej. Una mujer que deseaba ligarse las trompas pues no quería tener más hijos, se mostraba segura de su decisión racionalizando constantemente y no mostraba ningún sentimiento depresivo ante tal operación.

Mientras hablaba estaba jugando con una caja de ceras de colores y fue rompiendo los lados levantando, como si fuese una tapa, una parte de la cara superior de la caja mostrando los lápices que había en su interior. Al ir a dibujar se le cayeron estos por la parte abierta.

Entonces pude interpretar que la caja era su útero del que sentía que caían los penes e hijos que guardaba en su interior al cortar las trompas (lados de la caja).

De esta manera aparecieron los sentimientos depresivos de pérdida.

5) Técnicas verbales

Después de dirigir la conversación hacia la operación, se deja que el paciente asocie libremente sobre los sentimientos que le provoca la operación.

Seguidamente voy a transcribir un fragmento de una sesión con una paciente a la que creaba ansiedad operarse de una tumoración benigna que tenía en la cara.

Después de perderle que me hable de cómo imagina la operación me dice:

P.— Me imagino el bisturí afilado, con mucha punta, me asusta el ruido que mete, como el torno del dentista.

T.— Vives el bisturí como un pene agresivo que te va a atacar.

P.— Tengo que ir al ginecólogo, pues tengo un ovario mal.

T.— En la tumoración sientes que tienes los órganos genitales y por un lado temas que te los dañen, pero por otro lado sientes que ya están dañados como tu ovario y te lo pueden curar.

Al principio aparece ansiedad persecutoria relacionada con los padres acoplados (el ruido) que le van a castrar (atacar los dientes). Luego aparece la ansiedad depresiva viendo su ovario dañado que puede ser curado.

P.— Si la gente no me dijera que es desagradable la verruga no me la quitaría; me asusta que se pueda relacionar con el cáncer... mi madre tenía cinco y se las quitó...

De niña tenía venas en la cara, de nacimiento, y me insultaban en el colegio... todo lo que hay dentro de mi cuerpo me da asco, las venas, la sangre, es sucio, no me gusta mirar lo que hay, me da miedo.

T.— Temes que se te acuse de haber quitado a tu madre sus cinco hijos pues te hace sentir que los tienes dentro hechos una masa sanguinolenta que te va a destruir.

Más adelante dice que lo que más le asusta es la locura, la asemeja a la vejez en que no se tienen fuerzas.

Le interpreto que si le fallan las fuerzas para expulsar la culpa ésta le va a invadir. Teme la operación pues al romperle la piel sentiría rota la barrera que le aísla de lo depositado en el exterior y si entra siente que enloquecería; también teme quedarse vieja, castrada, después de la operación y no poder devolverle los hijos a su madre.

Las intervenciones quirúrgicas despiertan las ansiedades descritas por M. Klein referidas al interior del cuerpo de la madre y con estas técnicas se pretende favorecer la aparición de dichas ansiedades para resolverlas y operar en las mejores condiciones psicológicas posibles.

Estas técnicas son utilizadas en el marco de la psicoterapia breve de orientación analítica efectuando de tres a cinco sesiones antes y después de la intervención quirúrgica.

BIBLIOGRAFIA

- Aberastury, A., y otros, *El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones*, Paidós, 1972.
Aberastury, A., y otros, *Psicosis infantiles y otros cuadros graves de la infancia*, Paidós, 1974.
Anzieu, D., *El psicodrama psicoanalítico en el niño*, Paidós, 1961.
Basquin y otros, *Le psychodrame: Une approche psychanalytique*, Dunod, 1972.
Desoille, R., *Psychanalyse et rêve éveillé*, Comte-Jacquet, 1950.
Desoille, R., *Entretiens sur le rêve éveillé dirigé en psychothérapie*, Payot, 1973.
Desoille, R., *Marie-Clotilde. Une Psychothérapie par le rêve éveillé dirigé*, Payot, 1971.
Fagan y Shepherd, *Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica*, Amorrortu, 1973.
Kesselman, H., *Psicoterapia breve*, Fundamentos, 1978.
Klein, M., *Obras Completas*, Paidós.
Lemaine, G. y P., *Una teoría del psicodrama*, Granica, 1974.
Malan, D.H., *La psicoterapia breve*, Centro Editor de América Latina, 1974.
Moreno, J. L., *Psicodrama*, Hormé, 1972.
Moreno, J. L., *Psicoterapia de grupo y Psicodrama*, Fondo de cultura económica, 1966.
Martinez, Moccio, Pavlovsky, *Psicodrama psicoanalítico de grupos*, Fundamentos, 1979.
Perls, F., *Sueños y existencia*, Cuatro vientos, 1974.
Perls, F., *El enfoque gestáltico*, Cuatro vientos, 1976.

RESUMEN. El autor hace una introducción histórica a la psicoprofilaxis quirúrgica siguiendo el desarrollo de A. Aberastury y su escuela y señalando las conclusiones a las que llega: 1) informar al paciente de todas las maniobras inherentes a la operación, especialmente el tipo de anestesia. 2) La información la transmite el psicoterapeuta una vez que ha sido informado por el cirujano. Con ello se intenta evitar la disociación transferencial. 3) en el caso de niños, se debe informar de todo a los padres.

A continuación describe diversas técnicas activas para emplear en la psicoterapia pre y postoperatoria: psicodrama, rêve-éveillé, gestalt, el uso del cajón de juguetes y técnicas verbales.

SUMMARY

The Author sets out a historical introduction to the psychoprofilaxis of surgery along the lines of the work carried out by A. Aberastury and her school of thought, pointing out their conclusions: 1) that the patient be informed about all that is involved in the operation, specially the kind of anesthetic to be used. 2) This information will be transmitted by the psychotherapist, as soon as he has been informed by the surgeon. Thus, an attempt is made to avoid transference dissociation. 3) When dealing with children, their parents must be informed about everything.

Further on, he describes various action techniques for use in psychotherapy before and after the operation: psychodrama, rêve-éveillé, gestalt, use of the box of toys and verbal techniques.

OTRA MANERA