

CRISIS Y PROCESO QUIRURGICO

Dra. Doris Cwaigenbaum de Hoffnung
Dra. Rosario Oyenard de Comas

“Cuando el niño está enfermo, entonces hay crisis...”⁽⁷⁾

D.W. Winnicott

“Para el racionalismo del pediatra quizás constituye una sorpresa el que las reacciones infantiles no dependan de la gravedad de la afección ni de las proporciones de la intervención quirúrgica”.⁽²⁾

ANNA FREUD

En este trabajo deseamos plantear una serie de reflexiones e interrogantes que nos han surgido a lo largo de varios años en la tarea de psicoprofilaxis médico quirúrgica con niños. Una de las preguntas que nos surgió repetidas veces es si el proceso quirúrgico constituye en sí mismo una crisis o si sólo en algunas oportunidades desencadena una situación de crisis.

La intervención quirúrgica constituye en ocasiones el desenlace de un proceso mórbido de larga data; desenlace que logra la resolución de ese proceso, pero, al mismo tiempo, el anuncio de aquella -la operación- marca el ingreso en una situación nueva que plantea problemas propios. La intervención quirúrgica supone entonces un doble significado: por un lado cura, pero por otro introduce al paciente en situaciones desconocidas como la anestesia, la cirugía con la peligrosidad concomitante. A partir de estas conceptualizaciones fuimos relacionando las diversas situaciones clínicas con lo que distintos autores describen como crisis. Un exhaustivo estudio del concepto de crisis fue realizado por la psicoanalista Carmen Médici de Steiner⁽⁶⁾ y expuesto en esta Jornadas, por lo que los remitimos a dicho trabajo.

La palabra crisis, como allí se expresa, posee varios significados. Para nuestra exposición tomaremos dos acepciones de la misma. En una primera acepción crisis, término jurídico en su etimología griega, significa momento de la sentencia, cuando se proclama y se concluye todo el proceso que la ha precedido. En cuanto a su acepción médica posee un doble significado: por un lado designa la resolución mórbida hacia la salud, y por otro, se refiere al acmé de un proceso patológico sin prejuzgar su evolución favorable o no. Es decir, se constituye en la fase decisiva de la enfermedad.

Señalamos que la operación es frecuentemente como la finalización (resolución) del proceso de enfermedad, pero el momento del acto quirúrgico habitualmente es el acmé de otro proceso, el proceso quirúrgico. Según como este último sea vivenciado y elaborado por el paciente, puede constituirse en un hecho traumático debido al

potencial patógeno que en sí mismo posee. Aún aquellos pacientes que experimentan cierto alivio con la intervención pueden vivirla como el punto máximo del proceso de padecimiento. Al sufrimiento determinado por la enfermedad se le superponen otros con viscosidades propias.

Ahora bien, si consideramos la intervención quirúrgica como el desenlace de un proceso mórbido de larga data (primer significado de la acepción médica), a éste añadiríamos para nosotros el sentido de “momento de la sentencia” (significado jurídico): es cuando se proclama (se anuncia) y se concluye todo el proceso que la había precedido. Algunos niños y más aún algunos padres refiriéndose a la operación dicen: “Llegó la hora”; “Llegó el momento”. Momento que puede ser sentido en ocasiones como el cumplimiento de una sentencia, de un dictamen, de una condena.

Quénard (citado por Hoareau y Peigné) sitúa el carácter fundamental de la crisis en “el espacio de intervalo” de los aspectos individuales y grupales ⁽⁴⁾ (traducción nuestra). Lo que le va a pasar al niño en el cuerpo real, tiene una resonancia particular en su psiquismo y una repercusión en su entorno familiar y social. El proceso quirúrgico no queda limitado a la vivencia del niño, sino que a esta vivencia infantil se le superpone siempre la vivencia del espacio familiar y eventualmente la del espacio socio-cultural.

La crisis se delimita no sólo por los criterios espaciales sino además por criterios temporales. Tiene, en efecto, un comienzo y un fin, pero frecuentemente cambia el curso habitual de los acontecimientos. Asimismo, la intervención quirúrgica llevada a cabo por una persona extraña en un lugar extraño, después de una separación obligada del ámbito tranquilizador del hogar y de la compañía de una madre protectora, provoca además de este cambio espacial, la alteración del tiempo y ritmo habituales de cada niño y de cada familia. Y como dicen Hoareau y Peigné ⁽⁴⁾ el espacio relacional y el espacio del individuo estallan, el tiempo se vuelve amenazante y es urgente encontrar otro lugar y otro orden a las cosas. A través de este sucinto análisis vemos entonces como ambos términos -intervención quirúrgica y crisis- se vinculan.

Quisiéramos puntualizar que en el lenguaje corriente la referencia a la intervención quirúrgica queda habitualmente restringida sólo al acto quirúrgico; considerando que éste comienza, se desarrolla y concluye en el quirófano. Sin embargo, nosotros proponemos pensar la operación como un concepto más amplio que abarca una situación a la que nos referiremos como proceso quirúrgico. Entendemos por tal, un conjunto de fases que se suceden ordenadamente y que abarcan una constelación de vivencias y emociones que giran en torno al acto quirúrgico. Ese proceso comienza con el anuncio de la intervención por parte del médico y culmina una vez transcurridas las diferentes fases (pre, intra y post-operatoria), paulatinamente y a medida que el organismo va recuperando el equilibrio perdido.

“... Así de golpe y porrazo... Yo no sé, yo había pensado que fuera más adelante, tal vez, en vacaciones...” De esta manera se expresa el padre de María de siete años refiriéndose al anuncio de la operación que se le realizaría a su hija quien padecía una enfermedad crónica. Se refleja aquí, el impacto que provoca dicho anuncio en este padre. Aún en el curso de una enfermedad crónica, el anuncio de una operación puede ser vivido como inesperado, abrupto, de carácter súbito.

Otro es el caso de un púber de 11 años, quien estando sano sufre bruscamente una

pérdida de conocimiento. En el Servicio de Emergencia, se le diagnostica una patología eléctrica del corazón cuyo tratamiento exclusivamente quirúrgico debe realizarse en el exterior, pues, no se practica en nuestro país. El impacto de esta situación, provoca reacciones diferentes en ambos padres donde se evidencian los desencadenantes de la crisis. Decía la madre: "Estaba impactada pero actuando. Pero no me daban las fuerzas para hablar con Gerardo". El padre por su parte manifestaba: "Después del problema de Gerardo me vino angustia. Estoy muy nervioso. A mi me destrozó. Vivo con ganas de llorar". Al carácter súbito de la aparición de la enfermedad, se le agrega en este caso la importancia real y simbólica del órgano implicado, el tratamiento exclusivamente quirúrgico y el traslado al exterior, a un medio extraño y desconocido tanto para el paciente como para su familia; a ello se le suma la premura con que esto debía ser resuelto. Estos elementos confluyen desencadenando en cada uno de los miembros de la familia estados psíquicos diferentes.

En los niños vemos que el impacto del anuncio de la operación se traduce fundamentalmente a nivel de la conducta manifestando generalmente inquietud, agresividad y en ocasiones francas expresiones de angustia. La irrupción en la escena psíquica de un daño somático constituye siempre una revelación dramática. A partir del anuncio de la operación, la energía de investidura psíquica se focaliza hacia este evento. El niño está alerta y atento a hechos que se vinculan con la operación y con el órgano que va a ser intervenido. Y hasta palabras a las que antes no se les prestaba atención, cobran ahora un nuevo sentido e interés, pues hace una entrada masiva en la escena psíquica algo que hasta entonces ocupaba sólo un lugar marginal.

Mariana, de seis años que va a ser operada de vegetaciones, durante las entrevistas de juego, refiere especial interés por otras personas que han sido operadas o que reciben atención médica, vecinos, amigos. Está especialmente atenta a los comentarios que se realizan acerca de cuestiones médicas.

Otra paciente, Gabriela de 15 años, quien trabajó en una oportunidad en el consultorio médico de su padre, muchas veces consignó en la ficha de los pacientes datos que le resultaban totalmente ajenos hasta que es a ella a quien debe practicársele un intervención (extracción de un quiste de tiroides). Es entonces que cobra otro sentido para ella interesándose ahora si por esos pacientes, preguntando, consiguiendo bibliografía al respecto y consignando una serie de elementos nuevos hasta el momento ausentes.

El órgano enfermo a su vez centra sobre si la energía psíquica y asume un papel especial en la economía interior y en la distribución de la angustia. Muchas veces se vuelve la parte más querida del cuerpo, otras por el contrario la más castigada. ⁽¹⁾

A partir del momento del anuncio de la intervención, al que hemos hecho referencia y hasta la operación misma, el niño y la familia atraviesan por un período de expectativa ansiosa que va incrementándose en intensidad. Algo desconocido se producirá dentro del cuerpo del niño y le provocará modificaciones. Puede sentirse amenazado por la pérdida de una parte de su cuerpo, un pedazo de su yo corporal, pero además el peligro que lo amenaza es el de la pérdida de su vida. Frente al peligro aparece la angustia ⁽¹⁾. Temores vinculados a las más variadas fantasías lo invaden. Entre otros: temores al abandono, a la muerte, a la anestesia, al daño corporal, a ser robado, a perder

capacidades ya adquiridas.

Una niña a la que se le estaba hablando de la extirpación de sus amígdalas, toma la hoja de un planta y dice: "Mirá tiene agujeros". Se le interpreta su temor a quedar agujereada-vaciada en la operación. Toma luego, una hoja amarilla y dice: "Mirá ésta, está muerta", expresando así sus propios temores de muerte.

Otra niña expresa sus fantasías de mutilación-castración diciendo: "El doctor le dijo al nene, que no puede ir a la escuela, porque se le salió un brazo. ¿Te conté que un día iba con mi papá y un nene tenía un brazo con un agujero?"

Otro niño de cinco años, expresa su miedo a quedar deforme de la siguiente manera: "Una nena de tres años se pegó en la pera y estaba sangrando toda la túnica. Ah! Otra cosa más importante ¿sabés que habían tres que nacieron pegados con una boca acá (se señala el pómulo) y un ojo acá (se señala la quijada)? Mejor no hablo..."

Todo lo anteriormente mencionado corresponde a la primera fase del proceso quirúrgico: el **preoperatorio** que, como dijimos, comienza con el anuncio de la intervención y se extiende hasta el momento en que se realiza la misma.

La fase siguientes es la **intraoperatoria** la cual según F.S. de Glocer ⁽³⁾, comienza cuando el paciente ingresa al block quirúrgico, abarca el acto quirúrgico y finaliza cuando después de haber sido operado es llevado nuevamente a su cama. Nosotros, en cambio, pensamos que cuando la enfermera trae al niño la ropa para ingresar al quirófano comienza lo que denominamos el tiempo quirúrgico. Desde el punto de vista psicológico, desde aquí y hasta el momento de la anestesia, transcurre el tiempo vivido más dramáticamente por el niño y por los padres. Surge una nueva alteración temporal, el tiempo parece enlentecerse y el momento de la operación parece no llegar nunca. Va aumentando la ansiedad, pronto se producirá un cambio.

El niño es trasladado a sala de operaciones por camilleros desconocidos para él. Se produce el pasaje de una cama cómoda a una camilla inestable experimentando a veces sensaciones de caída. Cuando el camillero es flexible y el tipo de operación lo permite, el niño puede ir en brazos de sus padres, lo cual evita las mencionadas sensaciones. El momento decisivo -vivido como el momento de la sentencia-, es el de la entrada al block. Se produce la separación del niño de sus padres; generalmente éstos sienten que ser les "arranca al hijo". El niño, por su parte, puede sentirse abandonado, debe enfrentarse solo a un mundo desconocido. Llegó el momento, no se puede volver para atrás. El paciente está entregado.

En reiteradas oportunidades hemos observado la necesidad que tienen los niños de ver al cirujano en ese momento, para cerciorarse de que será él, y no otro, quien lo va a operar. Aparece en escena, breves minutos antes de la operación, la figura del anestésista a quien hasta el momento el niño desconocía, generando esta presentación en la sala de operaciones angustia y confusión. El niño cree que será operado por este doctor desconocido si no le es aclarada la situación. El anestésista es quien se hará cargo de la conciencia del paciente; casi todas las funciones básicas estarán en sus manos y en los fármacos que administre. Es él quien vigilará y controlará las principales variables homeostáticas mientras el niño esté dormido -sin control- sin más posibilidades para expresarse que a través de su cuerpo mediante alarmas corporales.

Es en este momento del proceso quirúrgico que hemos podido consignar el monto

máximo de ansiedad tanto en el niño como en los padres. Si llegara a surgir alguna situación que altere esta rutina, se pueden producir descompensaciones severas. Tal es el ejemplo de una niña de cuatro años, quien iba a ser intervenida de un pie. Ingresaba a block en brazos de su padre. Una vez allí dentro, se les informa que el cirujano no ha llegado y que deben abandonar el lugar y esperar afuera. Esperan durante veinte minutos y luego reingresan. La niña reclamó ver al cirujano y al no verlo presentó una intensa crisis de angustia: lloraba, gritaba, forcejaba. En estas circunstancias, es anestesiada poniéndosele una gasa con éter en la boca por medio de la fuerza. Mientras es operada, su madre sufrió una crisis de angustia durante la cual reprochaba no haber protegido suficiente a su hija.

A través de esta viñeta clínica pretendemos ilustrar como una ruptura violenta y brusca del proceso quirúrgico puede llevar al estallido emocional, pudiendo el paciente y su familia entrar en un estado angustioso confusional. Lo imprevisto y lo violento pueden en ocasiones tener un impacto desorganizante sobre el yo que, en el momento más álgido de la crisis, se encuentra debilitado y con mayor labilidad. El paciente, en esas circunstancias, no puede echar mano rápida y adecuadamente a los mecanismos de defensa habituales que le permitirían superar la situación crítica. La familia, que generalmente actúa como yo auxiliar del niño, en situaciones de esta índole, se encuentra también debilitada a causa de la tensión crítica. El imprevisto la lleva a una descompensación. La vivencia de que el hijo le es "arrancado" es casi de catástrofe.

Hélène Deutsch en su artículo "Algunas observaciones psicoanalíticas en cirugía" ⁽¹⁾ (traducción nuestra) alude a la "teoría de Freud (1920) sobre el choque como resultado de un peligro imprevisto en el cual la vida psíquica está sumergida por una gran y brusca excitación, en reacción al caudal de estímulos nuevos y súbitos, sin posibilidad de movilizar una lucha interior como defensa" (pág. 240). Los padres sienten que dejaron abandonado en manos de un extraño a su hijo y no saben si ese extraño se los va a devolver o no.

El período **postoperatorio** se extiende desde que el cirujano da por finalizada la operación hasta un momento impreciso en el que el paciente se siente íntegramente recuperado física y psíquicamente. Este período podría ser dividido en tres fases, cada una de ellas con características diferentes, pero que estarían definidas por su íntima vinculación con el proceso de reorganización somática. Es decir, como el cuerpo puede irse liberando de algunos efectos de la anestesia, como el cuerpo y también el psiquismo, reaccionan frente a la injuria quirúrgica y posteriormente se recuperan.

Al salir del block, se da un primer momento (primera fase) a mitad del camino entre conciencia e inconsciencia anestésica. Aún duran los efluvios de la anestesia; no se sabe a ciencia cierta donde se está. El paciente pasa por un estado confusional donde los parámetros témporo espaciales están alterados. Hay una lucha entre la mente y el cuerpo por despertar. Los niños reaccionan en forma diversa al despertar de la anestesia. Muchos pasan por estados de agitación, otros lo transitan en forma más calma. Estos estados estarían vinculados a la elaboración de las fantasías -aquellas que surgieron previo a la operación- las cuales en este momento pueden tomar una mayor significación, según sea su intensidad, su temática, su colorido. Reacciones corporales de diferente intensidad y expresión en cada niño pueden aparecer en el despertar: vómitos, náuseas,

sed extrema.

Estas, en ocasiones, incrementan fantasías terroríficas que pueden llegar a ser intolerables, con el consiguiente peligro de desorganización somática dadas la precariedad y la labilidad somatopsíquicas de este período.

Otro elemento que surge y de capital importancia, es la aparición del dolor a medida que se produce la eliminación anestésica y su efecto analgésico. La experiencia del dolor es vivenciada de manera diferente por cada persona por lo cual, es muy difícil categorizarlo pues dicha vivencia se encuentra cargada de subjetividad. El dolor post-quirúrgico es un dolor agudo, orgánico y limitado en el tiempo, desde el punto de vista médico. Sin embargo, la vivencia para el niño no entraría dentro de esta descripción. Para el que experimenta dolor la sensación es que éste está en todas partes y no puede ser atrapado, dominado, confinado. La aparición del dolor, las reacciones corporales a los efectos de la anestesia y la fantasía que tiñen este período se conjugan dando, como ya fue dicho, un estado de precariedad y labilidad somatopsíquicas. Puede constituirse en un período especialmente sensible-crítico*, durante el cual pueden desecadenarse nuevas crisis. En el caso de los niños, la presencia y la actitud de los padres es fundamental. Como metabolizan ellos para el niño su retorno, su despertar.

Presentamos a modo de ejemplo, el caso de Javier de 6 años a quien la madre, luego de una amigdalectomía, al llegar a la habitación comienza a hablarle de la operación que le habían hecho, etc. Javier entra en estado de agitación importante que hizo necesario sostenerlo entre varios. Nuestra intervención fue señalar a los padres que el niño en ese momento necesitaba oír que se encontraba bien; que ellos, sus padres, estaban allí junto a él. Inmediatamente la conducta del niño cambió y pudo entregarse a los efectos adormilantes de la anestesia, teniendo un despertar calmo algunas horas más tarde.

Creemos que la función materna -de la madre o del entorno- en su aspecto continentador, es quien facilita los procesos de reorganización somática, la vuelta al equilibrio homeostático y al funcionamiento psíquico vigil. Por ello importa como la madre (el entorno) vivió las instancias anteriores del proceso quirúrgico.

En suma, el acto quirúrgico, que tiene lugar en el cuerpo, es una realidad insoslayable, imposterizable. Esta realidad pone en marcha lo que junto con F.Glucer llamamos proceso quirúrgico que se acompaña de un proceso psíquico cuyo modelo de expresión es similar al modelo descrito en las situaciones de crisis.

*Para la palabra crítico tomamos el sentido que le da la Psic. Carmen Médici de Steiner en su trabajo "Concepto de crisis" (inédito, agosto 1991)

BIBLIOGRAFIA

1. DEUTSCH, H.(1942).- **Quelques observations psychanalytiques en chirurgie (1942) in La psychanalyse des névroses (et autres essais)** Payot, París.
2. FREUD, A.(1976).- Las relaciones entre pediatría y psicología del niño, **Hexágono Roche** 3,(5): 1-5.
3. GLOCER, FS.(1971).- Psicoprofilaxis quirúrgica y neurosis quirúrgica en adultos. **Revista Argentina de Psicología** 2(9)
4. HOAREAU, J. & PEIGNE, F.(1987).- Les urgences psychiatriques **Encycl.Med.Chir.,París. Psychiatrie, 37678 Aº, 12.**
5. LUCHINA, I.L.(1982).- **El grupo Balint: Hacia un modelo clínico situacional.** Bs.As.,Paidós.
6. MEDICI DE STEINER, C. (1991).- **Concepto de Crisis.** Inédito.
7. WINNICOTT, D.W. (1962 .- **Proveer para el niño en la salud y en las crisis.** EN: El proceso de maduración en el niño. Barcelona, Laia.