

Higiene Mental de la Intervención Quirúrgica

(Reacciones vivenciales yatrogénicas) (1)

Dr. RAMON DE AGUILAR

(Médico-Psiquiatra, Panamá)

"La manera de sufrir es el testimonio que cada alma da de sí misma"

AMIEL

La frecuencia con que nos han sido enviados enfermos en actitudes generalmente angustiosas, desencadenadas por una vivencia quirúrgica (incluso tenemos observados dos intentos de suicidio) nos ha inducido a meditar sobre este problema y presentar a los colegas que practican la cirugía, la necesidad de prestarles mayor atención.

El último caso que vimos (para sólo citar uno) era una joven de 26 años, casada, con dos hijos; que, a raíz de haber sufrido un legrado uterino por aborto incompleto, cayó en un estado psíquico reactivo: Terrores nocturnos, síndrome psicoorgánico de angustia, anorexia, insomnio, adelgazamiento, etc. Todas las exploraciones orgánicas carecieron de interés y únicamente pudimos detectar el estado angustioso citado con dos meses de duración.

¿Cómo aconteció el suceso quirúrgico en esta enferma? Nos relata el esposo que su médico de cabecera la exploró en las primeras horas de la mañana, hizo el diagnóstico de aborto incompleto y le prescribió un legrado por lo que fué hospitalizada, "para ser operada". La intervención, anunciada en las horas referidas, no fué realizada hasta finales de la tarde. La enferma, nos insiste el marido, quedó muy nerviosa y asustada, llorando constantemente, "con muchos nervios", durante las

(1) Comunicación presentada en la III Reunión Médica Anual de Puerto Armuelles el 30 de noviembre de 1958.

ocho horas de ansiosa espera porque "tenía terror a la operación". No se le prescribió, en este intervalo, ningún sedante y la anestesia empleada fué el éter; que, según nos informan, hubo de aplicársele a la fuerza por la ansiedad que provocaba en la enferma y el temor al contacto con la mascarilla.

Desde el momento que recobró el conocimiento reapareció la ansiedad que abocó al síndrome angustioso descrito. Síndrome que, a nuestro juicio, debe denominarse REACCION VIVENCIAL ANORMAL en el sentido que ya especificó Kurt Schneider puntualizando a C. Jaspers: Reacciones de extraordinaria intensidad, inadecuadas con el motivo y anormalmente duraderas.

Este caso que acabamos de sintetizar sería condicionable de capitalarlo en la que viene llamándose Medicina Psicosomática. Y no podemos ocultar nuestro desacuerdo ante este pretendido concepto de "nueva creación". No creemos que pueda individualizarse dentro del marco de la Medicina y menos aún, que exista como otra Medicina diferente, "como un nuevo capítulo de la Patología General" como se pretende. Toda Medicina ha de ser psicosomática. Nos parecería constructivo no obstante, si se pretendiera con ello inculcar el interés de lo psíquico-espiritual en toda enfermedad, tratando de enseñar, a quien no sepa verlo, cuan manifiestos se encuentran estos factores en toda enfermedad.

Además, de ninguna manera puede admitirse como nueva adquisición, o reciente descubrimiento en la práctica de la Medicina actual y mucho menos aún, de creación norteamericana, como pretende el norteamericano Dumber en su libro "Diagnóstico y tratamiento psicosomáticos" publicado en 1950, donde afirma (pág. 5) ser el primero en haber usado, en lengua inglesa, el término psicosomático (se refiere a su obra "Emotions and bodily changes" publicada en Nueva York, 1935). Y tampoco es cierto que el término psicosomático "hace menos de dos décadas era desconocido", ni que surgiera ahora como "un término nuevo" según se afirma en dicha obra (pág. 1) porque varios decenios atrás lo venía empleando la Medicina Alemana: Ya en 1845 E. Feuchterleben estableció las bases de la Medicina Psicosomática en su libro "Los Principios de la Psicología Médica", publicado en Viena y vertido al inglés en Londres, 1847. Posteriormente siguen ocupándose de ella Krehl, "Forma de enfermedad y personalidad" (Leipzig, 1929); Bergman, "Patología Funcional" (Berlín, 1922); Schilder, "Psicología Médica", (Berlín, 1924); Birnbaum (1921); Wyss (1931); por no citar más.

Se viene incurriendo además en el error de pensar que la Medicina Psicosomática dedica sus actividades, como especialidad médica, a los síntomas funcionales ú orgánicos de psicogenia demostrada. Limitarla de este modo a lo organoneurótico creo que es un error de principio, por-

que la Medicina Psicosomática, (si ha de existir) debe esclarecer, comprender, valorar, estudiar en fin, la participación que la psiquis y el "espiritu" tienen en todas las enfermedades orgánicas y funcionales (si es que estas últimas existen en el concepto del pasado siglo). Si hemos de ver la enfermedad como una reacción de un todo psicofísico frente a estímulos externos o internos que alteran su equilibrio, apreciaremos, siempre que pretendamos comprenderla, una "reacción" del todo unida a diferentes "reacciones" de las partes: cuerpo, psiquis y espíritu.

Cuando el hombre, merced a un sufrimiento, siente que su yo padece, sufre, diremos que es un paciente. Y cuando ese padecimiento además, sea yatrogénicamente objetivado, estaremos ante un enfermo. La totalidad psicofísica de ese paciente hizo su enfermedad; sería pues la enfermedad una manifestación vital totalitaria. Y al incluir las vertientes psíquica y espiritual entre los factores causantes y modeladores de la enfermedad damos por hecho que el medio (perdonando la expresión) en que ella se desenvuelve, coadyuva como un factor más, coaligado con los factores fenotípicos y genotípicos del individuo. Sería uno de los "factores determinantes" de Seguin, que a través de toda la vida van forjando la estructura psicofísica y que hacen posible la eclosión de la enfermedad.

Para comprender la enfermedad hay que comprender al individuo, dijo Weisaecker. Hay que añadir la dimensión humana. La Medicina, como él afirmaba, es biografía. El hijo de madre irascible, que hace una carrera contra su voluntad, nos ofrece un "factor" al comprobar que adquirió una úlcera duodenal o una enfermedad hipertensiva..

No es posible pues, dicotomizar la Medicina en Psicosomática y no Psicosomática, condenando a esta última a una estrechez de observación que no estamos autorizados a afirmar. Si hay médicos que aun piensan como Descartes, que el alma y el cuerpo son dos sustancias diferentes, no hay motivo para ampliar esta creencia a todos y menos aún, favorecerles al permitirles la concesión de que "su Medicina" no sea Psicosomática. Es decir, que en nuestro concepto, el término Medicina Psicosomática está perjudicando a la Medicina desde el momento que pretende reservarse para ella solamente, la visión completa del hombre enfermo, con lo cual da por asentado que el resto de la Medicina es ciega para ver esta totalidad. Insistimos una vez mas, en que para nosotros toda la Medicina es Psicosomática por definición y aún mas, que no debe limitarse el componente no corporal, a lo psíquico en el concepto tradicional, sino desbordar mas allá y comprender también lo espiritual, lo trascendente, el sentido que de la vida tenga cada individuo que exploremos. Labor de toda Medicina será valorar si el fenómeno "corporal" con que se enfrenta fué desencadenado por una causa psíquica (fenómeno psicosomático), o somática o ambas. Así como también des-

lindar, en el caso de una afección "típicamente orgánica", cuanto de sobreestructura psicógena conlleva y cuanto de trauma "moral" puede quedar por la experiencia adquirida. La unidad biológica, psicofísica y espiritual (heurísticamente hablando) del ser vivo hombre, reacciona en su totalidad. Un mismo estímulo produce a la vez la emoción y las palpitaciones; ni esto condiciona aquello como creía Aristóteles y J. Lange, ni aquello da lugar a esto como pensó Kant. El ejercicio de la profesión médica lleva en sí, el conocimiento del enfermo en su totalidad y esta totalidad también depende, en gran parte, de la época, la cultura, el clima, etc. Recordemos por último las palabras, ya tan lejanas, de Platón: "La mayor laguna en el tratamiento de las dolencias está en la existencia de médicos para el cuerpo y médicos para el alma".

Pero volvamos al caso de nuestra enferma. El innecesario y perjudicial tiempo transcurrido entre la información de que va a ser operada y la realización de la intervención, constituye un trauma psíquico y espiritual violento, una vivencia "llave" que va a abrirle las puertas de su angustia. El estado de temor que el paciente experimenta, puede ser hasta nuevo para él; nunca antes había sentido el temor, nunca había experimentado ansiedad y ahora el mismo médico le ha enseñado a temer, a angustiarse, a sumirse en una expectación ansiosa de su destino vital. La lesión anímica que esta experiencia puede dejar es evidente que estará condicionada a la misma constitución de la personalidad. En unos dejará un recuerdo desagradable, en otros podrá demoler permanentemente su equilibrio emocional quedando ya constituido, por el mismo hecho del aprendizaje, en sujeto inestable, hipocondríaco, labil reactivo, etc. Este sujeto, en lo sucesivo, vivenciará con angustia, por ejemplo, toda situación difícil orgánica, psíquica o existencial. Sobradamente conocemos la influencia que un estímulo emotivamente tiene sobre el sistema cardio-vascular; nuestro enfermo en esta situación responde con emoción y palpitaciones, latidos, disnea, "ha oído como su corazón le saltaba y se ahogaba". Si esto no fuera suficiente para lograr la cristalización de una neurosis cardíaca, un antecedente familiar, una muerte súbita —por ejemplo— de un cardíaco conocido, derivará y fijará su atención en el sistema cardiovascular por la sencilla razón de que aquella vivencia, al haber sido experimentada angustiosamente, jamás la olvidará. Y no digamos si nuestro paciente era ya un psicasténico, un hipocondríaco, un neurótico.

Sabemos también que el mecanismo psíquico pone en marcha asociaciones de objetos y datos, presentes en la situación ansiosa, creando disposiciones tales que, al evocarse algún elemento de la citada constelación, desencadena nuevamente toda la reacción efectiva original, e incluso pueden proyectarse sobre una más amplia constelación por incorporación sucesiva de nuevos elementos posteriormente adquiridos. Otras

veces, al hacerse inconsciente la experiencia y crearse el ya conocido complejo, convierte a nuestro enfermo en un paciente de chaise-longue.

"El hombre en el devenir de su existencia, y mediante situaciones, accidentes o destino, llega a sus vivencias mas primitivas que le conmueven y estructuran en su esencia". Porque en la mismidad de su individualidad se interroga compulsivamente por la causa última de cuanto le "duele". Y con más razón si ello va a coartar su determinismo por el carácter de ineludible que conlleva la intervención. Ella es en esencia la superposición reciente del "ser-afectado" (con su inmediatez e inevitabilidad) en un individuo que ya "está-afectado". Bien dijo Bergson: "Todo dolor debe consistir en un esfuerzo y en un esfuerzo impotente".

Y no vaya a creerse que pretendemos adherirnos a la algofobia que impera en el hombre actual, porque creemos en la necesidad del dolor; creemos que el dolor vigoriza lo que de más humano tiene el hombre; sabemos que ante el dolor se robustecen nuestras ideas mas trascendentes. Pero por esa misma característica metafísica de la problemática del dolor humano, estamos convencidos de que el caudal que desarrolla debe ser encauzado por los derroteros precisos para servir como fuerza motriz de una valiosa superación humana y no ser abandonado en torrente arrollador de emociones mal llevadas, mal sentidas, mal vivenciadas, que a su paso no dejan mas que desolación y muerte espiritual; es decir, protesta y rebeldía en vez de significación trascendente. Nosotros creemos que "si sufro-existo".

Sin embargo ¿Cuántos cirujanos se informan de la personalidad del hombre que van a operar? ¿A cuántos cirujanos les interesa el grado de temor o inseguridad que su paciente pueda experimentar ante la evidencia de una intervención quirúrgica? Debemos prestar atención a estos traumatismos vivenciales que tan intensa angustia provocan y paliarlos en la medida de lo posible evitando que la información quirúrgica o la intervención misma, sea un trauma emocional angustiante. Nunca, y esto es frecuente en los cirujanos, tengamos un enfermo pendiente y expectante de su intervención durante horas y, menos aún, durante días. El enfermo debe ser informado de la intervención lo más inmediato posible a ella; lo cual acortará el intervalo ansioso y traumatizante a que nos venimos refiriendo. Una vez decidida y aceptada por el enfermo, debe entrar en escena, lo antes posible, el anestesista bien sea para sedarle convenientemente durante el tiempo mínimo que ha de durar esta espera, o bien a prepararle para la intervención inmediata.

En el caso de que el médico, consciente del trauma psíquico que ha originado en el enfermo, suprima el tiempo comprendido entre la información y el traslado al quirófano queda todavía un espacio que abarca

desde el comienzo de la anestesia a la pérdida del conocimiento (en nuestra enferma claramente referido como resistencia violenta y terrorífica) que, ante la inminente perspectiva de la próxima pérdida del conocimiento, desencadena en el paciente una reacción ansiosa y una actitud hacia su propia defensa con movimientos, palabras, o, incluso mediante razonamientos autotranquilizadores; "tendencia motriz" del dolor o terror. Por eso la moderna anestesia trata de suprimirlo o al menos de reducirlo al mínimo.

Pero no es solamente la anestesia general la que debe ser observada en este sentido, la loca! puede presentar el mismo temor preoperatorio, la misma ansiedad y ser el acto quirúrgico quizás más angustiante y traumatizador. El sujeto que en las condiciones emocionales propias del caso, se le permite, por una técnica intrarraquídea, que su "imaginación", exaltada hacia el temor, asocie cuantas ideas son propias del caso, sufrirá con mucha mayor intensidad el choque ansioso. Por ello, tengamos aquí mucho más cuidado al elegir uno u otro procedimiento. No eludamos un estudio o un informe, sobre la "personalidad" del que vamos a operar, traumatizar, en su intimidad emocional, en su misimidad; son hombres los que operamos y no números de una sala. ¿Qué beneficio le habremos reportado amputándole un apéndice si lo hemos convertido en un inseguro, en un hipocondríaco; si le hemos enseñado en una palabra a angustiarse?

¿Hasta que punto merecen realizarse algunas intervenciones si con todos los agravantes de la yatrogenidad, hemos dado a un hombre la luz del sufrimiento?

Creemos que el papel asignado a la anestesia en cuanto coadyuvante de una intervención quirúrgica, no puede ser limitado a la supresión corporal del dolor y por ende sus consecuencias somáticas. Hay que ampliar el campo de acción desbordando lo somático e incluyendo lo psíquico-espiritual. El proceder anestésico debe tender a suprimir, o al menos reducir cuanto sea posible, el traumatismo emocional que supone tanto la situación pre como postoperatoria.

No queremos eludir la observación de que estamos eliminando de nuestro comentario todo lo concerniente a las edades evolutivas e involutivas, porque sabemos que ellas ofrecen un particular centro de interés para la expresión de todas las manifestaciones emotivas derivado del matiz cuantitativo y cualitativo que les concede la psicobiología de la personalidad referida y por ello precisan ser tratadas en capítulo aparte.

Por ejemplo, en el niño se dan condiciones específicas a su condición de infante que numerosos autores pusieron de manifiesto. Jassner, Blom, Waldfogel, Levy, Langford y otros, estudiando la vulnerabilidad

del niño ante pequeñas intervenciones quirúrgicas (tonsilectomía, adenoidectomía) nos informaron que ella es máxima hasta los tres años y varía con la edad. De los tres a los cinco el cambio del ambiente y separación de los padres es lo más traumático. De cinco a diez años la narcosis toma interés y puede equipararse a los otros factores. Pasados los diez años predomina el temor a la narcosis sobre todos los demás agentes traumatizadores.

En el viejo también podemos comprender situaciones especiales derivadas tanto de su peculiar concepción de la vida, al borde ya de abandonarla, como de su estructuración arterioesclerótica cerebral, fuente de múltiples y variadas alteraciones afectivas. Y no digamos si se trata de una menopáusica con toda la constelación psicósomática de manifestaciones disfóricas y distónicas.

Es decir, la transcendencia emotiva de una situación en que peligra la vida misma, puede ampliarse en un individuo que ya está por ser viejo, más aferrado, más inseguro, de su existencia. Por esto es por lo que nosotros pensamos que la Higiene Mental del trauma quirúrgico en el niño, en el menopáusico y en el viejo, debe ser tratada en capítulos aparte; por esa misma singularidad derivada de la diferente concepción que ellos tienen del mundo, de la vida, de la muerte, del dolor; por las diferentes capacidades con que cuentan para sobreponerse a cualquier suceso terrorizante; por los diferentes factores que se le suman, familiares, laborales, experienciales, conflictivos, etc. El mismo concepto de la hospitalización en sí, no puede tener en ambos la misma transcendencia y significación. Los niños pueden concederle un sentido punitivo de carácter correctivo que los adultos, en el caso de experimentarlo, será de carácter transcendente, heurístico. Mientras que al niño que se le hospitaliza hay que prepararle para la separación familiar, al individuo hay que enfrentarle con una expectación ansiosa de su destino vital; con problemas incluso, de carácter económico-laboral. En fin, son situaciones biológico-existenciales que condicionan per se, el estado anímico que van a derivar.

Y ahora, si tuvieramos que orientar un proceder terapéutico nos veríamos obligados, en primer lugar, a investigar e interpretar el mecanismo psicológico mediante el cual estas actitudes se originan y más interesante aun, son mantenidas. Y nuestra meditación se introducirá por el intrincado y obscuro campo del rinencéfalo de Kleist (cerebro visceral de Maclean, sistema límbico de Rof Carballo).

La explicación psicogenética vendría dada por el corolario de los siguientes conocimientos: Sabemos que el complejo centrorreticular integrado por el sistema arcaico paleocortico-hipotalámico-mesencefálico y por el neocortical-reticulo-talámico, puede concebirse (Callawall) dentro

de un circuito de "fed-back" de retroalimentación por su comunicación cortical. Ello explica como la vivencia, que ya con anterioridad y mediante la activación difusa del arousal system había puesto al cortex en estado de alerta, a expensas de esta concienciación cortical, potencie al complejo centrorreticular que a su vez, en circuito, actúa sobre la corteza.

Como quiera que el citado sistema multisináptico (neocortical) está encargado de las pautas instintivas primordiales elabora, podríamos decir, la adaptación del ser vivo (conducta y aprendizaje) y comprendemos fácilmente su instantánea activación ante situaciones de alarma y la consiguiente instauración del circuito relatado.

Este enfoque neurogénico del problema reactivo que nos ocupa, permite que nuestra actuación terapéutica sea razonada y lógicamente deducida. Por ello inferimos que los fármacos neuropléjicos, narcobióticos, reticulotropos, gangliopléjicos, atarácicos, —o como queramos llamarlos— son los únicos que por ahora realizan una desconexión eficaz, inhibiendo también la activación del lóbulo anterior de la hipófisis que tiene lugar en toda reacción de alarma.

Aunque no pienso cansarles describiendo la interminable enumeración de estos medicamentos que Uds. tan bien conocen, si creo conveniente someter a la consideración de Uds. la problemática terminológica, que de su abundancia y diversidad de acciones, se ha derivado. Pasan ya de catorce las denominaciones que diferentes autores han aplicado a estos medicamentos y estamos convencidos de que ninguna de ellas cumple su cometido.

Gangliopléjicos fué una de las primeras que vio la luz con motivo del descubrimiento por los franceses del largactil. Después Decourt demostró que dicha acción era insignificante. Hoy sabemos que con esta acción gangliopléjica solo existen el Cloruro de tetraetilamonio y el derivado del diamonio, pendiomid. El mismo Decourt propuso denominar a estos compuestos, que se venían ganando el interés de la Medicina Psicósomática, "narcobióticos" porque su acción sería similar a una narcosis, es decir, "disminución reversible de una o varias actividades funcionales". Pero hoy día tampoco es aceptable esta denominación porque no siempre la acción narcobiótica (del griego embotar) es la que vamos a desear y, además, no todos son narcobióticos; por ejemplo la ritalina y el meratán son psicotónicos. Peca además esta definición, de acoger una serie demasiado amplia de medicamentos que son narcobióticos y sin embargo no los emplearemos como terapéuticos en este sentido; por ejemplo los antibióticos que poseen propiedad narcobiótica marcada y sin embargo no tienen aplicación en estos casos.

Mas tarde las escuelas españolas acompañan sus observaciones con nuevas aportaciones terminológicas y así proponen los nombres de psicoactivos, (Valdecasas), reticulotropos (Rof Carballo) y ortotímicos (Sarró). La primera, psicoactivos tiene el inconveniente de sugerir una activación de la vida psíquica que corrobora su progenitor afirmando que dichos medicamentos son activadores de la adrenalina. Sin embargo, esta afirmación, que se mantiene para los ortotímicos, no se cumple en las fenotiacinas que son antiadrenalinicas centrales como acaba de descubrir Rof. Pero además, hay muchas sustancias psicoactivas cuales son la mescalina, el ac. lisérgico, etc. que su psicoactividad no solamente no es curativa sino patogenética para la esfera psíquica.

La denominación de "reticulotropos" de Rof, no tendría mas objeción que la de no haber sido el mismo autor capaz de demostrarlo, si no supiéramos ya que la impregnación farmacológica es mucho mas amplia que la que él supuso.

En cuanto a la sugerida por el Prof. Sarró de "ortotímicos", adolece del mismo mal ya que solo una minoría de dichos farmacos (meprobamato, meratán, covatin) acusan tal propiedad.

Ultimamente las escuelas americanas, a propuesta de Fabing, vienen dando en llamar a estos medicamentos ataráxicos, término que nos parece desacertado. La ataraxia de los estoicos griegos es la serenidad del sabio alcanzada POR EL CAMINO DE LA VIRTUD Y LA REFLEXION FILOSOFICA. Una ataraxia conseguida mediante la administración de grageas es una contradictio in adjecto. Excepción hecha de que todos no son serenantes; los hay hipnóticos, como el fenergán; euforizantes, como la ritalina, etc.

Pero aún hay más; las diferentes clasificaciones en que han sido encuadrados estos productos, nos impiden, al citar una serie de ellos, saber a cuales se están refiriendo. Veamos: Si nos citan los tranquilizantes no sabremos cuales son porque en la clasificación de Thuillier y Nakajima, por ejemplo, son los meprobamatos y derivados del benhidrol y por el contrario en la de Catti los tranquilizantes son las fenotiazinas (Reserpina, largactil y plegicil).

Como ven, el problema terminológico está llevandonos a un confusioaismo tal que se impone meditarlo.

Me parece que el fallo principal estriba en que las definiciones propuestas hasta ahora, en primer lugar, no abarcan a todos los medicamentos que empleamos con la finalidad que nos ocupa, y en segundo lugar, muchas veces denominamos al fármaco por una propiedad que no nos va a ser útil en nuestro propósito. Creo que lo más acertado, ya que sus acciones son variadas, sería denominarlos únicamente por la pro-

piedad terapéutica que todos ellos tienen de actuar sobre la psiquis y, en una segunda división, si se precisara, nos referiríamos a su clasificación desde el punto de vista químico (fenociatinas, benzhidroles, meprobamatos, etc) o dinámico (energético, relajante, hipnótico, etc). De este modo podremos englobar en un mismo capítulo, fármacos tan dispares como el fenergán —que es hipnótico— junto al meratán que es anfetamínico; y al largactil— con su carácter adrenolítico— junto al meprobamato, adrenotónico; etc.

Pienso pues, que deberíamos englobarlos a todos en un capítulo titulado FARMACOS DE PSICOTROPISMO TERAPEUTICO. Con ello estamos diciendo que nos referimos a fármacos psicotropos pero además a los que poseen psicoactividad terapéutica exclusivamente; descartando con ello a todos los que —anteriormente citados— son psicoactivos pero de nula utilidad psicoterapéutica. La subdivisión nos especificaría más sutilmente el medicamento que vamos a desear. Por ejemplo: si decimos un psicotropo energético estaremos matizando claramente las características que deseamos tenga el fármaco.

No hemos pretendido afirmar que la situación anormal por que atraviesa un paciente que ha de ser intervenido quirúrgicamente, esté condicionada exclusivamente a una terapéutica de tabletas tranquilizadoras. Ya citamos que heurísticamente, el hombre se compone de soma, psiquis y espíritu; por ello podremos actuar sobre la emoción con los medicamentos señalados pero, lo que no podremos solucionar con ellos— responsabilidad que en muchas ocasiones nos será imposible eludir— es la reparación de la perspectiva espiritual del hombre que sufre allende cualquier dinámica emotiva. Y es por ello que ni aun la clásica psicoterapia casualista de los complejos, ni la psicología individualista con su perspectiva superior de finalidad-responsabilidad, podrá prestarnos ayuda. La conmoción y estremecimiento del hombre que puede incluso perder el equilibrio de su alma, debe ser "analizada" desde un nivel de realidad auténtica. Bien es verdad que una "animosa conformación de la realidad" al estilo adleriano podría ayudar en ciertos casos. Sin embargo, es la develación del yo en su realidad auténtica, en su bagaje de "valores", lo que va a enfocar el problema con plenitud hacia la "consumación" existencial. Porque estamos mas allá de lo psicógeno, de la dinámica efectiva, de lo anímico, tenemos que remontarnos como dijera Frankl a una atayala que "arranque de lo espiritual", del espíritu mismo; pues estos casos como ningún otro reclaman a gritos la incorporación de lo espiritual al proceder psicoterápico del médico.

¿Hasta donde podremos detectar el efecto moral que causa en un paciente la vivencia quirúrgica? ¿Hasta donde podremos determinar el trauma existencial del ambiente hospitalario? La experiencia hospitala-

ria por sí sola conlleva una conmoción de la espiritualidad. Si el hombre es un ser que no sólo es, sino que constantemente decide lo que es ¿No es por sí sola, su permanencia en el hospital y la ineludible decisión quirúrgica, una contradicción a esta libertad existencial de decisión?

“El problema del sentido de la vida, planteado de este modo radical, puede llegar a avasallar totalmente al individuo” (Frankl); y que ocasión más propicia que la de una vivencia quirúrgica en un ambiente “sub-hospitalario”. El paciente puede salir con una crisis del sentido de la vida porque todo lo espiritual se rige por leyes propias y además es psicológicamente irreductible. Hacer una intervención técnicamente irreprochable y haber por otro lado creado, por ejemplo, un presentista que en lo sucesivo huirá neuróticamente de la “responsabilidad” del sentido histórico-individual que su existencia le impone, es un enorme fracaso quirúrgico porque la salud de un individuo no puede dictaminarse en función de su integridad anatomofisiológica.