

**Título:** Estudio descriptivo sobre el proceso de Psicoprofilaxis Quirúrgica. Caso Héctor

**Autora:** Dra. Luce Mise Toussaint

**Directora:** Dra. María Bosnic

**Fecha:** Junio 2016 – Ciudad Autónoma De Buenos Aires

**Tema:** Psicoprofilaxis quirúrgica en pacientes oncológicos

## **Introducción**

Para dar comienzo a esta introducción es importante señalar que el cáncer es una afección que no discrimina edades, orígenes étnicos o raciales, ni tampoco niveles socioeconómicos, y sigue siendo una de las afecciones con mayor prevalencia desde finales del siglo XX.

Para atender las enfermedades oncológicas existen como tratamientos la quimioterapia, la radioterapia y la cirugía. Ésta última en muchos casos suele ser una intervención muy traumática. En relación a la cirugía, Granados García, Beltrán Ortega, Soto Sánchez y Takahashi (2011) afirman:

La cirugía continúa siendo el método terapéutico más eficaz en el manejo de los enfermos con cáncer, y su progreso, hasta su estado actual, se debe a las numerosas contribuciones de individuos a lo largo de la historia de la cirugía y otras áreas de la medicina. La práctica de procedimientos quirúrgicos para el manejo de tumores tanto benignos como malignos es tan antigua que varios escritos realizados 3.000 años a. C., como el papiro de E. Smith (1600 a. C.) hacen referencia al tratamiento quirúrgico para algunos tumores, pero también se mencionaba el concepto de «conducta expectante» para otros. (p.551).

En tanto existen reacciones psicológicas diversas y aspectos traumáticos relacionados con el acto quirúrgico, es que la psicoprofilaxis se considera como: “un procedimiento en el cual se busca reducir los traumas psicológicos ante una intervención quirúrgica”. (Sluzki, Mucci, 2004, p. 48)

Ahora bien, someterse a una cirugía no es una decisión fácil, sobre todo si se piensa en la cantidad de efectos que tendrá a nivel físico y psicológico, entre los que se pueden enumerar: angustia, fantasías y cuadros de ansiedad, entre otros, debido a que puede resultar una intervención traumática. Por cierto, hoy en día el concepto de psicoprofilaxis quirúrgica se amplía hacia técnicas y estrategias a trabajar en forma interdisciplinaria:

La Psicoprofilaxis Quirúrgica es el proceso psicoterapéutico con objetivos de prevención focalizándose en la situación quirúrgica con planes de promover el funcionamiento afectivo, cognitivo, interaccional y comportamental del paciente con recursos que lo orientan a: afrontar la operación, reducir efectos adversos para la parte psicológica facilitando la recuperación biopsicosocial. (Mucci, 2004, p.50).

Respecto a los Objetivos Generales se determinan los siguientes: caracterizar el valor del proceso de psicoprofilaxis quirúrgica en un paciente oncológico al que se le indica cirugía de un tumor cerebral; y describir los beneficios del proceso de psicoprofilaxis quirúrgica observados en éste mismo paciente.

En tanto que los Objetivos Específicos son: identificar y señalar síntomas emocionales y temores relacionados al acto quirúrgico; describir técnicas de preparación psicológica ante la intervención quirúrgica indicada al paciente; señalar variables a considerar en la evaluación prequirúrgica; y detallar los objetivos terapéuticos de la evaluación posquirúrgica.

A continuación se desarrollan los capítulos que componen el estudio de caso. El primero corresponde al Marco Teórico en el que se exponen generalidades de la cirugía oncológica y una clasificación referida a los tipos de cirugías. También se describe el proceso de psicoprofilaxis quirúrgica, sus fases y reacciones psicológicas y aspectos traumáticos relacionados con la cirugía. En el segundo capítulo se detallan los aspectos metodológicos del estudio de caso. A posteriori se transcriben fragmentos de entrevistas con el paciente y su esposa, para posteriormente efectuar su análisis. Se finaliza el escrito con las Conclusiones Generales y, por último, se exponen las Referencias Bibliográficas.

### **Antecedentes y Planteo teórico**

En principio se formulan la siguiente definición: "La cirugía oncológica es la rama de la cirugía general que tiene que ver con el manejo del paciente con cáncer, a la luz de los conocimientos de la oncología moderna". (Patiño, 2000, p. 35).

Se entiende que el manejo clínico de pacientes que realizan una cirugía oncológica es particular y distinto de otros que se someten a otro tipo de cirugía general, ya que en aquellos prima el criterio oncológico para el tratamiento de la enfermedad.

Debido a la importante evolución de la cirugía es oportuno aclarar que dicho tratamiento, en pacientes oncológicos, puede ser utilizado en prevención, diagnóstico, evaluación de la extensión de la enfermedad, tratamiento curativo, manejo de las secuelas, complicaciones por el tratamiento y, no menos importante, en paliación. Clasificación que será detallada a continuación.

Según lo descrito por Die Trill y Die Goyanes (2003) los procedimientos quirúrgicos en oncología se clasifican en: cirugía Diagnóstica, cirugía Clasificadora, cirugía Preventiva, cirugía de Ayuda, cirugía Curativa y cirugía reconstructiva o reparadora

Haciendo un paréntesis y tomando la explicación de Curutchet, Ferraina y Oria (1997), según cuál sea la zona a intervenir, es posible establecer los siguientes tipos de cirugía: Local o

resección radical, regional o resección de la estación linfática de drenaje del tumor, de la metástasis, cirugía Reductora, de Comprobación y de Tumor Residual, cirugía Paliativa

Dentro de éste tipo de cirugía Die Trill y Die Goyanes (2003) incluyen: la cirugía para aliviar el dolor, a la cirugía para detener el sangrado y la cirugía para insertar una sonda de alimentación o sondas para administrar medicamentos.

A manera de síntesis de lo expuesto hasta aquí se debe enfatizar que la cirugía es uno de los tratamientos de primera línea para la enfermedad oncológica, destacándose la intervención con propósito curativo.

Es importante reiterar que someterse a un tratamiento como este no siempre es una decisión fácil, sobre todo si se piensa en los múltiples efectos que tendrá a nivel físico y psicológico. De ahí la importancia de incluir la psicoprofilaxis quirúrgica con el objeto de ayudar al paciente en la toma de decisiones, aclarar sus dudas, y motivar a que exprese su angustia, miedos y fantasías acerca de este acto.

Mucci (2004) define la psicoprofilaxis quirúrgica como el proceso psicoterapéutico de objetivos preventivos, focalizado en la situación quirúrgica y planificado para promover el funcionamiento afectivo, cognitivo, interaccional y comportamental del enfermo, a través de recursos que lo orienten a afrontar la operación, reducir efectos eventualmente adversos para el psiquismo, y facilitar la recuperación biopsicosocial (p.50)

Es importante mencionar que para que la psicoprofilaxis quirúrgica sea exitosa es imprescindible la colaboración entre los distintos miembros del equipo de salud; sólo así el paciente y su familia confiarán en la resolución de la problemática quirúrgica.

De ésta manera el trabajo en equipo permite un abordaje integral del paciente, alivia y contiene a cada uno de sus integrantes, y permite y facilita el mayor contacto posible con las personas significativas del paciente (médicos, padres y familiares).

Para el abordaje de la psicoprofilaxis se emplean estrategias y diversas técnicas dependiendo del paciente. Siguiendo el esquema que implementa Mucci (2004) se distinguen las siguientes fases: Preoperatorio, preoperatorio Próximo u Operatorio, intraoperatorio y postoperatorio:

Según Mucci (2004) las variables que interfieren en esta fase son: situación actual del consultante, naturaleza del conflicto y significado que adjudica a la enfermedad y a la operación, significado del dolor, ¿cuál es su umbral de tolerancia en función de otras situaciones atravesadas anteriormente?; ¿le teme al dolor?, otras preocupaciones (actuales), acontecimientos vitales estresantes, historial psicopatológico, si lo hubiere e información (real y fantaseada), se realiza psicoeducación si es necesario, o se le sugiere preguntar a su médico.

Por consiguiente, es importante considerar estas variables porque permiten conocer qué aspectos se debe trabajar con el paciente para poder proporcionarle herramientas de afrontamiento.

También menciona técnicas que se pueden implementar desde la primera entrevista: entrevista libre, entrevista semipautada, evaluación del nivel de estrés preoperatorio, autoinforme de miedos, técnicas proyectivas gráficas y entrevistas complementarias.

En definitiva, la psicoprofilaxis quirúrgica ofrece una ayuda significativa en la preparación de los pacientes que tienen que ser sometidos a un acto quirúrgico, no sólo por el acto quirúrgico en sí, sino también para una buena recuperación del paciente.

Mucci (2004) en su libro sobre psicoprofilaxis quirúrgica hace referencia al modelo propuesto por Gerald Caplan, en 1964, en el que enuncia factores de acción gradual y rápida que tienen influencia y efectos sobre la salud. Concretamente se refiere a la necesidad de considerar el carácter multifactorial de las variables que inciden sobre la salud mental de cada paciente que se someta a un acto quirúrgico. En definitiva, sugiere que se deben considerar variables biológicas, psicosociales y socioculturales. (p.62)

Allí, plantea la importancia de un enfoque amplio, abierto y flexible de la prevención, en términos de prevención primaria, secundaria y terciaria, incluyendo una perspectiva ecológica para la comprensión del problema que afecta a la persona.

Prevención se refiere a actuar con anticipación. Como lo explica la autora es: preparar, avisar e informar a tiempo con el propósito de evitar daños inminentes.

Cada paciente es único y vive o toma el acto quirúrgico de manera diferente. Por ésta razón importa conocer a los pacientes de antemano para saber cómo actuar en los diferentes casos. Por ejemplo, conocer sobre su adaptación y personalidad en la etapa preoperatoria ayuda en su evolución.

Por otra parte, Giacomantone y Mejía (1997) comentan que las conductas de adaptación preoperatoria preanuncian el tipo de adaptación que podría tener lugar en el postoperatorio, y también las dificultades que podrían surgir en la evolución clínico-quirúrgica. (p.95)

La adaptación preoperatoria depende, en gran medida, de los antecedentes de cada paciente sobre su forma de reaccionar ante el estrés, y de las características de personalidad. No obstante, una adaptación normal siempre supone cierto grado de ansiedad preoperatoria. Ansiedad en forma de angustia-señal que surge cuando la situación quirúrgica se percibe y evalúa como una amenaza. (p.97).

El rasgo distintivo de la adaptación normal es que los mecanismos de defensa actúan de manera variable y flexible y permiten que el enfermo pueda manejar la ansiedad y elaborar y aceptar la realidad frustrante para responder adecuadamente a ella.

Es importante destacar que las personas que van a ser sometidas a una cirugía con anestesia general enfrentan ansiedad y temor. Justamente Rinaldi (2001) afirma que: "El acto quirúrgico es un hecho terapéutico cruento, intrusivo y, por esto mismo, paradójico, pues por un lado repara, cura y por otro lado agrede, invade y causa dolor". (p.52)

A partir de ésta definición el autor quiere significar que a pesar de su finalidad curativa la cirugía constituye una amenaza a la integridad del cuerpo, pudiendo incluso imaginar fantasías de fragmentación corporal.

Cada paciente responde ante un evento quirúrgico de acuerdo a su personalidad y a su historia personal de vida. La cirugía podrá vivenciarse como amenaza, reto, pérdida, castigo, injusticia, ganancia o alivio. Incluso a veces el paciente tiene la sensación de ser invadido por un enemigo. (Mucci, 2004).

Mucci (2004) también menciona que el proceso quirúrgico está impregnado de mitos, fantasías y temores, cada uno de los cuales depende del órgano que será intervenido y del tipo de cirugía que se realice. Generalmente las fantasías y miedos giran en torno a la anestesia, el dolor, el diagnóstico, también se dan en relación al morir y al futuro.

También observa que existen los miedos a los cambios físicos, a perder la autonomía y la independencia, a la pérdida de control, y a no contar con redes de apoyo, entre muchos otros. No obstante, por su carácter bivalente, la cirugía se constituye también en esperanza de curación.

A todo esto agrega que es conocido que las reacciones psicológicas más frecuentes durante el periodo preoperatorio dependen de la localización del tumor y del estadio; y también influyen el significado que tiene la enfermedad para el paciente, su estabilidad emocional, su capacidad para tolerar situaciones estresantes y la relación con el equipo quirúrgico.

Respecto al periodo postoperatorio suele observarse una especie de regresión que, según lo explica Rinaldi (2001), favorece a la introspección. Esto sucede porque, generalmente, los pacientes quedan muy pendientes de su cuerpo, en especial del área operada, y también se preocupan por el dolor, temen complicaciones o algún tipo de descompensación, e incluso temen la muerte.

Para Mucci (2004) deben evaluarse una serie de condiciones en el caso de experimentar la cirugía como una vivencia traumática: "estructura psicopatológica previa, significado que el

enfermo le otorga, resignificación en función del historial médico-quirúrgico, calidad de la enfermedad y de la operación, nivel de estrés en la hospitalización, capacidad de respuesta al estrés.” (p.92).

Y menciona que los miedos básicos más esperados ante un acto quirúrgico están condicionados por la historia personal, la historia quirúrgica, lo que el paciente conoce y sabe, y también por lo que desconoce.

De lo escrito hasta aquí se puede afirmar que la profilaxis quirúrgica es muy importante para cualquier paciente que se someta a un acto quirúrgico, más aun cuando se trata de una intervención por una enfermedad oncológica. Tal como fue expuesto este proceso le ofrece a la persona un espacio para expresar sus pensamientos, sus miedos y ansiedades.

También es importante señalar que algunos pacientes rechazan la opción de someterse a una cirugía, a causa de los temores y fantasías que experimentan. Justamente esta es una buena oportunidad para proponer y ofrecer el dispositivo de la psicoprofilaxis. Así, con la ayuda del profesional, el paciente puede reconocer y trabajar sus temores y fantasías, evaluándolos como normales en la situación que debe atravesar.

Por último se debe recordar que la convalecencia postquirúrgica se caracteriza, desde el punto de vista biomédico, por la recuperación paulatina de los indicadores de salud, la cicatrización de los tejidos y la rehabilitación funcional del paciente. Y desde el punto de vista psicoemocional, la psicoprofilaxis preoperatoria ayuda mucho a disminuir el estrés y otros síntomas del estado de ánimo del paciente en el periodo posoperatorio, favoreciendo así una buena recuperación

Según lo afirma Mucci (2004) el paciente próximo a una cirugía afronta una situación crítica, e interpreta la situación a su modo. Antes del diagnóstico y de la indicación quirúrgica, la persona se percibe saludable y estable; a partir de la noticia, todo cambia: “capturada por la situación, de un instante a otro pasa del estado saludable a enfermedad”. (p. 90).

A esto agrega que, en general, las personas que se someten a un acto quirúrgico con anestesia (más aún si es general) manifiestan ansiedad y temor. El principal temor que expresan es a no despertar, quizás originado en la idea de una equivalencia inconsciente entre el dormir y el morir, de forma tal que fantasean o piensan que el dormir inducido por la anestesia general es como una muerte transitoria, de la que no están seguros de poder regresar.

Giacomantone y Mejía (1997) mencionan otros temores en relación a la anestesia total: la pérdida del control consciente, en tanto temen despertar locos o excitados o contar secretos que no pueden revelar; y la sensación de indefensión ante la vivencia de pasividad y la dependencia con el equipo médico. (p.35).

Además, explican que forman parte del estrés preoperatorio las preocupaciones del paciente vinculadas a la enfermedad orgánica, que lo enfrenta con la realidad de un cuerpo humano vulnerable y mortal. Situación que trae aparejado que vea alterados su sí-mismo, su relación con los otros y su perspectiva de futuro social y laboral. (p.35).

También señalan que, a pesar de su finalidad curativa, la cirugía constituye una amenaza a la integridad del cuerpo, por lo cual es común que la persona tenga fantasías de fragmentación corporal acompañadas de miedo a una mutilación por error quirúrgico. Fantasías que dependen del órgano que será intervenido y del tipo de cirugía a realizar. (p. 36).

Otras situaciones frecuentes que observan en los pacientes son: miedo a experimentar dolor físico en el postoperatorio, pena por la pérdida de privacidad, vergüenza por la desnudez y por el manejo del propio cuerpo por extraños.

Con respecto a los temores y fantasías preoperatorios advierten que, si bien pueden variar con el tipo de cirugía, no están solo vinculados a la realidad objetiva de la intervención, también están relacionados con características de personalidad, con experiencias de operaciones anteriores (propias, de familiares o conocidos), con relatos o creencias populares, y con la identificación del paciente con sus padres. (p.37).

Por esta razón señalan que es importante conocer los antecedentes del enfermo, su historia individual y familiar, y su visión personal de la situación quirúrgica, con el fin de establecer las fuentes de estrés preoperatorio en cada caso en particular. (p.38)

Según lo expuesto hasta aquí, todo paciente que se somete a una cirugía está expuesto a una situación de estrés psicológico. A propósito, Giacomantone y Mejía (1997) explican que esto se relaciona con la percepción de un estímulo externo o interno que es vivido como amenazante, a lo que se suman características de personalidad del enfermo, más los recursos adaptativos que pueden verse desbordados. (p.38).

Por su parte Mucci (2004) refiere que por más sencilla que sea la cirugía para la persona siempre será una situación estresante, pues en definitiva, es una amenaza real. Por ésta razón formula que el diagnóstico inicial, la indicación quirúrgica, la percepción sobre el proceso salud-enfermedad, el dolor físico y el sufrimiento psíquico, desencadenan miedos, preocupaciones, problemas, conflictos y malestar. (p.90).

En cambio, cuando se trata de una cirugía de urgencia, esta preparación no puede llevarse a cabo. Como consecuencia de la falta de tiempo para poder enfrentar el estrés el nivel de ansiedad preoperatoria suele ser significativamente mayor y se expresa como angustia automática, por lo cual los estímulos internos y externos exceden lo que el yo es capaz de

dominar. En consecuencia se genera un estado afectivo paralizante, con angustia, que no promueve a una buena adaptación, y que perturba la conducta, la eficiencia psicológica, e incluso las funciones somáticas. (Giacomantone y Mejía, 1997, p.41-42).

En relación a este tema Rinaldi (2001) expresa que en un psiquismo un acontecimiento puede producir un efecto de alerta que le dé tiempo a que se constituyan las defensas que lo ayuden a mantenerse estructurado; mientras que en otro, el mismo acontecimiento puede ser una amenaza que lo desestructura y que produce una pérdida transitoria de funciones yoicas: “se crea un vacío en la red de representaciones psíquicas, que clínicamente se manifiesta como un estado de intensa angustia y desvalimiento”. (p.50)

A esto agrega que cuando un acto traumático produce una cierta desorganización yoica que no alcanza a disminuir los recursos internos del paciente el efecto será el de una “vivencia estresogénica”. En tanto que en el caso en que se produzca una desorganización que conlleve a una pérdida importante de recursos internos ésta será vivida como una vivencia traumática.

Giacomantone y Mejía (1997) también hacen referencia al prepararse para sufrir dolor físico y otras vicisitudes displacenteras de la recuperación postoperatoria, como por ejemplo: adaptarse al ambiente hospitalario, someterse a procedimientos técnicos, más o menos molestos, y establecer una buena relación con los miembros del equipo tratante, resignando en parte su autonomía. De ésta manera ésta situación es evaluada como una amenaza, y, como consecuencia, la ansiedad preoperatoria como señal inicia el proceso de adaptación.

Por supuesto, cierto nivel de ansiedad preoperatoria es normal y deseable, e indica que existe un esfuerzo de adaptación y de control de los temores y las fantasías generados por la operación y la anestesia, pero en caso que el nivel de la ansiedad sea muy alta, dificultando la internación y la atención adecuada por parte de equipo profesional, es necesaria la interconsulta psiquiátrica y la administración de psicofármacos para poder disminuir esa ansiedad, como también en el periodo posoperatorio para ayudar a una adaptación emocional mejor y a una recuperación quirúrgica menos amenazada por tensiones y sufrimientos.

Como se expuso anteriormente todo acto quirúrgico genera reacciones emocionales. Rinaldi (2001) detalla algunas de las reacciones que se pueden observar en el periodo postoperatorio: desorganización prolongada, depresión, desmentida exagerada, obsesiones y las fobias, reacciones paradójicas y delirium posquirúrgico

### **Materiales y Métodos**

El presente trabajo corresponde a un estudio de caso único con alcance descriptivo, en el que la variable, proceso de psicoprofilaxis quirúrgica, se describe y analiza a partir del material clínico



recolectado sobre una única unidad de análisis. Respecto al enfoque metodológico es cualitativo, por lo cual las conclusiones que se elaboren sólo son válidas para el caso clínico analizado. El diseño metodológico es no experimental, en tanto se observa y describe la variable en la unidad de análisis y en su contexto, sin hacer ningún tipo de manipulación deliberada.

La unidad de análisis es elegida por tratarse de la primera experiencia psicoterapéutica y de psicoprofilaxis quirúrgica de un paciente con enfermedad oncológica. Además, el caso cumple los criterios clínicos necesarios para responder al problema planteado y alcanzar los objetivos propuestos. Respecto a los instrumentos utilizados para la recolección de datos se aplica el análisis de contenido de fragmentos de entrevistas libres y semidirigidas con la paciente y su esposa.

El problema planteado en el estudio de caso se compone de las siguientes preguntas: ¿Cuál es la importancia del proceso de psicoprofilaxis quirúrgica en un paciente oncológico al que se le indica cirugía de un tumor cerebral? ¿Qué beneficios genera la psicoprofilaxis quirúrgica en éste mismo paciente?

Para realizar este escrito se llevó a cabo una investigación documental no exhaustiva y se trabajó con material bibliográfico, tanto de fuentes primarias como secundarias. Con este fin se han utilizado libros, apuntes aportados por los docentes de la Carrera y también material obtenido de diferentes páginas de Internet. Información que en su totalidad es en idioma español. De este modo la información recolectada y posteriormente seleccionada se utiliza para sustentar el caso clínico presentado.

### **Resultados y Discusión**

En las primeras entrevistas se advierten las preocupaciones, ansiedades y miedos que tiene el paciente, no solo por su salud sino también por la de su hija. Además, se lo observa muy deprimido. Por supuesto éste estado es esperable y razonable en la situación que están atravesando ambos.

Al principio el paciente muestra cierta incomodidad. Se lo ve nervioso al momento de responder algunas preguntas, y también un poco inseguro, ya que antes de responder mira a su pareja como buscando una afirmación antes de hablar. Con el tiempo, comienza a mostrarse más cómodo en la comunicación con la terapeuta, por lo cual está dispuesto a charlar sobre lo que le pasa.

A partir de sus dichos se trabaja en relación a la culpa haciéndole ver que la enfermedad de su hija no tiene ninguna relación con su separación matrimonial, con el propósito de mostrarle que

no debe mezclar y confundir las cosas. En esa ocasión pide estar solo con la terapeuta, tal vez este sea un signo de confianza hacia ella, y quizás da cuenta de una mayor seguridad en sí mismo. Reacción muy distinta a la del primer encuentro en el que le pide a su mujer que se quede junto a él, mientras la mira cada vez que habla.

En la última entrevista pre-quirúrgica se advierte un gran progreso respecto a la aceptación de la cirugía. Además, está más abierto a charlar sobre este tema y manifiesta estar más tranquilo, a pesar de sus miedos.

Se advierte que la psicoprofilaxis quirúrgica ha sido muy importante. A pesar que no logra eliminar totalmente algunos síntomas emocionales, los disminuye de manera considerable. Y además ayuda al paciente a afrontar y aceptar el acto quirúrgico de una forma no traumática.

En la etapa postquirúrgica Héctor manifiesta malestar respecto a la disminución de la visión, además de seguir preocupado por la salud de su hija. Respecto a estas preocupaciones y miedos se trabaja en el sentido que los acepte como razonables en su situación, además de mostrarle los buenos resultados obtenidos hasta el momento.

Luego, cuando su visión mejora se lo ve más animado y entusiasmado en salir de su casa, en participar en las cenas familiares, en querer reunirse con sus amigos, a quienes hacía un tiempo considerable que no veía, y con la esperanza de regresar a su lugar de trabajo. Seguramente la psicoprofilaxis postquirúrgica fue una gran ayuda en su recuperación; como también la disminución de su miedo a la muerte.

A pesar que en algunos momentos el paciente considera su enfermedad como un castigo, pensando ser culpable de la enfermedad de su hija, nunca deja de confiar en Dios. En cada momento de desánimo y desesperanza le reza a Dios. Se le iluminan los ojos cuando lo hace. Su fe en Dios ha sido una apoyatura muy importante para el paciente, además del afecto y compañía de su familia. Se puede decir que, en algunos casos, sostener creencias religiosas facilita el trabajo psicoterapéutico, en tanto su fe también está puesta al servicio de su mejoría.

Por último, es importante señalar que el paciente siempre estuvo al tanto de la información sobre su enfermedad y tratamientos, lo que permitió que empleara recursos necesarios de afrontamiento durante y después de la cirugía.

### **Conclusiones / Recomendaciones**

La cirugía oncológica es un tratamiento importante para tumores con alta probabilidad de curación. Debido a temores y fantasías que se generan a partir de su indicación es absolutamente recomendable que todo acto quirúrgico deba acompañarse de una entrevista de psicoprofilaxis pre y post quirúrgica para ayudar a los pacientes a transitar de la mejor forma posible el proceso.

La psicoprofilaxis quirúrgica oncológica es un tratamiento cuyo objetivo es la reducción de diferentes trastornos psicológicos traumáticos que se dan a partir de éste tipo de intervención, desde el momento en que el cirujano comunica que debe efectuarse hasta que el paciente abandona el hospital.

Para el paciente y su familia la intervención es un acontecimiento desconocido que irrumpe en su vida cotidiana generando angustia. No solo cuenta el estrés asociado a la presencia de la enfermedad oncológica, sino también la internación en un ambiente extraño, el conocimiento de los riesgos de la anestesia, más los peligros imaginados por el paciente y su familia.

La preparación psicológica previa a la cirugía es a través de una psicoterapia focalizada, breve y multidimensional, que permite al paciente y a su familia poner en funcionamiento mecanismos defensivos que disminuyen y previenen la producción de trastornos psicológicos que se manifiestan en el postoperatorio y lo complican, así como también actitudes negativas hacia los médicos y los servicios de salud.

Por consiguiente, la psicoprofilaxis quirúrgica implementada a partir del momento de la internación del paciente, reduce su angustia y ansiedad. Por esta razón es importante que la asistencia psicológica esté focalizada en la intervención quirúrgica para disminuir el estrés prequirúrgico, favoreciendo el éxito de la cirugía y la recuperación rápida y positiva del paciente.

Como se puede observar en Héctor, a pesar de su angustia y miedos, la psicoprofilaxis lo ayuda a reducirlos de manera considerable, además de favorecer la aceptación de la cirugía, y posteriormente propicia a una pronta recuperación y a transitar algunas complicaciones de una manera positiva implementando sus propios recursos de afrontamiento con la ayuda del terapeuta.

Se puede observar que a partir de la segunda entrevista tanto Héctor como su esposa piden continuar con la ayuda terapéutica. Seguramente se han sentido acompañados y escuchados en este momento tan difícil como es el transitar una enfermedad oncológica.

Finalmente es importante mencionar que la psicoprofilaxis quirúrgica no tiene como objetivo curar una neurosis o una psicosis, sino facilitar y mejorar la calidad de vida del paciente y desarrollar un sentido de control sobre esta experiencia, favoreciendo a que recupere la confianza en sí mismo con una actitud positiva y con nuevas fuerzas.

### **Bibliografía**

- Curutchet, P., Ferraina, P. y Oria, A. (1997). Principios de Oncología quirúrgica. *En Cirugía de Michans. 5ta ed. (p.155 -179)*. Buenos Aires, Argentina: El Ateneo.

- Die Trill, M. y Die Goyanes, A (2003). Cirugía Oncológica. En M. Die Trill, *Psico-Oncologia*. (p. 263-274). España: Ades.
- Elustondo, A. (2007). Cirugía oncológica El por qué de una nueva especialidad quirúrgica derivada de la cirugía general. *Rev. Chilena de Cirugía*. 59 (1). Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-40262007000100014](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262007000100014)
- Giacomantone, E. y Mejía, A. (1997): Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico. *En el impacto emocional de la cirugía*. Buenos Aires: Paidós.
- Granados García, M., Beltrán Ortega, A., Soto Sánchez, B. L. y Takahashi, A. M. L. (2011). Cirugía oncológica: evolución histórica y estado actual. *147*, p. 551-560. *Gazeta Médica de México*. Recuperado de: [http://www.anmm.org.mx/GMM/2011/n6/108\\_GMM\\_Vol\\_147\\_-\\_6\\_2011.pdf](http://www.anmm.org.mx/GMM/2011/n6/108_GMM_Vol_147_-_6_2011.pdf)
- Handelsman, S. (2014). *Psicoprofilaxis Quirúrgica*. (Apuntes de Cátedra). Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Hospital Nacional de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan. (s.f.) *Psicoprofilaxis quirúrgica*. Recuperado de: <http://www.sap.org.ar/staticfiles/educacion/consensos/evprequi/conprequi2c.htm>
- Mucci, M., Glocer, F. y Sluzki (2004). Psicoprofilaxis Quirúrgica. En *Psicoprofilaxis Quirúrgica. Una práctica en convergencia*. (p. 45-54). Buenos Aires: Paidós
- Mucci, M. (2004). Consideraciones técnicas de la psicoprofilaxis quirúrgica. *En Psicoprofilaxis Quirúrgica. Una práctica en convergencia* (p.153-166). Buenos Aires: Paidós
- Mucci, M. (2004). El ser humano en situación de enfermo quirúrgico. *En Psicoprofilaxis Quirúrgica. Una práctica en convergencia* (p.73-81). Buenos Aires: Paidós
- Muttarrasso, F.V. (16 de julio de 2012). *Psicoprofilaxis quirúrgica* [mensaje blog]. Recuperado de: [http://iqpsiii.blogspot.com.ar/2012/07/psicoprofilaxis-quirurgica\\_16.html](http://iqpsiii.blogspot.com.ar/2012/07/psicoprofilaxis-quirurgica_16.html)
- Patiño, J. F. (2000). *Lecciones de cirugía*. Bogotá, Colombia: Medica Panamericana.

- Ribas, M. y Sanz, J. López, M, (2002). Tumores: estudios generales. En *Patología quirúrgica* (p.429-439). Madrid, España: Marbans Libros
- Rinaldi, G. (2001): prevención psicósomática del paciente quirúrgico. *En Causas y consecuencias del impacto psicobiológico de una cirugía*. Buenos Aires: Paidós.
- Zaninovich, R. (2015). *Tumores cerebrales*. (apuntes de Cátedra). Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

