



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN EN PSICO-ONCOLOGÍA

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE EL PROCESO
DE PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA
CASO HÉCTOR

PROBLEMA

¿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 este paciente?

AUTORA

Dra. Luce Mise Toussaint

TUTORES

Tutor Disciplinar de Contenidos: Lic. Susana Handelsman

Orientador Metodológico: Lic. Esp. Carina Ponce

DIRECTORA

Dra. María Bosnic

JUNIO 2016 – CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	Pág. 1	
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO		
1.1 Cirugía Oncológica		
1.1.1 Generalidades de la Cirugía Oncológica.....	Pág. 4	
1.1.2 Clasificación de la Cirugía Oncológica.....	Pág. 5	
1.2 Psicoprofilaxis Quirúrgica		
1.2.1 Definición.....	Pág. 9	
1.2.2 Fases y Técnicas en el Proceso de Psicoprofilaxis Quirúrgica...Pág.	10	
1.3 Preparación y Cuidados del Paciente Quirúrgico.....		
1.3.1 Prevención en Salud Mental del Paciente Quirúrgico.....	Pág.14	
1.3.2 Adaptación Preoperatoria y Personalidad del Paciente Quirúrgico.....	Pág.16	
1.3.3 Reacciones Psicológicas y Aspectos Traumáticos del Proceso Quirúrgico.....	Pág.18	
1.4 La Cirugía como Trauma Psíquico.....	pág. 21	
1.4.1 Aspectos Traumáticos de la Experiencia Quirúrgica.....	Pág. 21	
1.4.2 Trauma Psíquico.....	Pág. 22	
1.4.3 Adaptación Psicológica a la Cirugía.....	Pág. 25	
1.5 Reacciones Emocionales Posquirúrgicas Patológicas.....	Pág. 26	
CAPÍTULO II: ASPECTOS METODOLÓGICOS		Pág. 28
CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN DEL CASO HÉCTOR		Pág. 30
3.1 Genograma		
CAPÍTULO IV: RELATO DEL CASO HÉCTOR		Pág. 32
4.1 Entrevistas Pre Quirúrgicas		
4.2 Entrevistas Post Quirúrgicas		
CAPÍTULO 5: ANÁLISIS DEL CASO HÉCTOR		Pág. 44
CONCLUSIONES GENERALES		Pág. 46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		Pág. 48

INTRODUCCIÓN

El escrito que se presenta a continuación corresponde al Trabajo Integrativo Final de la Especialización en Psico-Oncología de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES) y trata sobre el proceso de psicoprofilaxis quirúrgica llevado a cabo con un paciente con cáncer.

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 Takahasshi (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)

En relación al caso que se analizará posteriormente, el material clínico corresponde a Héctor, un paciente de 68 años de edad, diagnosticado de un tumor cerebral, que debe someterse a una cirugía con el fin de extirpar la masa tumoral. Ante ésta situación dice sentirse triste, enojado y deprimido, razón por la cual su familia decide pedir la asistencia de una terapeuta que le facilite

procesar la información referida a su enfermedad, para sobrellevar mejor esta situación que le toca vivir.

Respecto al diagnóstico de Héctor es importante mencionar que los tumores cerebrales constituyen el 20% de todos los tumores del cuerpo, predominando en el adulto las lesiones gliales y metastásicas. Y aunque la histología no siempre es el factor más importante para determinar la evolución de estos tumores, sí lo es la localización de la lesión. (Zaninovich, 2015, p. 45)

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).

En definitiva, la psicoprofilaxis quirúrgica brinda asistencia psicológica a enfermos que padecen enfermedades quirúrgicas. Se trata de una estrategia terapéutica focalizada y planificada que tiene principio, desarrollo y final. Esta práctica posibilita considerar los aspectos emocionales que puedan afectar el curso de la enfermedad y la operación. (Mucci, 2004, p.50)

Y en palabras de Glocer (2004): “es el tratamiento psicológico que se efectúa al paciente involucrado en un proceso quirúrgico desde el momento en que el cirujano le dice que debe operarse, hasta el día en que abandona el Hospital”. (Glocer, Mucci, 2004, p. 48).

En síntesis, lo mencionado hasta aquí justifica incluir la psicoprofilaxis quirúrgica como dispositivo que ayuda al paciente en la toma de decisiones, en

el esclarecimiento de sus dudas, y también favorece a que exprese su angustia, miedos y fantasías acerca de este acto.

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.

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.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 CIRUGÍA ONCOLÓGICA

En este primer capítulo denominado, *Cirugía Oncológica*, se define el procedimiento y se expone una clasificación referida a los tipos de intervenciones quirúrgicas indicadas a pacientes oncológicos.

1.1.1 Generalidades de la Cirugía Oncológica

En principio se formulan las siguientes definiciones: "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).

Y, en segundo término:

La cirugía oncológica es una parte fundamental en el manejo multidisciplinario de los pacientes con cáncer, a pesar de los avances actuales que se tienen en el campo de la radioterapia, quimioterapia, terapias sistémicas, incluyendo las terapias dirigidas a blancos moleculares. (Granados García y otros, 2011, p.551).

A partir de estos conceptos 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.

Este criterio consiste en la elección del tratamiento más apropiado, que va a depender de varios factores, entre los cuales se debe considerar: el sitio de ubicación del tumor primario, la extensión de la enfermedad cancerosa (clasificación del TNM; T= tamaño del tumor, N= ausencia o presencia del tumor en los ganglios regionales y M= ausencia o presencia de metástasis a distancia) y la histología del tumor, tal como lo explica el Dr. Montesinos (2015) en sus clases.

Debe contemplar, además, el impacto que tendrá en la calidad de vida y en el aspecto cosmético del paciente. Por ésta razón también advierte que en algunos casos y, en etapas microscópicas de la evolución de la enfermedad, la combinación de radioterapia y quimioterapia puede ofrecer resultados similares a la cirugía, con la diferencia que se puede conservar el órgano, dejando la cirugía como procedimiento de rescate, en caso de que fracase el tratamiento original.

En el caso de emplear la cirugía radical, para algunas zonas anatómicas, la conservación de músculos y nervios es importante para que el paciente pueda mantener funciones vitales y para que su aspecto cosmético favorezca su calidad de vida. (Elustondo, 2007, p. 86)

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.

1.1.2. Clasificación de la Cirugía Oncológica

La cirugía oncológica ha tenido un proceso evolutivo importante y continúa su desarrollo gracias al trabajo de médicos dedicados a la curación de enfermos oncológicos. Según lo descrito por Die Trill y Die Goyanes (2003) los procedimientos quirúrgicos en oncología se clasifican en:

a) Cirugía Diagnóstica: la cirugía es muchas veces valiosa como ayuda diagnóstica. Por ejemplo la laparotomía¹ o toracotomía exploratoria² pueden confirmar, a través del examen visual directo y de la palpación, la existencia de una neoplasia que se sospecha a partir de la historia clínica, del examen clínico, de los datos de laboratorio y de los estudios de imágenes.

¹ Laparotomía: Cirugía que se hace con el propósito de abrir, explorar y examinar para tratar los problemas que se presenten en el abdomen.

² toracotomía exploratoria: Es un tipo de cirugía que se realiza para abrir la pared torácica cuando hay enfermedad pulmonar, permite además acceder al esófago, la tráquea, la aorta, el corazón y el diafragma.

Además tiene valor pronóstico, ya que permite evaluar la extensión del tumor primario y observar metástasis tempranas no detectadas en los estudios pre quirúrgicos, tanto en los linfonódulos regionales como en los órganos adyacentes.

Finalmente, en algunos pacientes, es posible extirpar la masa tumoral en su totalidad. En aquellos casos que esto resulte imposible se debe biopsiar cada lesión sospechosa y remitirlas al laboratorio de patología.

b) Cirugía Clasificadora: su función es establecer, a partir de la observación, la extensión del tumor y el estadio tumoral.

c) Cirugía Preventiva: la prevención del cáncer requiere un amplio conocimiento de las causas y el comportamiento de las neoplasias. Esta cirugía tiene como el principal objetivo la extirpación de lesiones precancerosas para impedir que evolucionen hacia un tumor maligno o que tengan el potencial de hacerlo (por ejemplo, la colectomía total en la poliposis familiar colónica).

d) Cirugía de Ayuda: este tipo de procedimiento supone, más que una actuación terapéutica per se, se trata de una intervención necesaria para poder aplicar otras terapéuticas (por ejemplo, la cirugía para aplicar irradiación intraoperatorio, o la requerida para la colocación de un catéter arterial para administrar quimioterapia).

e) Cirugía Curativa: la cirugía representa la mejor chance de cura para una neoplasia³. Se la considera el método terapéutico de excelencia para la resección de la mayoría de las neoplasias localizadas.

Por último, los autores aclaran que para que resulte curativa, la neoplasia debe localizarse en un órgano o región no vital y que sea posible su total extracción. Es necesario evaluar qué técnicas quirúrgicas son las más apropiadas, cuál de ellas es mejor para cada paciente, y determinar si existen otras alternativas terapéuticas o terapias complementarias.

³ Neoplasia: es aquella masa anormal de tejido cuyo crecimiento es excesivo y carente de coordinación, y que persiste una vez que el estímulo ha cesado.

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.**

Este tipo de cirugía consiste en la extirpación de la totalidad del tumor, más el tejido que lo rodea, “obteniendo márgenes amplios de resección peritumoral en las tres dimensiones y con biopsias intraoperatorias que indiquen la ausencia de tejido tumoral, lo cual lleva implícito el concepto de curabilidad local.” (p. 158)

En ocasiones, una extirpación radical puede implicar la extracción de todo un órgano (gastrectomía, mastectomía) o de una parte (lobectomía pulmonar, cuadrantectomía mamaria).

- **Regional o resección de la estación linfática de drenaje del tumor.** Puede hacerse en forma simultánea con la resección del tumor primario e inclusive en continuidad (en bloque).
- **De la metástasis**, cuando son únicas o localizadas, en pacientes con buen estado general o cuando son sintomáticas y no se pueden tratar con otro método.

f) Cirugía Reductora, de Comprobación y de Tumor Residual: se aplica en casos en los que se puede extirpar la masa tumoral, comprobar la eficacia de la quimioterapia, o reseca un tumor persistente tras la administración de radioterapia o quimioterapia (por ejemplo en caso de tumores germinales y de ovario). La cirugía de las recidivas puede suponer una curabilidad adicional en pacientes con reactivación tumoral local, en determinados tipos de cáncer.

g) Cirugía Paliativa: se utiliza para aliviar los efectos secundarios causados por un tumor. Desempeña un papel importante en la prolongación de la supervivencia y en la mejora de la calidad de vida de los pacientes con cáncer avanzado o enfermedad diseminada.

Dentro de éste tipo de cirugía Die Trill y Die Goyanes (2003) incluyen: *la cirugía para aliviar el dolor*, si el tumor ejerce presión sobre un nervio o sobre la

médula espinal, o también si crea presión u obstrucción en cualquier otra parte del cuerpo, esta cirugía puede ser de ayuda para aliviar el dolor o restaurar la función física.

En segundo término se refieren a *la cirugía para detener el sangrado*, debido a que algunos tipos de cáncer se desarrollan en zonas (por ejemplo, el útero) con alta concentración de vasos sanguíneos, u órganos (como el esófago, el estómago y el intestino) en los que los tumores son muy frágiles, o pueden sangrar fácilmente debido al paso de alimentos o productos de desecho. El sangrado también puede ser un efecto secundario de algunos fármacos. Una técnica habitual utilizada es la ligadura por sutura, la cual implica unir los vasos sanguíneos con hilo quirúrgico.

Por último mencionan *la cirugía para insertar una sonda de alimentación o sondas para administrar medicamentos*. En algunos casos, si la enfermedad o el tratamiento han dificultado que el paciente se alimente, se le puede colocar una sonda de alimentación directamente en el estómago o en el intestino a través de la pared abdominal. También se puede insertar en una vena para la administración de medicamentos o para la quimioterapia.

h) Cirugía Reconstructiva o Reparadora: tiene por objetivo recuperar la apariencia o el funcionamiento del cuerpo. Este es el caso de la reconstrucción mamaria después de una mastectomía. También se utiliza en pacientes oncológicos que presentan determinadas situaciones que requieren de una intervención de urgencia como el caso de “perforaciones intestinales, hemorragias internas masivas y drenajes de abscesos a menudo contaminados por gramnegativos y anaerobios”. (Ribas, 2002, p.430).

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.

1.2 PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA

En éste capítulo se describe en detalle la psicoprofilaxis quirúrgica para pacientes oncológicos destacando la importancia del lugar del psicooncólogo dentro del equipo interdisciplinario quien, además, tiene la tarea de realizar la entrevista previa y posterior a la intervención.

1.2.1 Definición

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)

Respecto a los objetivos generales de la psicoprofilaxis quirúrgica Rinaldi (2001) menciona: facilitar el procesamiento de la información atendiendo aquello que comprendió el paciente, observando sus fantasías, mitos y teorías de la información recibida; proporcionar recursos para afrontar las preocupaciones que la enfermedad y la cirugía le imponen; tratar de estabilizar los síntomas psicológicos a niveles tolerables; disminuir miedos básicos y universales; hacer explícito lo implícito a través de la escucha, la contención y la elaboración reflexiva; evitar que la cirugía genere una organización psicopatológica; y jerarquizar o priorizar dificultades particulares de cada persona. (p.23)

En razón que la psicoprofilaxis cumple la función de sostén en la elaboración del trauma quirúrgico Rinaldi (2001) agrega que es necesario el compromiso con los siguientes objetivos: “Cumplir con el derecho que tiene cada paciente a ser informado sobre el acto quirúrgico y, también, de los posibles cambios

físicos postoperatorios; lograr que el paciente sea esclarecido y contenido emocionalmente, y evitar los futuros trastornos psicopatológicos”. (p.23)

Y, aunque el paciente pueda experimentar una regresión normal a etapas previas del desarrollo, hay que reconocer que siempre serán transitorias. En definitiva, el profesional debe lograr un control adecuado de todas estas posibles situaciones.

Finalmente 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).

1.2.2 Fases y Técnicas en el Proceso de Psicoprofilaxis Quirúrgica

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:** es anticipada y abarca todas las situaciones que preceden a la internación y la cirugía. Comprende dos periodos: alejado y preliminar.

En esta fase se trabaja sobre la situación actual del paciente, la naturaleza del conflicto y el significado de la enfermedad y de la intervención, el significado del dolor y de otras cirugías anteriores, acontecimientos vitales estresantes, historia psicopatológica, si la hubiere, y la información real o fantaseada que maneja el paciente.

Ante la indicación quirúrgica cada enfermo responde de modo diferente y con intensidad variables, acorde con su personalidad e historia y con los recursos con que cuenta.

Según Mucci (2004) las variables que interfieren en esta fase son:

- Situación actual del consultante, qué es lo que le preocupa, qué implica para él haberse enfermado y someterse a una cirugía.
- Naturaleza del conflicto y significado que adjudica a la enfermedad y a la operación. Creencia con respecto a su enfermedad.
- Significado del dolor, ¿cuál es su umbral de tolerancia en función de otras situaciones atravesadas anteriormente?; ¿le teme al dolor?
- Otras preocupaciones (actuales) significativas como su situación familiar, el no poder ocuparse de la familia o de su trabajo, temporal o definitivamente.
- Acontecimientos vitales estresantes. Se investigan pérdidas y otras situaciones de salud.
- Historial psicopatológico, si lo hubiere, para anticipar como enfrentará la situación crítica, si es necesaria la consulta psiquiátrica, por ejemplo en función del tiempo de internación y las secuelas post operatorias.
- 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 sobre qué aspectos se debe trabajar con el paciente para poder proporcionarle herramientas de afrontamiento.

- **Preoperatorio Próximo u Operatorio:** es la entrevista que se realiza antes de la cirugía.
- **Intraoperatorio:** corresponde al momento preciso de la operación, si existiera la posibilidad de entrar al quirófano, sobre todo en el caso de una cirugía menor en que el paciente estuviera consciente.

Postoperatorio: también se subdivide en inmediato o a corto plazo, y alejado o período de rehabilitación o de largo plazo. Respecto a los objetivos sobre los que se trabaja en esta fase la autora explica que se trata de procesar y elaborar los cambios físicos ocurridos después de una cirugía compleja; las expectativas y dudas acerca de su recuperación; la resignificación de la experiencia quirúrgica que le permita resolver cuestiones pendientes; y, por último, también se exploran ansiedades y miedos del paciente ante la finalización de la internación. (p.153-154)

Según Mucci (2004) la evaluación posquirúrgica tiene como objetivo terapéutico procesar y elaborar cambios corporales, sobre todo tras cirugías complejas, al reencontrarse el paciente con su cuerpo e iniciar el duelo por pérdidas y cambios. Además se deben tener en cuenta las expectativas y temores que surgen sobre la recuperación, sobre todo ante complicaciones y evoluciones tórpidas. (p. 166)

Esta autora explica que si bien la psicoprofilaxis quirúrgica se lleva a cabo según la necesidad de cada paciente, existen criterios para su aplicación. El primero de ellos es la existencia de demanda por parte del paciente, casos de enfermedad oncológica, ante una estructura psicopatológica previa, en casos de hospitalización prolongada, ante un historial complejo de enfermedades y anteriores operaciones, por indicación del cirujano y/o evaluación del psiquiatra o psicólogo, y cuando el paciente se encuentra en tratamiento psicológico o psiquiátrico. También puede ser indicada en casos de experiencias traumáticas previas de la familia, relacionadas con cirugías y experiencias con complicaciones psíquicas o físicas del propio paciente. Se indica para familias en riesgo (crisis familiares, enfermedad mental de alguno de los padres o del paciente, maltrato, violencia, adicciones), en cirugías de alto riesgo o en zonas del cuerpo significativas para el reconocimiento de la propia identidad (cara, genitales, manos, etc.), cuando se advierte ausencia de ansiedad preoperatoria o demoras en la aceptación de la indicación quirúrgica, fobia a los médicos, y también en casos de discapacidad.

Finalmente menciona técnicas que se pueden implementar desde la primera entrevista:

- **Entrevista libre**, se orienta a conocer la situación, favoreciendo a que el paciente exprese sus sentimientos, expectativas, esperanzas, emociones, fantasías, miedos, inquietudes, preocupaciones, y teorías acerca del acto quirúrgico.
- **Entrevista semipautada**, se implementa si se detectan dificultades para comunicar lo que siente. Permite recopilar la información básica que no haya aportado.
- **Evaluación del nivel de estrés preoperatorio.**
- **Autoinforme de miedos.** Es un recurso que facilita al paciente volcar su ansiedad, angustia y confusión sobre el acto quirúrgico.
- **Técnicas proyectivas gráficas**, permiten detectar ansiedades situacionales, y defensas frente a situaciones adversas e imagen corporal. Por ejemplo se puede administrar la técnica propuesta por Mardaras Platas, con la consigna: dibuje como imagina el momento culminante de la operación.
- **Entrevistas complementarias.** Son las que se realizan con los familiares u otras personas del entorno con la finalidad de adquirir más información sobre el paciente.

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.

1.3 PREPARACIÓN Y CUIDADOS DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

1.3.1 Prevención en Salud Mental del Paciente Quirúrgico

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. Entonces, si el paciente conoce de antemano las características del acto médico que se realizará podrá prepararse para la cirugía y prevenir el riesgo psíquico. En consecuencia, se pueden detectar indicadores de riesgos, por ejemplo, el estado de ansiedad preoperatorio es predictor de estrés psíquico. (p.63)

- *La prevención primaria* tiene el objetivo de modificar, anticipadamente, las condiciones biopsicosociales que pueden afectar negativamente la salud, como también promover conductas que la favorezcan. Entre la población quirúrgica se considera prevención primaria la información sobre lo que sucederá en el acto quirúrgico. Se puede hacer mediante cuadernillos informativos, entrevistas de evaluación, videos, etc.
- *La prevención secundaria* trata de localizar e identificar los trastornos psíquicos en sus inicios, o aun antes de su surgimiento, para prevenir lo que pueda ocurrir si el problema no fue tratado. Abarca actividades orientadas a disminuir la amenaza o el daño psíquico de la operación,

acerca de las cuales ya se posee información. Para éstos casos se utilizan:

- el diagnóstico precoz, que facilita intervenir preventivamente y actuar desde un tratamiento
- el tratamiento rápido y eficaz, que implica actos que en principio, tienen el objetivo de eliminar o reducir un daño.

Tal como fue formulado anteriormente, en psicoprofilaxis se trata de limitar o prevenir riesgos psíquicos que puedan surgir como efecto del proceso quirúrgico. Es decir, que el objetivo es asistir a los enfermos durante el desarrollo de su enfermedad a través de una intervención psicoterapéutica, con la finalidad de impedir que la cirugía promueva a una organización psicopatológica. (p.64)

El modelo Caplan incluye, además, la noción de crisis y fases (impacto, tensión y resolución) y se sostiene en la hipótesis de que toda persona requiere diversos aportes en cada periodo de la vida:

- Aportes físicos: se relaciona con la satisfacción de necesidades básicas imprescindibles desde la concepción, para el crecimiento, desarrollo, protección y conservación de la salud.
- Aportes psicosociales: se trata de la satisfacción de necesidades interpersonales, la posibilidad de estimulación para el desarrollo emocional e intelectual a través de configuraciones vinculares (la familia)
- Aportes socioculturales: se trata de las influencias y efectos de la cultura (lo social, político, económico, religioso), externas e independientes de la persona, no modificables por acción directa ni del sujeto ni del psicólogo. (p.65)

Por su parte, Rinaldi (2001) señala que el trabajo de prevención psicoterapéutica consiste en ayudar al paciente a historizar lo que va a suceder, de forma que pueda darle un sentido subjetivo a ese futuro próximo, sin quedar a merced de creencias, prejuicios o fantasías que predominan cuando se avecina un acontecimiento traumático como es, sin duda, una intervención quirúrgica. (p.19)

La prevención psicosomática favorece así un activo proceso de adaptación por parte del paciente frente a una realidad amenazante, y busca evitar el alto costo de la disociación psicosomática representada tanto por una reacción excesivamente conformista, como por una exageradamente sobreadaptada, que implica un esfuerzo por desmentir, parcialmente, la percepción del peligro:

El proceso de prevención psicoterapéutica tiende a mantener la integridad psicosomática amenazada, cumpliendo con los objetivos de atenuar los efectos emocionales del impacto traumático y, lo que resulta fundamental, logra que el paciente este biológicamente más equilibrado en su medio interno, más estable en sus funciones vitales y mejor dispuesto para una rápida y eficiente recuperación durante su convalecencia. (Rinaldi, 2001, p.20)

En definitiva, 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.

1.3.2 Adaptación Preoperatoria y Personalidad del Paciente Quirúrgico

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)

Formulan que, según un análisis que surge de un grupo de pacientes estudiados, se observa que los enfermos con una adaptación preoperatoria normal tienen una excelente evolución. Una reacción paranoide preoperatoria anticipa una muy mala adaptación en el postoperatorio inmediato y un riesgo de entre 7 y 10 veces mayor para sufrir dificultades en el control del dolor, en la rehabilitación o en la relación médico-paciente.

Ante una adaptación maníaca exitosa en el preoperatorio se espera una evolución postoperatoria inmediata muy buena, sin diferencias significativas con respecto a la evolución de los pacientes normales durante la internación. En

cambio, la adaptación preoperatoria maníaca fallida suele pronunciar dificultades para una buena recuperación durante la internación, con un riesgo de 5 a 8 veces más alto que en los enfermos normales, con respecto a la aparición de problemas en el control del dolor postoperatorio y en la rehabilitación de problemas en la relación médico-paciente.

En este mismo estudio la modalidad de adaptación psicológica preoperatoria muestra ser un factor causal contribuyente en la génesis de complicaciones preoperatorias, y supone un riesgo quirúrgico de origen psicológico y psiquiátrico que resulta útil evaluar junto con los demás elementos determinantes del riesgo.

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).

A todo esto agregan que las conductas de defensa buscan evitar el displacer y disminuir la ansiedad, y tienden a alejar de la conciencia los elementos más conflictivos. Ahora bien, si esto ocurre de forma rígida, el paciente no puede mantener consciente la problemática psicológica despertada por la cirugía y adaptarse de modo realista. Entonces, su adaptación será patológica y no podrá aceptar, pensar, ni elaborar sus conflictos ante el hecho de estar enfermo y operado. (p.98)

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.

1.3.4 Reacciones Psicológicas y Aspectos Traumáticos del Proceso Quirúrgico

En principio 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.

Por su parte, Die Trill y Die Goyanes (2003) refieren otras preocupaciones que surgen a partir de una cirugía, descritas por Strain y Grossman (s.f.):

Temores a la pérdida de control y a la muerte, mientras se está bajo los efectos anestésicos, sensación de amenaza al sentido de invulnerabilidad personal, separación del entorno familiar y de la misma familia, temor a despertar parcialmente durante la cirugía, preocupación de que se está confiando la propia vida a un extraño, y miedos al daño corporal. (p. 267).

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.

Retomando las consideraciones de Die Trill y Die Goyanes (2003) ellos expresan que la adaptación psicológica del paciente depende en gran parte de la recuperación física, y advierten que es comprensible que se generen sentimientos de miedo, ansiedad e impotencia. Incluso mencionan que los estados confusionales agudos son frecuentes y aparecen al tercer o cuarto día posterior al acto quirúrgico, caracterizados por: leve pérdida de la memoria, desorientación, cambios de comportamiento, irritabilidad, y percepciones ilusorias o alucinaciones.

Luego de lo expuesto hasta aquí es importante diferenciar la vivencia traumática de la vivencia de estrés, por supuesto en relación a lo que vivencia una persona ante un evento quirúrgico.

En primer término es razonable que la cirugía sea una vivencia estresante y se viva con un nivel moderado de angustia, a diferencia de una vivencia traumática en la que se experimenta una brusca discontinuidad psíquica con un nivel más alto de angustia, y desestructuración de la personalidad. (Die Trill y Die Goyanes, 2003, p.272).

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.

En su Blog la Lic. Muttarrasso (2012) menciona que existen investigaciones en psiconeuroinmunoendocrinología realizadas por Kiecolt-Glaser (2002) que muestran que síntomas como el estrés, la ansiedad, la angustia y la percepción de la amenaza, repercuten negativamente en el estado psicosomático del paciente, afectan su sistema inmunológico, prolongan el proceso de cicatrización, e inciden en la recuperación. Además estas investigaciones indican que montos elevados de ansiedad preoperatoria, en particular, se asocian a una adaptación postoperatoria inadecuada en lo referente a la recuperación.

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

1.4 LA CIRUGÍA COMO TRAUMA PSÍQUICO

1.4.1 Aspectos Traumáticos de la Experiencia Quirúrgica

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)

1.4.2 Trauma Psíquico

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).

Respecto al estrés explican que es una respuesta fisiológica de los sistemas nerviosos, hormonales, cardiovasculares, respiratorios y musculares (síndrome general de adaptación), que promueve un estado de alerta y atención, y prepara para la acción y la respuesta muscular con el fin de reestablecer el equilibrio luego de la situación de peligro vivida; abarcando también comportamientos y procesos psicológicos.

Respecto al trauma psíquico lo definen de la siguiente manera: “un acontecimiento en la vida de un sujeto que presupone un ingreso excesivo de estímulos internos y externos en su psiquismo, estímulos que constituyen una amenaza y pueden superar su capacidad de tolerar y controlar psicológicamente la situación”. (p.39).

También aclaran que en el momento prequirúrgico, las ansiedades, los temores, las percepciones angustiantes del ambiente y las sensaciones displacenteras, constituyen el trauma psíquico que la persona debe elaborar. No obstante, si no lograra elaborarlo es posible que no pueda responder adecuadamente durante la recuperación postoperatoria, o que sufra diversos efectos psíquicos.

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).

Por otra parte, Giacomantone y Mejía (1997) describen factores que intervienen en la adaptación psicológica a la cirugía:

- La magnitud del factor traumático, externo o real.
- La evaluación del estímulo como amenazante.
- La capacidad subjetiva del paciente para hacer frente al estímulo.

Estos autores mencionan que en algunos pacientes el trauma preoperatorio reactualiza, por asociación, recuerdos correspondientes a situaciones traumáticas vividas anteriormente (cirugía previas no solo cirugías también accidentes, catástrofes, pérdidas, etc.). Incluso, en ocasiones, también se reactualizan situaciones traumáticas graves que pueden influir en el monto de ansiedad preoperatoria y comandar la conducta del enfermo ante la situación quirúrgica. Y, en casos de cirugía programada, señalan que el trauma psíquico

preoperatorio puede atenuarse, pues el paciente dispone de tiempo para adaptarse, anticipar, y controlar gradualmente, ansiedades y temores vinculados a la situación quirúrgica. (p. 40)

La ansiedad preoperatoria es, en todos esos casos, angustia-señal, que surge tras la percepción consciente del peligro. Concretamente reproduce en la fantasía, de forma mitigada, la situación traumática esperada, y alerta el yo y pone en marcha mecanismos psíquicos para afrontar la situación.

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. Y concluye que esto dependerá de cómo se entrecruzan y coincidan, en el momento en que sucede el hecho traumático, los siguientes factores:

- Las características de personalidad del paciente, fruto de la interacción de un factor genético-constitucional propio de cada individuo y un factor

adquirido relacionado con la singular historización efectuada de las crisis vitales de su desarrollo.

- El significado que le confiera cada paciente al acontecimiento traumático.
- El momento evolutivo del desarrollo por el que esté pasando el individuo.
- La red de sostén sociofamiliar.
- La predictibilidad del hecho estresor o traumático. (p.51-52)

1.4.3 Adaptación Psicológica a la Cirugía

A partir de lo expuesto hasta aquí es importante mencionar, nuevamente, que los pacientes deben enfrentar ansiedades y temores relacionados con la enfermedad, la anestesia y la cirugía, además de temores imaginarios vinculados a vivencias quirúrgicas (vivencias críticas o vivencias dolorosas, porque no son solo quirúrgicas) de su historia personal y/o familiar.

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.

Esa adaptación no es solo la repetición anticipada del peligro para dañarlo sino que es un proceso complejo determinado por la estructura psicológica del paciente e incluye conductas generales, manifestaciones efectivas y motoras y estrategias de intercambio con el ambiente, además de mecanismos de defensa cuya función es reducir o anular el daño anticipado, es decir eliminar la ansiedad y la sensación de peligro. Son elementos que pueden alterar el funcionamiento adaptativo del estrés. (p.43)

Los pacientes quirúrgicos presentan diversas actitudes o conductas de adaptación ante el hecho de tener que ser operados. Hay pacientes con una adaptación realista y con un grado lógico de ansiedad; otros están sumamente ansiosos y con signos o síntomas somáticos de angustia; algunos se muestran agresivos y beligerantes; otros están eufóricos, niegan todo temor y exhiben una actitud omnipotente y otros parecen demasiado tranquilos y satisfechos por tener que ser operados, etc.

También surge otra impresión de diferentes modos de adaptación psicológica al estrés preoperatorio parecen condicionar muchas de las alternativas de la evolución quirúrgica, tanto en las referidas a las complicaciones psicológicas y psiquiátricas como a la recuperación orgánica posoperatoria. (p.42)

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.

1.5 REACCIONES EMOCIONALES POSQUIRÚRGICAS PATOLÓGICAS

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:** la desorganización transitoria es una defensa útil que ayuda al paciente a recuperarse durante la convalecencia postquirúrgica inmediata, pero también puede prolongarse más allá de la alta médica. Una familia con rígidos modelos sobreprotectores puede contribuir a mantener un estado de desorganización; y también, personalidades muy dependientes e inhibidas pueden prolongar la desorganización.
- **Depresión:** puede manifestarse una depresión reactiva relacionada con la disminución de recursos yoicos a partir de la situación de amenaza vivida. Estos pacientes no requieren medicación, sólo es necesario el apoyo familiar y/o psicoterapéutico.

En caso de pacientes con personalidad depresiva previa a la cirugía son más propensos a una depresión posquirúrgica. En estos casos es importante la interconsulta con psiquiatría, más aún si ya existía un tratamiento, para acordar las dosis de medicamentos a suministrar durante los periodos prequirúrgico y postoperatorio.

- **Desmentida exagerada:** se trata del paciente que no reconoce la realidad externa y pretende continuar con su ritmo de vida anterior sin adoptar ningún tipo de cuidados y poniendo en riesgo su evolución y sobrevida. Generalmente se trata de pacientes con personalidades maníacas, psicopáticas o sobreadaptadas.
- **Obsesiones y las fobias:** estos pacientes se imponen restricciones en diferentes ámbitos de su vida, o disminuyen su rendimiento académico o su actividad laboral, que justifican por la situación que están viviendo.
- **Reacciones paradójicas:** se trata de pacientes que luego de una operación perciben cambios notorios en su cuerpo y en su vida, por los cuales se sienten agredidos y perjudicados. Esto se observa en pacientes con personalidad narcisistas o sobreadaptadas en los que la omnipotencia, la vivencia de invulnerabilidad y la desmedida se han derrumbado.
- **Delirium posquirúrgico:** se caracteriza por la alteración de la conciencia. Clínicamente se manifiesta con alteraciones de la memoria, desorientación espacio-temporal y dificultades del lenguaje. Se acompaña con interpretaciones erróneas, ilusiones o alucinaciones. Puede ser provocado por las sustancias anestésicas empleadas, aun cuando hayan sido correctamente administradas. (p. 113-116)

En algunos de estos casos se hace necesaria la interconsulta psiquiátrica acompañando el trabajo psicoterapéutico.

CAPÍTULO II: ASPECTOS METODOLÓGICOS

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.

2.1 Planteo de Problema:

Someterse a una cirugía no es una situación sencilla de elaborar para ningún ser humano. La intervención quirúrgica genera muchas preocupaciones, miedos, y en muchos casos, pocos son los recursos para sobrellevar dicho proceso.

Sin embargo, un paciente que previo al acto quirúrgico se somete a una evaluación psicoprofiláctica posiblemente tendrá muchos más recursos para afrontar sus miedos y, posteriormente, tener una buena recuperación postquirúrgica.

En consecuencia, 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?

2.2 Objetivos del Estudio de Caso:

Objetivos Generales:

- Caracterizar el valor del proceso de psicoprofilaxis quirúrgica en un paciente oncológico al que se le indica cirugía de un tumor cerebral.
- Describir los beneficios del proceso de psicoprofilaxis quirúrgica observados en éste mismo paciente.

Objetivos Específicos

- 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.
- Detallar los objetivos terapéuticos de la evaluación posquirúrgica.

CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN DEL CASO HÉCTOR

Héctor tiene 67 años, es de nacionalidad argentina, nacido en el Barrio de Recoleta de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y de religión judía. Su estatura es media, de contextura robusta, y tiene buena presencia. Se presenta como una persona simpática en la relación con los demás; y es muy sensible, afectivo y atento. Es claro en su forma de comunicar. Respecto a su profesión, es abogado.

Su padre falleció cuando Héctor tenía 20 años en un accidente de tránsito, situación que lo obliga a ser el sostén de su familia, ya que es el mayor de los hijos, y desde ese momento y en adelante, el hombre de la casa. Su madre muere en 2010, producto de un paro cardíaco, luego de estar varias semanas internada en la unidad de terapia intensiva. Con sus dos únicos hermanos tiene buena relación.

Héctor es divorciado desde hace varios años y tiene dos hijos producto de este matrimonio: su hija mayor de 40 años, casada, con dos hijos, quien vive con su familia en el barrio de Belgrano; y su hijo menor de 35 años, también casado y con un hijo, con domicilio en el barrio de Núñez. Actualmente está en pareja con Susana, desde hace 3 años. La hija de Héctor está enferma de cáncer de cuello uterino y está en tratamiento.

En relación a su enfermedad Héctor refiere que hubo momentos en los que al despertar en la mañana presentaba dolor de cabeza, mareos y sensación de atontamiento. Luego de conversarlo con su actual pareja decide ir a ver a su médico de cabecera quien, tras indicarle algunos estudios de rutina, lo deriva al Departamento de Neurocirugía Oncológica del Hospital Alemán. Allí le realizan otros estudios complementarios y, finalmente, confirman la sospecha: los resultados son compatibles con un hemangioma. Además le informan que debe ser sometido a una cirugía para extraer el tumor.

Desde este momento su angustia y miedos aumentan. Con el fin de ayudar a Héctor sus familiares deciden contactar a una terapeuta para que pueda desahogarse y hablar acerca de sus temores.

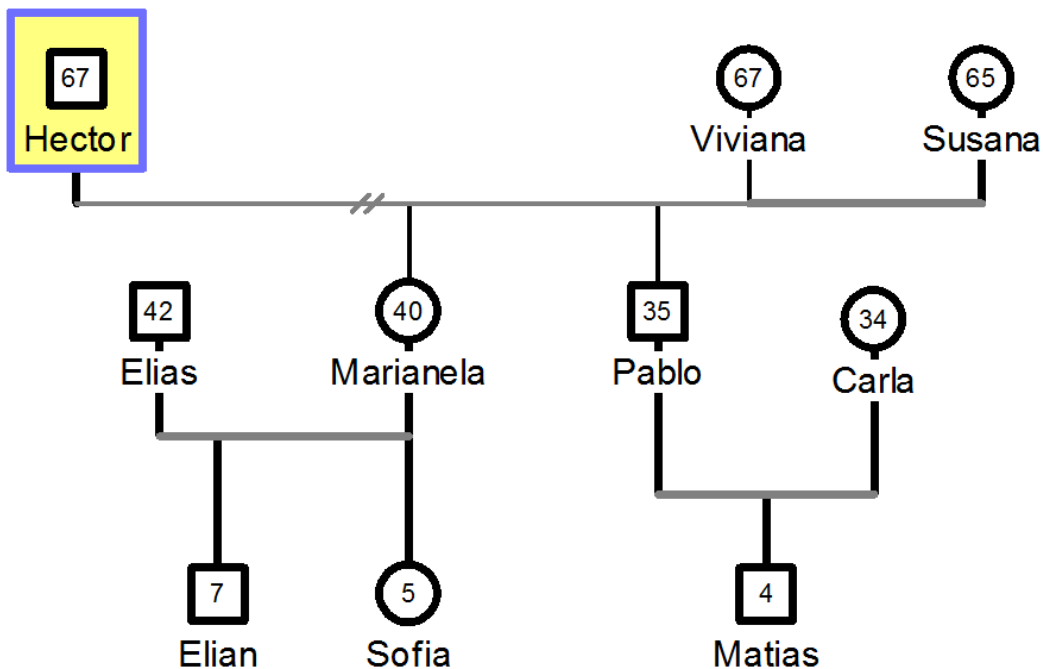
Con posterioridad a la cirugía Héctor comienza a sentirse muy deprimido y se ve obligado a abandonar su trabajo a causa de la disminución en la visión relacionada con la afectación del tumor sobre el nervio óptico.

Respecto a sus amistades menciona que, periódicamente, se comunica con algunos compañeros, generalmente para fechas como cumpleaños o fin de año.

Su familia lo acompaña desde el primer momento en que decide ir al médico; también su ex esposa con la cual tiene una buena relación.

Cabe aclarar que los encuentros con Héctor se realizan en su domicilio y en el Hospital donde fue internado con una duración de 30 a 40 minutos, aproximadamente, en cada encuentro.

3.1 Genograma



CAPÍTULO IV: RELATO DEL CASO HÉCTOR

4.1 Entrevistas Pre Quirúrgicas

Primera Entrevista:

Terapeuta: *“Buenos días Sr. Héctor, ¿cómo está?”*

Héctor: *“Buenos días señora. Yo en este momento no sé muy bien cómo me siento, porque son muchas cosas”.*

T: *“Cuéntame Héctor, ¿cuáles son esas cosas?”*

H: *“Estoy muy preocupado, angustiado y con mucho miedo. La verdad, no estaba preparado para estar enfermo ahora. ¡Y mira, quien diría! Al principio no le daba importancia a lo que me pasaba. Si mi mujer no hubiera insistido en que al menos vayamos a ver a nuestro amigo (refiriéndose al médico)... le digo así porque nuestro médico clínico es amigo de la familia, y siempre esta cuando lo necesitamos”.*

T: *“Héctor ¿sabe usted algo acerca de su enfermedad?”*

H: *“Sí, los doctores me dijeron que tengo un tumor y tienen que operarme, pero yo la verdad tengo mucho miedo”.*

T: *“¿A qué le teme usted?”.*

H: *“Miedo a todo. A la cirugía... Van a abrir mi cabeza y quién sabe qué puede pasar... Puedo llegar a morir, aunque los médicos me aseguran que donde está el tumor van a poder extirparlo sin problema... Pero no estoy tranquilo. Vea, tengo una hija que tiene cáncer y está sufriendo mucho, más ahora que yo estoy enfermo. Yo tenía que estar al lado de ella. Ahora, tengo miedo que mañana no pueda ayudarla, sobre todo con mis nietos”. (Se le caen algunas lágrimas. Llegan amigos de visita).*

T: *“Bueno Héctor, lo dejo en compañía de sus amigos”.*

H: *“Muchas gracias, cualquier cosa mi mujer te va a contactar”.*

Segunda Entrevista:

Al tener conocimiento de la fecha de la cirugía la familia se comunica con la terapeuta para acordar una nueva entrevista.

Terapeuta: *“Buenos días Héctor, ¿cómo está hoy?”*

Héctor: *“Buenos días, aunque no sé si es correcto la palabra buenos...”*

T: *“¿Por qué?”*

H: *“Y... pasado mañana me van a operar, y quién sabe qué pueda pasar ahí. Los médicos me dijeron que tengo que ser positivo, que todo va a salir bien, pero yo no lo creo así. ¿Usted piensa lo mismo?”*

T: *“Si lo médicos le dicen eso, ¿porque no creer que todo vaya a salir como ellos lo dicen? Además, realizar la cirugía a tiempo evita que la enfermedad evolucione a una etapa más avanzada, y también es importante por los efectos secundarios que podría causar la enfermedad”.*

H: *“Bueno, no me queda otra que aceptar. Aparte, justo mi hija tiene que hacerse unos análisis mañana. La verdad, a esta altura de mi vida, preferiría morirme para que ella viva. ¡No sé qué he hecho para merecer ese calvario!”*

T: *“Usted piensa que es culpable de la enfermedad de su hija?”*

H: *“Y... ella empezó a enfermarse después que me separé de su mamá, enfermó de otra cosa primero, y después de cáncer”.*

T: *“¿Qué quiere decir con eso?”*

H: *“Puede ser que tenga la culpa de sus sufrimientos... o es un castigo”.*

T: *“Creo que su separación no tiene nada que ver con la enfermedad de su hija. Además usted debería tratar de atravesar esta etapa que está viviendo de la mejor forma posible”.*

H: *“¿Usted está queriendo decir que me olvide de lo que le pasa a mi hija? ¡No sabes cuánto la amo!”*

T: *“No le digo que la tiene que olvidar, estoy tratando de decirle que separe las cosas. Usted necesita estar más relajado, más enfocado en la cirugía de mañana”.*

H: *“No es fácil. Y no será fácil. Pero trataré, como usted dice. Y espero que todo salga bien, así podré ayudarme, y ayudar a mi hija también. ¿Usted viene mañana?”*

T: *“¿Quiere que venga?”*

H: *“Si puede, sí, porque mi mujer está más nerviosa que yo, así le hace compañía. Claro, si tiene tiempo”.*

T: *“Sí, por supuesto, ¿y a qué hora podría verlo?”*

H: (Pregunta a su mujer por el horario) *“A las 9 h. de la mañana. Bueno, la esperamos mañana”.*

T: *“Nos vemos mañana”.*

H: *“Ok muchas gracias”.*

Tercera Entrevista:

T: *“Buenos días Héctor, ¿cómo está hoy?”*

H: *“Estoy más o menos... esperando la hora. Hoy es el gran día. Anoche me quede pensando en lo que hablamos, y me doy cuenta que usted tiene razón. Aunque tengo miedo porque no sé lo que puede llegar a pasar en el quirófano, estoy más tranquilo, y pienso que si se logra sacar el tumor tengo más chance de sobrevivir”.*

T: *“¿Siente que está listo para la cirugía?”*

H: *“Sí, aunque me aterra. Pero ya no hay marcha atrás. Los doctores me dijeron exactamente lo que usted me dijo, que si se actúa más temprano, mejor. Y ya me entregué, que sea lo que Dios quiera. Mi mujer me dice que soy fuerte, que voy a superar todo eso. ¿Usted también lo cree?”*

T: *“Héctor, es razonable que tenga miedo y que esté angustiado por todo esto. Por supuesto, no es fácil esta situación, pero usted está haciendo todo lo que los médicos le han indicado que haga”.*

H: *(sonríe) “Bueno, no me queda otra. Pídanle a Dios por mí cuando esté adentro con los médicos, y ojalá que no haya complicaciones”.*

T: *“Claro que sí Héctor, confíe, las intenciones y propósitos de Dios van más allá de nuestro conocimiento”.*

H: *“Muchas gracias. La verdad, me siento más aliviado que antes, aún con miedo, pero no tanto. (Pregunta a su mujer, qué hora es). Bueno, ya está. Me puedes dejar un momento solo con mi señora ¿por favor?”*

T: *“Claro que sí”. (Se le pide que respire, que se relaje, a través de un breve ejercicio de respiración).*

H: *“Muchas gracias por bancarme. Nos vemos... si salgo de la cirugía”.*

T: *“Por supuesto que si Héctor, nos vemos”.*

4.2. Entrevistas Post-Quirúrgicas

Luego de la cirugía Héctor pasa 3 días en la unidad de terapia intermedia para un mejor control. Posteriormente, es trasladado a una sala común. En ese momento su esposa se comunica con la terapeuta para darle la noticia, y solicita, por pedido de Héctor, si puede venir a verlo lo más pronto posible. Al término de 2 horas la terapeuta concurre al hospital.

Primera Entrevista:

T: *“Buenas tardes”.*

H: *“¡Buenas tardes! Pasa, pasa. (Sonríe). No sabes lo agradecido que estoy por tu apoyo. Los doctores me dijeron que todo salió bien. Ahora tengo que estar en reposo”.*

T: *“Me alegro de verlo, y saber que todo salió bien como se pensaba”.*

H: *"Bueno ahora viene la recuperación, pero hay algo que me tiene mal"*.

T: *"¿Qué es lo que lo tiene mal, Héctor?"*

H: *"Bueno, después de la cirugía me di cuenta que veo un poco borroso, es decir, que mi visión ha disminuido un poco"*.

T: *"¿Usted habló con los médicos acerca de esto?"*.

E: *"Sí, tuvimos una charla con ellos al respecto y nos dijeron que la masa tumoral está comprimiendo el nervio óptico, y eso puede ser la causa que afecta la visión. Le van a realizar algunos estudios para tener una respuesta concreta"*.

H: *"Sí, la verdad que uno no sale de una, que ya se mete en otra... Sabía que hacer esa cirugía me traería problemas...Igual, no sé qué es lo peor, veremos qué sucede"*.

T: *"Hay que esperar los resultados de los estudios, pero sinceramente creo que el realizar la cirugía fue la mejor decisión"*.

E: *"Yo pienso lo mismo. A lo mejor si no se hubiera operado podría ser peor. No hay que hablar así Héctor, al fin y al cabo todo salió bien"*.

H: *"Sí, pero mira ahora. Me quedé casi ciego, y tengo miedo de no volver a ver nunca más"*.

T: *"Bueno, no nos adelantemos, esperemos los resultados de los estudios que le van a realizar"*.

H: *"Ok. (Se queda varios minutos sin decir nada.) Bueno, muchas gracias por venir y creo que la vamos a necesitar más adelante, para transitar esta nueva vida. Mi mujer la va a llamar, esperamos no molestarla tanto"*.

T: *"Oh no, estaré a su total disposición, no duden en llamar si me necesitan"*.

E: *"La verdad no sé qué haríamos sin su apoyo. Muchas gracias"*.

H: *"Bueno, creo que me voy a descansar un poco. Muchas gracias"*.

Segunda Entrevista

Luego de 2 días la terapeuta recibe un llamado desesperado de Susana.

E: *“Héctor está muy deprimido. No quiere hablar ni ver a nadie. Casi no duerme, ni come. Por favor, ¿podría venir a verlo?, me pone mal verlo así”.*

T: *“Claro que si puedo, voy tratar de llegar lo más pronto posible”.*

E: *“Gracias por venir. Estoy muy preocupada. La verdad, no sé qué más hacer para animarlo. Ahora él está preocupado por el problema de la vista y también por su hija”.*

T: *“Hay que darle tiempo. Hace muy poco que tuvo la cirugía, y suelen existir éste tipo de reacciones después de un acto quirúrgico”.*

E: *“Y sí, tienes razón. ¿Entramos?”*

T: *“Entramos”.*

E: *“ Héctor, ¡mira quién llevo!”*

H: *“ Buenas tardes ¿cómo está?”*

T: *“ Buenas tardes, estoy bien gracias a Dios. ¿Y Usted?”*

H: *“ Ah, ando medio deprimido, sin ganas de nada, ni siquiera de comer”.*

T: *“ ¿Se siente así por algún dolor o molestia relacionada con la cirugía?”*

H: *“ La verdad que no tengo mucho dolor, y si llevo a sentir dolor antes que me toque la medicación puedo adelantar el horario pautado. Lo que pasa, me dijeron los médicos, que el problema de no ver bien es por una afectación del nervio óptico que está presionado por la masa tumoral, pero que volveré a ver bien más adelante. Pero pensar en eso me pone mal. Aparte estoy pensando mucho en mi hija, ya sabes que tiene cáncer”.*

T: *“ Entiendo. Está bien que todo eso lo afecte, pero si los médicos le dicen que va recuperar la vista más adelante, hay pensar que éste tema se solucionará”.*

H: *“Sí, pero no es fácil aceptar todo esto que me está pasando. Ahora ni siquiera puedo ver bien. Bueno, tendré que hacerme la idea de que eso se podría complicar más en el día de mañana”.*

T: *“Por supuesto que no es fácil, y también pienso que hay que ver el lado positivo de ésta situación. La masa tumoral estaba comprimiendo el nervio óptico y lograron sacarla, si no hubieran podido hacerlo podría ser otra la situación”.*

H: *“Es cierto lo que dice. Los médicos me dijeron exactamente lo mismo. Incluso, antes de la cirugía, me hablaron de posibles complicaciones, que por ahora no se han presentado. No es fácil controlar esos momentos de preocupación, de miedos, etc... Más aun sabiendo que no se trata de una simple gripe sino de un cáncer, por más benigno que sea. Pero bueno, voy a tratar”.*

T: *“Más allá del problema de la vista, ¿usted tiene alguna otra molestia o tema que me quiera comentar?”*

H: *“El problema de la vista es lo que más me atormenta, por ahora. El tema de los dolores post quirúrgicos se está manejando bien. La otra cosa que me preocupa es mi hija, no la puedo sacar de mi cabeza, sabiendo cómo está sufriendo. Me duele más que no volver a ver”.*

T: *“Entiendo sus preocupaciones, pero por ahora hay que esperar que recupere poco a poco la visión. Usted es un padre, que como cualquier padre, quiere ver a su hija bien y que no sufra. Lo importante es que se sienta acompañada por ustedes, para que transite esa enfermedad y los tratamientos de la mejor forma posible”.*

H: *“Bueno, a lo largo de mi recuperación la vamos a necesitar siempre para que me ayude con todo esto”.*

T: *“Por supuesto Héctor, cuente conmigo para lo que necesiten”.*

H: *“Muchísimas gracias por estar siempre dispuesta a nuestro llamado”.*

T: *“Gracias a usted por permitirme ayudarlo”. (Se lo observa más tranquilo. Se acomoda en su cama.)*

H: *“Con su permiso, me parece que me voy a descansar un poco, gracias, nos vemos en otro momento. (Saluda a la terapeuta con un apretón de manos y una sonrisa)”*.

E: *“Espera que llame a la enfermera para que te den la medicación antes, por si te quedas dormido, para que no te despierten. Ya falta poco para la hora de la medicación”*.

H: *“Deja mujer, no me voy a dormir, solo quiero quedarme un rato tranquilo”*.

E: *“Y si te duermes, luego no reniegues (sale la esposa a llamar a la enfermera, quien luego le da la medicación correspondiente). Gracias enfermera”*.

H: *“Bueno gracias”*.

T: *“Nos vemos, que descanse”*.

Tercera Entrevista:

Después de recibir el alta médica Susana llama a la terapeuta para acordar una entrevista domiciliaria.

E: *“Buenos días, ¿cómo está?”*

T: *“Buenos días, estoy bien, ¿y usted?”*

E: *“Más o menos. Héctor está en el baño, ahora viene”. (Le ofrece sentarse a la terapeuta).*

H: (Llega Héctor de la mano de su esposa) *“Buenos días. Acá estoy, tirando. Ahora me toca acostumbrarme a esta nueva vida. Mi esposa me tiene que ayudar para evitar caerme, porque no puedo recibir golpes en la cabeza”*.

T: *“Sí, hay que tener mucho cuidado”*.

E: *“Estamos viendo como reacomodo las cosas en la casa para que Héctor no tropiece. ¿Qué piensa usted?”*

T: *“Me parece bien. Hay que tener cuidado con las alfombras, los muebles que están cerca de las puertas hay que reacomodarlos hacia el costado. También tiene que usar un calzado que no resbale fácilmente, y la limpieza del piso por ahora tiene que ser sin cera”.*

E: *“¡Sos una genial! Muchas gracias. Anoche no dormí pensando cómo voy armar la casa, y la verdad no se me cruzó ninguna idea. Tengo la mente en blanco para estas cosas. Para comer, ¿te parece que es mejor acá en esa mesa grande, así no tiene que ir hasta la cocina?” (Lleva a la terapeuta a la cocina).*

T: *“Me parece bien”.*

H: *“¡Ah bueno, ya tenemos todo arreglado!”*

E: *“¡Claro que sí!, cuando las mujeres están al mando las cosas salen bien” (sonríe)*

H: *“¡Qué bueno!”*

T: *“Cuénteme Héctor, ¿cómo se siente?”*

H: *“Y... ahora me toca tener ganas y recuperarme. Anoche me costó dormir”.*

T: *“¿No tenía sueño? ¿Sentía algún dolor?”*

H: *“Estaba preocupado. Estaba pensando en mi hija, en mi nueva vida de ahora en adelante...Un poco de todo eso”.*

T: *“¿Usted ha hablado con su hija?”*

H: *“Si, anoche me llamó y me dijo que me quede tranquilo, que ella está bien. Para mí no está todo bien, creo que no me quiere contar para que no me preocupe. No es fácil sentirse como me siento, pero, ¿que se puede hacer!”*

T: *“¿Por qué usted piensa que no está bien, a pesar que ella le dice que sí lo está?”*

H: *“Y... conozco a mi hija, y siento desde muy profundo de mi corazón que ella está sufriendo. Además, estaré encerrado aquí en mi casa hasta que me recupere...”*

T: *“Tendrá que hacer el reposo recomendado por los médicos, más adelante podrá salir, de a poco. Puede llevar una vida normal, pero con algunos cuidados”.*

H: *“La verdad que todo eso me quita las ganas”.*

T: *“hay que ir paso a paso para lograr una buena recuperación. Los días que usted no tiene ganas de hacer nada, no haga nada. Pero, hay que seguir al pie de la letra todas las indicaciones de los médicos: tomar la medicación en sus respectivos horarios; aunque sea de poca cantidad, hacer las comidas principales para tener la energía necesaria para seguir adelante. En los momentos que usted necesita estar solo, lo puede hacer, y siempre pida ayuda cuando la necesite”.*

H: *“Me parece que no me queda otra cosa que hacer caso (sonríe), porque tengo más para ganar que para perder. Bueno no prometo nada, pero voy a tratar...”*

T: *“Toda promesa que usted haga es para usted mismo. Su familia y yo estamos para ayudarlo, si lo permite y lo necesita”*

E: *“¡Claro que sí! Hasta ahora hemos estado a su lado y ahora más que nunca, porque ya pasamos por la etapa más difícil. No es momento de bajar los brazos”.*

H: *“Veremos hasta donde puede aguantar el cuerpo. Disculpa, necesito ir al baño (pide a su esposa que le acompañe). Bueno, creo que no doy más, me voy a recostar un rato, ¿usted no se va a enojar conmigo?”*

T: *“No, vaya tranquilo. Nos vemos en otro momento”.*

Llega un momento en que Héctor no logra dormir por las noches, está deprimido, y no quiere ver a sus amigos. A pedido de su familia envían un psiquiatra para que lo evalúe y medique.

Cuarta Entrevista:

H: *“Bienvenida, ¿cómo está?”* (se lo nota más alegre, con una marcada sonrisa en su rostro).

T: *“Bien, ¿cómo está?”*

H: *“Estoy bien, gracias. Ahora con la medicación que me dieron duermo mejor, aunque a la mañana no tengo ganas de levantarme de la cama, pero estoy mejor”.*

T: *“Me alegra escuchar esto”.*

H: *“Vinieron mis hijos y mis nietos a verme, ayer. ¡Esta casa era toda alegría! Hablé con mi hija, y a pesar que la veo diferente por los tratamientos de quimioterapia, estoy feliz de haberla visto. Charlamos acerca de todo, y me siento más tranquilo, sólo que no pude jugar como antes con mis nietos, pero estaban felices de verme. Me preguntaron por qué me cortó el médico, si me porté mal (sonríe). Les expliqué que tenía algo malo en una parte de mi cabeza, por eso los médicos me cortaron para sacarlo. ¡Si usted viera sus ojitos brillantes prestando atención a mis explicaciones! Y dijeron, ah!, es bueno el médico, y hay que hacerle un regalo. La verdad que pasé un buen momento en familia, espero que se repita, claro, si me siento bien”.*

T: *“Qué bueno que haya hablado con su hija, me parece que eso lo ayudó bastante”.*

H: *“Si, aunque eso no quita mis preocupaciones por ella, pero estoy más tranquilo después de esta charla. También tuve una charla de hombre a hombre con mi hijo porque él es quien se encarga de todo. Lo único que todavía me cuesta es la visión, pero mi médico me dijo que tenga paciencia, que la voy a recuperar porque no fue una lesión tan grande del nervio”.*

T: *“Entonces habrá que esperar un poco más, ¿cómo se siente al respecto de la operación?”*

H: *“Bien, solo que hay momentos en que me mareo, también hablé con mi clínico al respecto. Tengo turno para verlo la semana próxima. Y creo que voy a poder salir y dar una vuelta a la manzana en los días próximos”.*

T: *“¿Y cómo toma usted esa noticia?”*

H: *“No sé. Tengo miedo de tropezarme. En la casa me vengo manejando bien, pero en la calle es otra cosa”.*

T: *“Me parece que es una oportunidad que hay que aprovechar, y salir un poco. Por ejemplo tomar un café fuera de su casa, tomar un poco de sol en la plaza que tiene enfrente, por supuesto siempre acompañado”.*

H: *“Bueno, veremos cuando llegue el día”.* (Se le nota cansado. Se retira a descansar).

Luego de dos meses Héctor comienza a recuperar su vista. Sale de vez en cuando a la hora de la tarde a tomar café fuera de su casa. También acompaña, en una oportunidad, a su esposa al supermercado. Se reúne más seguido con sus hijos a cenar, y se muestra mejor de ánimo. Por supuesto quiere retomar su trabajo, situación que le genera más ganas de recuperarse pronto para volver a su vida normal.

CAPITULO V: ANÁLISIS DEL CASO HECTOR

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 GENERALES

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.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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-Oncología*. (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
- 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
- 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

- 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.