

PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA

Autoras: Lic. Gabriela Zamar³⁹ & Lic. María Silvia Giordano⁴⁰

“...Cada sujeto responde de modo diferente a la indicación de una cirugía, acorde a su personalidad e historia y utilizando sus propios recursos. La misma podrá vivenciarse como amenaza, reto, pérdida, castigo, ganancia o alivio; nunca estará exenta de mitos y temores, los que giran en torno al dolor, al diagnóstico, a morir y al futuro...” (Mucci, 2004)

La *Psicoprofilaxis* es un término derivado del griego que significa “prevenir, tomar precauciones” la palabra *quirúrgico* significa “relativo o perteneciente a la cirugía” que es el arte de trabajar con las manos, trabajo manual.

La **Psicoprofilaxis Quirúrgica** es el proceso terapéutico de *objetivos preventivos*, focalizado en la situación quirúrgica y planificado para promover, en el funcionamiento afectivo, cognitivo, interaccional y comportamental del enfermo (o paciente) recursos que lo orienten a:

- Afrontar la operación (o intervención).
- Reducir efectos, eventualmente adversos, para el psiquismo.
- Facilitar la recuperación biopsicosocial.

-¿*Para qué?*: (Objetivos Generales): Facilitar el procesamiento de información; proporcionar recursos para afrontar las preocupaciones que la enfermedad y la cirugía imponen; estabilizar los síntomas psicológicos en niveles tolerables; disminuir miedos básicos y universales; hacer explícito lo implícito; evitar que la intervención pueda dar lugar a una organización psicopatológica, jerarquizar o priorizar dificultades singulares.

- *Fases*:

El proceso de psicoprofilaxis quirúrgica abarca cuatro fases:

³⁹ Profesora asistente de la cátedra de Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

⁴⁰ Profesora adjunta encargada de la cátedra de Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

- a) Preoperatorio: Es anticipatorio (abarca situaciones que preceden la intervención, internación o/y la operación);
- b) Preoperatorio próximo u operatorio: Es un período intermedio o de impacto que se corresponde con la hospitalización hasta el ingreso en el quirófano - sala.
- c) Intraoperatorio: El acto quirúrgico;
- d) Postoperatorio: Comprende desde el egreso del quirófano hasta el alta médica definitiva (Mucci, 2004).

-Técnicas:

Mucci (2004) considera que la preparación en Psicoprofilaxis Quirúrgica, centra sus objetivos en el estado de *ansiedad* de los pacientes aplicando técnicas tales como proporcionar información sobre procedimientos y sensaciones, estrategias cognitivas, instrucciones comportamentales, técnicas de relajación, entre otras. "...La preparación nace de un supuesto: el conocimiento que se proporcione al enfermo acerca del proceso quirúrgico permite advertir, informar, disponer, prevenir anticipadamente sobre un daño eventual de los procedimientos médicos..."

Una técnica eficaz en la preparación psicológica es la **información** que se proporciona al paciente. La misma está sujeta a diferentes factores: a cómo se proporciona esa información, al estilo comunicacional de quien informa, a la personalidad del paciente y a cómo éste la interpreta.

El propósito es incrementar, junto con el paciente, el conocimiento y la comprensión de la situación por la que va a atravesar, con el fin de que sepa o conozca de qué modo y en qué forma lo afectará; que conozca su sentido y significado (p.130).

Etimológicamente el verbo *informar* significa "dar forma, describir, dar noticias, declarar, reseñar, enterar". El sustantivo informe significa "noticia e instrucción que se da acerca de alguna persona o cosa". Es noticia en el sentido que es desconocida hasta ese momento. En Psicoprofilaxis Quirúrgica quien informa confirma algo que el enfermo ignora, supone o niega. Se le informa qué pasa

en su organismo y qué actos médicos se le realizarán para reparar su dolencia física. Por lo tanto, *informar tiene una función de esclarecimiento*.

El acto de informar incide en la relación médico-paciente, ya sea para el cumplimiento de las prescripciones como para la adherencia del paciente al tratamiento. Mucci (2004) señala que la información será o no traumática dependiendo por una parte, de la historia y personalidad del enfermo, del significado que éste atribuya a la situación y por otra parte del modo en que se comunique dicha información (qué y cómo se lo hace).

- ¿Por qué informar? Porque todo paciente tiene derecho a saber, espera una explicación acerca de lo que tiene y de lo que le sucederá. A su vez, necesita respuestas a sus preguntas.

- ¿Para qué informar? Se informa para esclarecer, lo que brinda protección y seguridad ante lo desconocido.

- ¿Cómo informar? Este acto está atravesado por el “estilo personal” de cada profesional. En éste se conjugan la forma, la profundidad y la cantidad de información, debiendo adecuarse a la dinámica psíquica y a los tiempos de cada paciente.

- ¿Cuánto informar? Este interrogante se orienta a la amplitud de la información; cómo procesarla y elaborarla es un trabajo psíquico, por lo que algunos pacientes necesitan preguntar y saber todo, y otros en cambio se niegan a escuchar, saber y pensar.

- ¿Cuándo informar? Debería darse suficiente anticipación para que el enfermo tenga “su tiempo de reflexión” dependiendo de las circunstancias y del tipo de cirugía (o intervención) a la que se someterá (la cirugía programada habilita un tiempo de procesamiento). En odontología: cuándo sea necesario aplicar una anestesia para una extracción, a modo de ejemplo, por el temor que suelen tener particularmente los niños a las agujas.

“Así como cada paciente tiene su tiempo para elaborar la crisis que promueven la enfermedad, la noticia del diagnóstico”... y la intervención que le acompañe, “también tiene su modo de decodificar los mensajes que recibe. En esa instancia se debe indagar qué sabe el enfermo, qué quiere saber y en qué

condiciones está de saber; qué piensa de su enfermedad; qué entendió y cómo lo entendió. A partir de ello se trabaja con el paciente, con sus fantasías, mitos, teorías y con sus temores subyacentes. Se trata de un proceso de escucha, orientación, contención y elaboración reflexiva, para hacer explícito lo silenciado. Este proceso, al ser reflexivo, posibilita escuchar y poner palabras que rellenan vacíos en torno a la situación” (p.178).

Técnicas y recursos utilizados en Psicoprofilaxis Quirúrgica en Niños:

- **Modelado:** La técnica de modelado de conducta está basada en la teoría del psicólogo Albert Bandura que postula el *Aprendizaje Vicario o Aprendizaje Social* que es la adquisición de nuevas conductas por medio de la observación y de la imitación. Lo que este autor propone es que no todo el aprendizaje se logra experimentando personalmente las acciones. A diferencia del aprendizaje activo (aquellos conocimientos que se adquieren al hacer las cosas), el aprendizaje vicario o aprendizaje social, es el que tiene lugar observando a los otros. Se aprenden, por tanto, nuevas conductas siguiendo los modelos vistos en otras personas con las que se identifica el que aprende, sin necesidad de práctica. Por ejemplo, los niños, y también los padres, pueden contemplar una cinta de video en la que se muestra cómo otras personas afrontan todas las etapas del proceso quirúrgico, así aprenden por imitación cómo deben actuar ante esa situación.

- **El juego médico:** En el mismo, se utiliza material inofensivo propio del lugar donde se realizará la intervención (máscaras, jeringuillas, muñecos anatómicos). Éstos permiten que los niños expresen sus emociones y que se familiaricen con muchos de los objetos que verán durante su hospitalización (o ingreso a la sala).

- **El dibujo:** Permite que los pequeños representen cómo imaginan que será la operación (o intervención), manifestando sus ideas y creencias y a partir de ellas el profesional podrá intervenir para modificar las ideas erróneas

- **Distracción:** El uso de estas técnicas es aconsejable en situaciones puntuales. Tienen como objetivo “distraer” o alejar al paciente de sus pensamientos, sentimientos y sensaciones, por un período corto de tiempo. Es decir, que cambie su foco atencional desde el interior al exterior. Es conveniente entrenar

a los chicos a distraerse, es decir a prestar atención a algo diferente al dolor, por ejemplo, ejercicios de respiración, libros con actividades, cuentos, actividad verbal, centrar la atención en objetos de la habitación, etc.

- Relajación: Su objetivo es disminuir los signos corporales asociados a la ansiedad. Dentro de ellas están el control de la respiración (disminuir el ritmo respiratorio, y aumentar el ingreso de aire) y la relajación progresiva de Jakobson, proceso mediante el cual un individuo es capaz de lograr determinado grado de distensión muscular y psíquico empleando diversas estrategias. La relajación debe ser anterior a la distracción, a los fines de potenciarla; sin embargo también es necesaria para que los niños presten atención a las palabras de los profesionales.

Merea (1981), plantea que una de las técnicas utilizadas en Psicoprofilaxis Quirúrgica es la del *juego dramático*. Se trabaja observando y proponiendo *situaciones dramáticas y juego de roles*, tratando que el niño alterne distintos guiones: Paciente, médico, mamá, papá, enfermera, etc. Para ello debería contar con una caja de juego propia, en la que se incluya elementos adicionales que no se guardan en la misma (muñecos articulados de médico, enfermera, camillas, etc.).

Mediante los juegos de personificación, los niños pueden internarse en algunas experiencias emocionales, antes que éstas se produzcan (Haller, Talbert & Dombro, 1978).

Melanie Klein (1955), manifiesta que *el juego* es el lenguaje simbólico esencial del modo de expresión del niño. Éste no sólo representa cosas que le interesan al pequeño, sino que están ligadas a sus fantasías, deseos y experiencias.

La psicología en tanto ciencia aporta una lectura integradora, ya que no es posible considerar un único factor causal en la etiología de enfermedades (sean orgánicas o psíquicas, quirúrgicas o no), sino múltiples factores o dimensiones mutuamente implicadas (Mucci, 2004).

Concluyendo...

Se podría considerar que “lo esperable es que la cirugía (o intervención odontológica) sea atravesada como vivencia de estrés, y no como vivencia traumática”.

Para distinguirlas, la vivencia de estrés “...remite a la reacción general de alarma ante una amenaza y tiene carácter anticipatorio. La persona percibe indicadores que le permiten individualizar el peligro e intentar tramitarlo.” (Mucci, 2004 pp. 88-89).

Siguiendo a López Rosetti (2005), se entiende al estrés como una función normal del organismo que procede de su interacción con el estresor, siendo la clave del manejo del estrés, la adaptación a las circunstancias. Una de las formas de vivenciar el estrés es como amenaza, que probablemente sea la fuente más común del estrés psicológico. Surge cuando un sujeto se ve expuesto a un daño que todavía no ha ocurrido, pero que es posible o inevitable en un futuro próximo. A raíz de esto el sujeto se preocupa por lo que va a suceder e intenta imaginar cómo será, cuándo ocurrirá y qué podría hacer al respecto; si puede anticiparlo, podrá prepararse para ello y por ende evitarlo o mitigar su gravedad.

Por el contrario, en lo traumático el suceso no se puede predecir: no hay anticipación, ni indicadores que permitan detectarlo. Ante ello, el sujeto está en posición de receptor pasivo, la *angustia automática* es determinante y denuncia los efectos de la situación: el individuo sucumbe ante la magnitud intrusiva del estímulo (Mucci, 2004). “...Lo que las diferencia es la manera en que cada sujeto detecta, percibe, interpreta y significa una amenaza...” (Benyakar, 2003).

Para el ejercicio odontológico son igualmente válidas las consideraciones respecto a la utilización de las estrategias de psicoprofilaxis quirúrgicas (generales), atendiendo con ello a la necesidad de anticiparnos y por ende, de preparar al paciente para las mediaciones que deban llevarse a cabo. Más aún para los pacientes niños, debido a su vulnerabilidad, por el momento que atraviesan de plena “formación y estructuración psíquica”.

Asimismo, son también eficaces las técnicas descritas, siempre que se tengan en cuenta las particularidades de cada paciente: como el período evolutivo que está atravesando; su historia; las redes de contención con las que cuenta; las experiencias previas médicas y odontológicas que afrontó; si hay, o no, conciencia de enfermedad – (éste último como el reconocimiento respecto a la importancia y a las razones de tener que pasar por el odontólogo, por ejemplo) como el contexto general, y el institucional en particular; así como por el tipo de intervención que se le realizará. Respecto a esto último, debe tenerse en cuenta que lo importante es cómo vive ese sujeto esa intervención, es decir lo *subjetivo*, independientemente de la complejidad o no de la mediación.

BIBLIOGRAFIA:

- Alonso López, J., (2005). **Programa de Preparación Psicológica en Cirugía Infantil Programada.** *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual* 3, 56-70.
- Benyakar, M., (2003). En Mucci, M., (2004), **Psicoprofilaxis Quirúrgica: una práctica en convergencia interdisciplinaria.** Buenos Aires: Paidós
- Caplan, G., (1996). **Principios de Psiquiatría Preventiva.** Buenos Aires: Paidós.
- Erickson, E. (1959). Seminario 2: **Atención en Crisis.** En Manual de Cátedra Psicología Evolutiva del Adulto y la Senectud, (2005), Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba.
- Freud, S., (1917). En Mucci, M., (2004), **Psicoprofilaxis Quirúrgica: una práctica en convergencia interdisciplinaria.** Buenos Aires: Paidós.
- Giacomantone, E. & Mejía A. (1997). **Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico: El impacto emocional de la cirugía.** Buenos Aires, Paidós.
- Haller, J., Talbert, J. & Dombro, R., (1978). **El niño hospitalizado y su familia.** Buenos Aires: El ateneo
- Klein, M., (1955). Capítulo 1: **La Técnica Psicoanalítica del juego: su historia y significado.** En Manual de Cátedra Psicología Clínica, (2005),

- Melillo, A., Estamatti, M. & Cuestas, A., (2000). Capítulo 4: **Algunos fundamentos psicológicos del concepto de Resiliencia**. En Manual de Cátedra Psicología Sanitaria A, (2004), Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba.
- Merea, A., (1981). En Giacomantone, E. & Mejía, A., (1997). **Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico: El impacto emocional de la cirugía**. Buenos Aires: Paidós.
- Miró, J. & Otros. (1998), Cullen, K. & Otros. (1990) & Quiles, M. (1999). En Alonso López, J., (2005). **Programa de Preparación Psicológica en Cirugía Infantil Programada**. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual* 3, 56-70
- Mucci, M. (2004). **Psicoprofilaxis Quirúrgica: Una práctica en convergencia interdisciplinada**. Buenos Aires, Paidós.
- Rodríguez Velásquez, M., Dearmas, A., Sauto, S., Techera, S., Perillo & P., Suárez, A., et. al, (2005). **Trabajo de Investigación en Psicoprofilaxis Quirúrgica Pediátrica**. *Archivos de Pediatría del Uruguay*; 76 (1): 27-37.
- Trabajo Final de Tesis (2008): Jorgelina Carreggio y María Gabriela Zamar. **“La función del psicólogo en la psicoprofilaxis quirúrgica desde la perspectiva de psicólogos y cirujanos, en hospitales oficiales de niños de la Ciudad de Córdoba”**. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba.