

# Respuesta Emocional del Paciente Quirúrgico

Lic. Maite Herrera Gómez\*

Herrera Gómez, Maite. *Respuesta Emocional del Paciente Quirúrgico*. Centro Médico. 1992; 38:46-49.

## RESUMEN

Bajo la concepción básica de hombre como totalidad mente-cuerpo y el énfasis en la prevención más que en la terapia, a continuación se exponen una serie de consideraciones acerca de la respuesta emocional esperada por parte de los pacientes quirúrgicos en base a características etarias o de desarrollo, así como las diferencias existentes entre la ansiedad preanestésica y preoperatoria, para luego esbozar las respuestas a los interrogantes básicos que cabría formularse en cuanto a la puesta en práctica y eficacia de programas preventivos breves de atención psicológica para los pacientes quirúrgicos dentro del marco hospitalario.

## ABSTRACT

An analysis is done on valuable considerations in relation to emotional response to surgery in different age groups, grade of development and pre and post anesthetic the anxiety and different responses studied.

## PALABRAS CLAVES

Paciente Quirúrgico, Ansiedad y Respuesta Emocional

-¿Qué tal? ¿Que tienes hoy?

-Una vesícula ¿y tú?

-Una rodilla y tres pies.

-¿...?

Comentarios como éstos pueden resultar semejantes a los escuchados en un ascensor o pasillo de algún hospital. Las interrogantes podrían representar a quienes como yo, no logramos entender del todo la conversación ¿es esta la idea de esa manera de hablar?, ¿es la prisa?, ¿el hábito?, ¿el ascensor? o quizás el reflejo de algo más profundo, una actitud o concepción de "hombre distinta, producto de cada día mayor Superespecialización de los profesionales de la salud.

"Esta desaparición casi total del médico general" hace, junto con una desgracia internacional que es la superespecialización, la atomización de las personas, la Fragmentación del paciente" (Figura Riquez, 1979).

Sin embargo, esta Superespecialización y Fragmentación del ser humano no ocurre sólo en la Medicina, sino también en el resto de disciplinas que se ocupan de su estudio. Probablemente escucharíamos frases equivalentes a la anteriores si nos encontráramos en un pasillo de un servicio de Psiquiatría, alguna institución correccional e incluso educativa.

Hay cada vez una más acentuada especialización-diferenciación y una menor integración de conocimientos y hallazgos siguen y seguirán existiendo los profesionales que se encargan del hombre "Sano" y aquellos otros que se encargan del hombre "Enfermo", como si realmente se tratase de entes diferentes. Y si se habla de enfermedad, los campos de los trastornos de la Mente y el Cuerpo se encuentran muy bien delimitados profesionales y hasta institucionalmente.

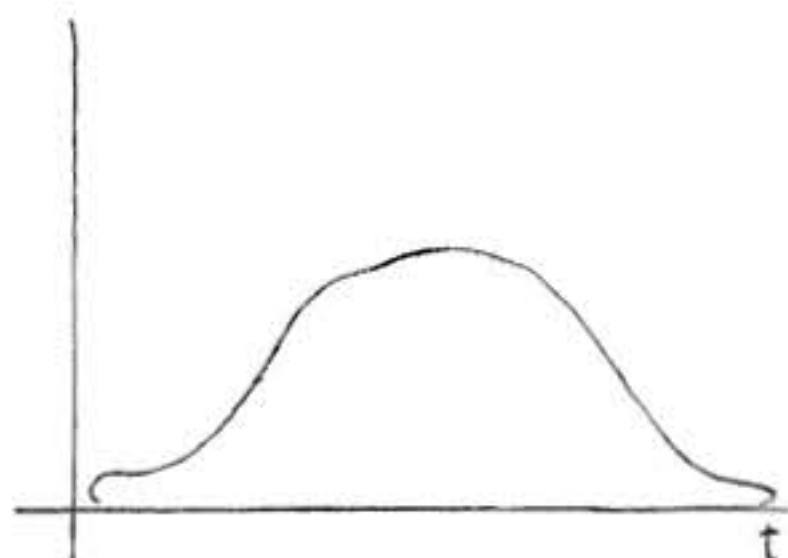
Por lo que pareciera que en la medida en que cognoscitivamente se progresa o logra "entender más al ser humano, se da paradójicamente un "divorcio" de ese hombre como hombre, Total y Unico, sencilla y esencialmente humano.

No se trata aquí de pretender resolver el dilema mente-cuerpo debatido desde hace tantos siglos, ni de solucionar el conflicto entre cientificistas y humanistas y mucho menos de oponerse a la superespecialización de los profesionales que se ocupan del hombre "sano" y "enfermo", sino más bien en soñar con que en algunos años dentro del medio hospitalario, pueda lograrse la coordinación efectiva de los profesionales de la salud (tanto física como mental), en pro del Bienestar Integral del paciente, al considerarlo en su totalidad y unicidad; y, al mismo tiempo progresar, en el sentido de dar un mayor énfasis o importancia a la prevención y no sólo a la terapia o curación.

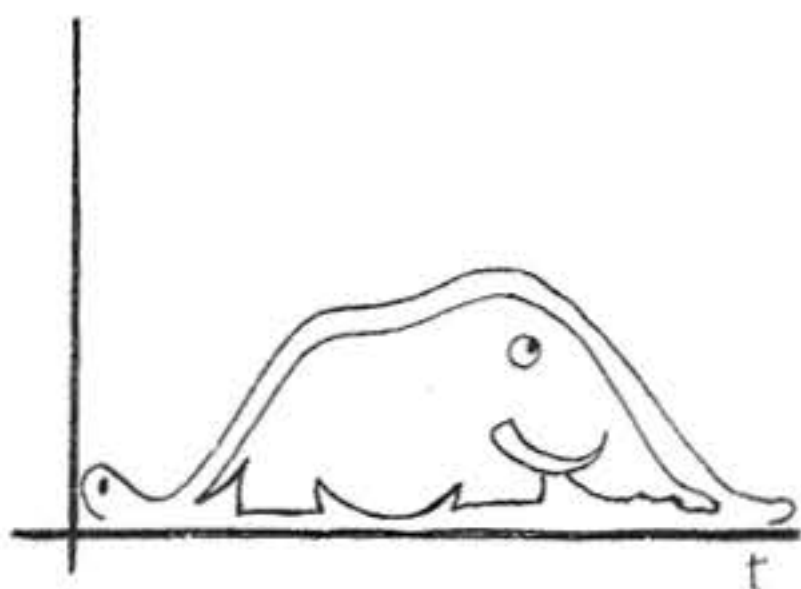
El Estado Emocional del paciente quirúrgico puede describirse aproximadamente como se ve en la figura 1. Dicho estado

(\*) Departamento de Anestesia - C.M.C.

DIBUJO Nº 1



DIBUJO Nº 2



emocional es de hecho tomado en cuenta por el personal médico y paramédico del hospital, se trata de algo que está siempre allí y que ciertamente puede ser reconocido, pero, si les pidiéramos a ellos mismos que lo identificaran con algo probablemente lo harían con un objeto neutro se les parecería quizás a un sombrero.

Percepción que recuerda a Antoine, el aviador de la historia del principio, cuando describe aquella que tuvieron los adultos de su infancia a partir de su dibujo Nº 1, absolutamente desligada de todo lo que estaba pasando dentro de él.

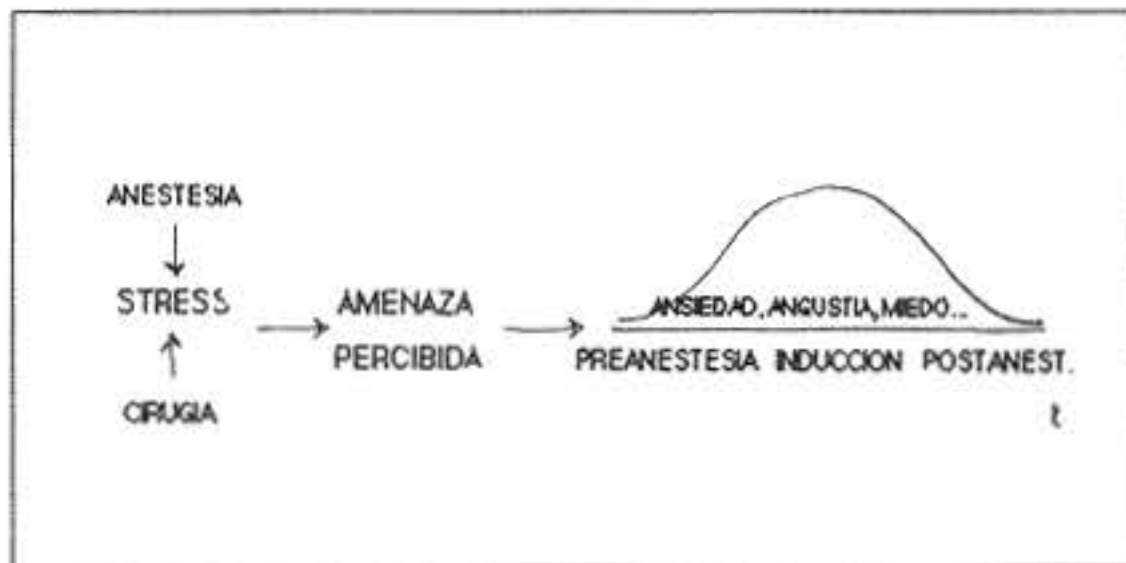
Para el paciente, su estado emocional, no se asemeja de modo alguno al sombrero antes descrito, ya que no se trata de algo que pueda quitárselo de la cabeza como un sombrero, sino que se encuentra siempre allí, desde el momento en el que conoce la noticia y fecha de cirugía. El paciente percibe claramente, como lo hacen los niños, que realmente se trata de una boa que se tragó a un elefante e intenta expresar y explicar en su lenguaje particular, todo aquello que siente y piensa tal como lo hizo Antoine con sus adultos en su dibujo Nº 2.

Y es precisamente en la aproximación y manejo de este contenido fantástico o amenaza percibida por el paciente frente a la cirugía, que el papel del terapeuta emocional adquiere importancia, ya que el médico tratante o cirujano, la mayoría de las veces no por frialdad o distancia, sino más bien por protegerse a sí mismo (en su sensibilidad) y en beneficio del paciente puede aparecer como desligado de la emocionalidad del mismo, y sin

embargo, estar actuando del modo más conveniente posible.

De lo contrario, es decir si se involucra emocionalmente con éste, podría caer en complacencias, así como en la demora de procedimientos dolorosos o invasivos, que no en pocas ocasiones entorpecerían o complicarían su tratamiento y recuperación. Por esto, un profesional, en cuyas manos no se encuentra la responsabilidad directa del tratamiento o "agresiones" médicas, aparece como el personaje idóneo para ser el depositario y organizador de las angustias y temores del paciente y sus familiares.

La necesidad de Cirugía y la Anestesia que ésta implica pueden considerarse como fuentes de Stress independientes (Aberastury, 1987), pero ambas, sumen al paciente del mismo modo, a un estado sistémico multidimensional (fisiológico y psicológico) de stress preoperatorio.



La forma de la curva o estado emocional va a depender de lo imaginarias, reales o potenciales que resulten las Amenazas Percibidas. La naturaleza de dichas amenazas depende de ciertos factores que interactúan entre sí: edad y nivel de desarrollo emocional y cognitivo alcanzado, -Experiencias previas con situaciones -Cantidad y calidad de apoyo emocional que reciba de sus familiares y otras personas (Wolfer y Visintainer, 1975).

Las amenazas percibidas y el estado emocional resultante frente a la anestesia y cirugía, varían indudablemente según el desarrollo emocional y cognitivo del paciente. Diferencias que se hacen más marcadas e identificables a medida que aumenta la edad. la ansiedad de los niños más pequeños, Lactantes y Preescolares, es primordialmente una ansiedad de separación, un temor significativo hacia los extraños y quedar solos y abandonados (Ausubel, 1983), es decir, que en este período las manifestaciones de oposición a la cirugía son quizás las manifestaciones de ansiedad y resistencia a la separación de sus padres (en especial de la madre).

Los Escolares generalmente muestran menor ansiedad por la separación de sus padres y sus temores se centran más en las consecuencias indirectas de la intervención o "agresiones" médicas que en la cirugía en si (Ausubel, 1983); en especial las inyecciones, observándose como generalmente les preocupa más la inyección previa a la inducción anestésica que el estado de inconsciencia de la anestesia o la cirugía misma (Pericchi, 1986). El estado de inconsciencia de la anestesia, que para el adulto resulta quizás la máxima amenaza por su semejanza con la muerte, no le preocupará sino por lo general hasta bastante más adelante, a menos que en su núcleo familiar se utilice dicho estado

de letargo, en frases como "se durmió y se fue al cielo", para dar explicaciones acerca de las muertes de familiares o mascotas.

En la Adolescencia y más aún en la Adulthood, la cirugía representa la "reparación de lo dañado" y la preocupación quirúrgica generalmente se refiere al dolor postoperatorio, mientras que la anestesia significa pérdida de control y autonomía (amenazas que resultan muy importantes en la adolescencia), y, el sometimiento a un estado de inconciencia semejante a la muerte (que corresponde a la máxima preocupación de los adultos).

Las diferencias entre los niveles de ansiedad ante la cirugía y a la anestesia no solo dependen de estas situaciones per se, sino también de las percepciones también diferenciales que generalmente se establecen entre la imagen del cirujano y del anestesiólogo. Hay diferencias importantes en la manera como el paciente se relaciona con estos especialistas: Mientras el cirujano es elegido por él en base a una larga lista de recomendaciones de familiares y amistades, el paciente por lo general no interviene en la elección del anestesiólogo, sino que ésta ocurre al azar. Mientras en el cirujano proyecta aspectos omnipotentes, que lo convierten en un "superhombre", mago ejecutor, personificación de la esperanza, en el anestesiólogo lo hace con todas sus dudas ansiedades y temores, este personaje es un ser desconocido, enmascarado y misterioso, encargado además de provocar ese estado de inconciencia tan similar a la muerte.

Por otra parte, en relación a la participación profesional para el manejo adecuado de la respuesta emocional del paciente quirúrgico, cabría realizar una breve revisión de los interrogantes básicos que pudieran formularse en torno a la puesta en funcionamiento y eficacia de este tipo de programas preventivos de atención psicológica dentro del marco hospitalario.

El Por qué. Siempre habrá pacientes capaces de afrontar la cirugía sin necesidad de ayuda fisiológica, y otros en cambio, cuya alteración emocional resulte tan importante que trascienda el alcance de este tipo de terapia de apoyo, breve o de urgencia. Sin embargo, la mayor parte de los pacientes quirúrgicos, tanto pediátricos como adolescentes y adultos, obtendrán beneficios considerables de este tipo de programas preventivos, al reducir la cantidad y calidad de efectos residuales o secuelas de tipo emocional o psicológico que pudieran quedar como resultado de la experiencia quirúrgica (Melamedy y col., 1978; Wolfer y Visintainer, 1975; Peterson y Shigetomi, 1981; Twardosz y col., 1986; Wallace, 1987; Goldman y col., 1988., Edwinson y col., 1988).

¿Qué es? Es una forma de terapia breve-intensiva que a través de los procesos de aprendizaje de lo desconocido, desaprendizaje de lo distorsionado y reaprendizaje, ayuda al paciente a descubrir y utilizar mejor sus recursos para afrontar la experiencia quirúrgica (Bellak y Siegel, 1986).

El cómo se refiere al Proceso a seguir en el manejo de la respuesta emocional del paciente, considerando los factores que la determinan (mencionados con anterioridad). Existen diferentes métodos de preparación psicológica, que de modo particular considera alguno o la totalidad de los factores que determinan la naturaleza de las amenazas percibidas (edad y nivel de desarrollo, historia personal, cantidad-calidad de información y apoyo

emocional que reciba). Cada uno de ellos posee sus ventajas y desventajas, costos y beneficios, así como diferentes niveles en la cantidad y calidad de información, el contacto personal y la oportunidad de participación para el paciente.

Información, el contacto personal y la oportunidad de participación para el paciente.

	Información	Contacto personal	Participación
* Folletos	✓		
* Audiovisuales	✓		
* Sesiones preop. preanestésicas	✓	✓	✓
* Visitas-sesiones postoperatorias	✓	✓	✓

En todos se puede graduar la cantidad y calidad de la información a impartir en función de la edad y desarrollo esperado, pero sólo en las sesiones pre y postoperatorias se consideran además su historia personal, y se da la oportunidad de participación y apoyo emocional a través del contacto personal. La elección de uno y otro de estos métodos de preparación y seguimiento, dependerá de multiplicidad de factores, algunos propios del paciente, así como también de otros que le son ajenos, como la libertad o limitaciones de tiempo, espacio y personal asignado a estas funciones dentro de la dinámica habitual de la Institución hospitalaria, lo cual responderá respectivamente a los interrogantes ¿Cuándo?, ¿Dónde?, ¿Quién? y ¿Para Quién?.

Como conclusión podría decirse que la aproximación diagnóstica y terapéutica del estado emocional del paciente quirúrgico será más efectiva y útil, tanto para el paciente como para el personal que colabora en tratamiento, en la medida en que tome en cuenta para cada paciente el conjunto de relaciones especiales y únicas que se establecen entre éste y su enfermedad, sus médicos y el medio hospitalario (que a su vez va a depender de cómo haya sido su historia personal y cómo haya aprendido a manejar este tipo de experiencia dentro de su núcleo familiar temprano), a través del establecimiento de una relación personal de confianza, seguridad y continuidad.

#### BIBLIOGRAFIA

- Ausubel, D. y Sullivan, E. El Desarrollo Infantil - Vol 2. Desarrollo de la Personalidad. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1983.
- Bellak, L. y Siegel, H. Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. Editorial Manual Moderno, México, 1986.
- Buartein, S. y Meinchenbaum. The work of worrying in children who undergoing surgery. Journal of Abnormal Child Psychology, 1979m 7, 121-132.
- Edwinson, M. y Col. Psychologic preparation program for children who undergoing acute apendectomy, Pediatrics, 82(1), 30-36, 1988.
- Herrera, M. Relación entre Clima Familiar y Ansiedad Preoperatoria en Pacientes Pediátricos de Edad Escolar. Tesis U.C.A.B., 1989.

Melia, J. y Gómez, F. Hacia una comprensión de la relación médico-paciente con dolor. Revista de la Asociación Venezolana de Psicoanálisis, 1984, 1, 285-300.

Peterson y Shigetomi, C. The use of coping techniques to minimize anxiety in hospitalized children. Behavior Therapy, 1981, 12, 1-14.

Pericchi, C. El niño enfermo. Editorial Herder, España, 1986.

Risquez, F. Medicina Critica. Boletín Informativo de la Sociedad Venezolana de Medicina Critica, 5 (Enero-Marzo), 1979.

Twardosz, s. y col. A comparison of three methods of preparing children for surgery. Behavior Therapy, 1986, 12, 14-25.

Wallace, L. Comunicaciones variables in the desing of presurgical preparatory information. British J. of clinical psycjh. 1987, 25, 111-118.

Wolfer y Visintainer. Pediatricsurgical patient's and parents stress responses and adjustment. Nursing Research. 1975, 24, 244-255.