

Trabajo de investigación en psicoprofilaxis quirúrgica pediátrica. Primera experiencia nacional

LIC. MIRIAM E. RODRÍGUEZ VELÁZQUEZ¹, DRES. ALICIA DEARMAS², SERGIO SAUTO³,
LIC. SILVIA TECHERA⁴, DRA. PATRICIA PERILLO², AUX. ADRIANA SUÁREZ⁵, DR. RUYER BERAZATEGUI⁶

Resumen

Introducción: las ideas que las personas tienen de la cirugía están impregnadas de fantasías con una excesiva carga de ansiedad que impiden un control emocional y recuperación adecuados. La hipótesis del presente trabajo es demostrar que la psicoprofilaxis quirúrgica permite poner en funcionamiento mecanismos defensivos que amortiguan el impacto que implica la cirugía.

Objetivo: demostrar el beneficio de la psicoprofilaxis quirúrgica en niños de edad escolar enfrentados a una cirugía de coordinación.

Material y métodos: se estudiaron 30 pacientes del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) con edades entre 5 y 12 años divididos en dos grupos de 15 niños: un grupo testigo, que recibió información básica, sin intervención psicológica; y un grupo muestra, que recibió información detallada, con intervención psicológica. El estudio comparativo entre ambos grupos se realizó a través de la valoración psicológica y de la variación de parámetros biológicos.

Resultados y conclusiones: la psicoprofilaxis quirúrgica facilitó en este grupo de niños la creación de defensas eficaces permitiendo una conducta adaptativa con un monto de ansiedad que el Yo pudo controlar, disminuyendo el potencial efecto traumático de la vivencia, demostrando ser efectiva para disminuir el impacto psicobiológico y sus efectos deletéreos en la etapa de recuperación postoperatoria inmediata.

Palabras clave: CIRUGÍA
PSICOLOGÍA MÉDICA

Summary

Introduction: pediatric patients thoughts about surgery are filled with fantasies and excessive loads of anxiety that avoids emotional control and adequate postoperative recovery. Our work hypothesis tries to show that preoperative surgical psychoprophylaxis (SP) help develop defensive mechanisms that reduce the impact that lies within a surgical procedure.

Objective: demonstrate the benefit of surgical psychoprophylaxis in school age children faced with an ordinary surgical procedure.

Materials and methods: thirty patients from the Centro Hospitalario Pereira Rossell between the ages of five and twelve were studied and divided into two groups of fifteen each test group (TG) and sample group (SG). The TG received basic information, without psychological intervention. SG received detailed information with psychological preparation. Comparative study between both groups was made through psychological evaluation and biological parameters variations.

Results and conclusions: SP group facilitated the creation of effective defenses in this group of patients allowing an adaptive conduct with an amount of anxiety that each child could control, diminishing the potential traumatic effect of the experience, demonstrating to diminish the psycho-biological impact and its harmful effects in the stage of immediate postoperative recovery.

Key words: SURGERY
PSYCHOLOGY, MEDICAL

1. Licenciada en Psicología. Psicóloga del Servicio de Cirugía Pediátrica.

2. Médico Anestesiólogo. Anestésista del Servicio de Cirugía Pediátrica.

3. Médico Cirujano. Asistente Clínica Quirúrgica Pediátrica.

4. Licenciada en Enfermería. Jefe de Block Quirúrgico.

5. Auxiliar de Enfermería

6. Profesor Director de la Clínica Quirúrgica Pediátrica

Fecha recibido: 17 de febrero 2003.

Fecha aprobado: 26 de abril de 2005.

*Y los hombres deberían saber que de ningún lado
 más que del cerebro proceden las alegrías,
 deleites, risas, bromas y pesares,
 tristezas, depresiones y lamentaciones.
 Y mediante esto, en un modo especial
 adquirimos la sabiduría y el conocimiento,
 y vemos y oímos y sabemos qué es lo malo
 y qué es lo bueno, qué es lo dulce y qué lo desagradable.
 Por el mismo órgano nos volvemos locos y
 delirantes, y nos asaltan miedos y terrores,
 algunos por la noche y otros por el día,
 y los sueños y los vagabundeos sin fin,
 y las preocupaciones que no son nada adecuadas,
 y la ignorancia de las circunstancias del momento,
 la grosería y la falta de habilidades.
 Todas estas cosas le debemos al cerebro
 cuando no está sano... o cuando sufre
 cualquiera otra aflicción inusual o preternatural*

HIPÓCRATES
 De la Enfermedad Sagrada

Introducción

La psicoprofilaxis quirúrgica (PQ) es un área dentro de la psicología que "...estudia el nivel psicológico de las relaciones que se establecen entre los distintos miembros de la situación quirúrgica y la situación en sí, con el fin de mejorar las condiciones psicosanitarias" ⁽¹⁾.

Toda intervención quirúrgica es un acontecimiento desconocido que irrumpe en la vida cotidiana del niño y su familia o la repetición de una experiencia cargada de afectividad que pudo haber sido desagradable, constituyendo una amenaza a su integridad física y familiar.

Las ideas que las personas tienen respecto de la cirugía están impregnadas de creencias y fantasías que provocan temores y una carga de ansiedad excesiva, impidiendo transitar por esta situación con un control emocional y recuperación adecuados. Diversos autores han señalado la probable relación entre el estado psicológico preoperatorio y la aparición de complicaciones orgánicas posoperatorias ⁽²⁾. Estudios de investigación han demostrado que "la personalidad patológica implicó un riesgo 10 veces mayor de desarrollar frente al estrés quirúrgico una adaptación también patológica" ⁽⁷⁾.

Una preparación psicológica previa a la cirugía ⁽³⁻⁶⁾ permite al niño, y a sus padres, poner en funcionamiento mecanismos defensivos que disminuyen y previenen la producción de trastornos psicológicos de entidad que se manifiestan en el postoperatorio y lo complican. La hipótesis del presente trabajo fue verificar la eficacia de la psicoprofilaxis quirúrgica en niños de edad escolar enfrentados a una cirugía de coordinación.

La importancia de este estudio deriva del hecho de

que la revisión bibliográfica realizada no mostró un análisis similar al realizado en esta comunicación.

Es relevante destacar que el presente trabajo fue posible realizarlo en base a la formación de un equipo interdisciplinario conformado por profesionales de varias áreas de la salud: psicología, anestesiología, cirugía y enfermería.

Material y métodos

El tamaño de la muestra fue realizado para una prevalencia del estrés del 90% y estimando que la intervención sería capaz de reducir el estrés en un 50%. El cálculo fue de 30 pacientes para un nivel de confianza de un 95% y un poder de un 90%.

Las edades estuvieron comprendidas entre 5 y 12 años, divididos en dos grupos de 15 niños cada uno dentro de la población hospitalaria del CHPR. Fueron descartados todos aquellos niños con enfermedades asociadas (neurólogicas, psiquiátricas, cardiovasculares, respiratorias, endocrinas, renales, metabólicas, genéticas, etcétera). El método de selección fue el siguiente: los niños fueron integrados en uno de los dos grupos (GM y GT) en las dos policlínicas de anestesiología semanales del CHPR de la siguiente forma: los tres primeros pacientes atendidos integraron un grupo (GM) en la primera policlínica y los tres primeros pacientes en la segunda policlínica al otro grupo (GT). En las siguientes semanas y en forma alternada, en la primer y segunda policlínica semanal se integraban los niños invirtiendo el orden, es decir que si en la semana anterior en el primer día de policlínica se incorporaron niños en el grupo M, en la semana en curso fueron integrados en el grupo T y a la inversa para el segundo día de policlínica. La inclusión de los niños en este estudio fue hecha luego de obtener el consentimiento informado de los padres.

Todos los niños tuvieron en primera instancia una entrevista con el cirujano, quien realizó el diagnóstico y determinó la necesidad de tratamiento quirúrgico. Las patologías quirúrgicas que presentaron estos niños fueron: hipertrofia amigdalina con vegetaciones adenoideas (n=10); hernias (n=8, siete inguinales, una asociada con hernia umbilical, una umbilical); vegetaciones adenoideas (n=4); criptorquidia (n=3); fimosis (n=3); quiste tirogloso (n=1); vaciamiento petromastoideo (n=1).

En la policlínica de anestesiología ⁽⁷⁾ se realizó la integración de los dos grupos. En el grupo testigo (GT), tanto el niño como el adulto responsable recibieron una información básica, no detallada, sin intervención psicológica. El grupo de la muestra (GM) recibió una adecuada y detallada información sobre los diversos aspectos anestésico-quirúrgicos que iban a producirse y a ser vividos por el niño. La información médica fue brindada como un cuen-

to; se les mostraron las mascarillas, el circuito de ventilación manual, así como fotos de la sala de operaciones, de la de recuperación postanestésica, y del atuendo usado por su personal. En la misma instancia fueron entrevistados por la psicóloga, quien inicia el trabajo de preparación psicológica preoperatorio.

Ambos grupos tuvieron un espacio abierto para aclarar dudas. En lo referente a la metodología:

1) Desde el punto de vista psicológico se utilizaron las técnicas para el diagnóstico y el marco referencial de la teoría psicoanalítica. Con la madre se utilizó la técnica de entrevista semidirigida (focalizada al tema quirúrgico y datos que podrían ser útiles sobre el ámbito familiar y la personalidad del niño); se le orientó sobre determinados puntos considerados de suma importancia para la preparación del niño, facilitándole por escrito una serie de sugerencias importantes para un adecuado manejo de la situación en el ámbito familiar. Con el niño se utilizó la técnica del dibujo libre^(8,9) (se solicita al niño que dibuje lo que desee). Los niños de ambos grupos realizaron sus dibujos en la consulta de policlínica luego de recibida la información; el día de la cirugía, en sala de premedicación; y en el postoperatorio, en sala de internación, previo al alta, con el objeto de que el niño y el familiar más directamente involucrado en el proceso quirúrgico pudieran comunicar lo vivido. Esto último ayudó a detectar las fantasías del niño en torno a lo que hicieron en su cuerpo.

A los niños del GM se les realizó además una entrevista psicológica en policlínica, donde se trabajaron las diferentes situaciones que surgían, apuntando a que el niño pudiera manifestar sus temores y fantasías. Se recogieron los datos a partir de una ficha que se confeccionó expresamente para este trabajo y que tiene una parte enfocada a recabar los datos relevantes y otra parte abierta dirigida a la madre, intentando que ésta pudiera verbalizar lo que estaba sintiendo en relación a la cirugía de su hijo. Esto fue realizado mientras el niño dibujaba. Luego se trabajó con él a punto de partida de su producción gráfica de todo lo referido a la operación. Con este grupo se trabajaron las fantasías y sus vivencias de la cirugía a través de la interpretación de sus dibujos.

En algunas oportunidades el trabajo psicológico se realizó fundamentalmente con el niño, en otras con la madre, dependiendo tal proceder según dónde se detectara el mayor índice de ansiedad. Dada la dependencia que existe en la niñez con las figuras parentales, es de suma importancia que el adulto responsable tenga una carga de ansiedad tolerable para poder transmitir al niño tranquilidad y confianza. A los niños de este grupo (GM) se les entregó un librito con dibujos donde se representa la internación de “un niño” que será intervenido quirúrgica-

mente, con el objeto de estimularlo a que hable de su futura cirugía con las personas que él considere necesario. Las madres recibieron una serie de recomendaciones por escrito, solicitándoles que las leyeran junto al resto de los adultos que rodean al niño en el hogar.

2) Desde el punto de vista biológico, a ambos grupos se les controló la frecuencia cardíaca (FC) y la presión arterial (PA). Estos parámetros fisiológicos fueron registrados en una ficha de recolección de datos y fueron cuantificados en cuatro situaciones: a) en la policlínica de anestesia; b) antes de la premedicación anestésica; c) en sala de operaciones, antes de la inducción anestésica, y d) una hora después de la recuperación anestésica, cuando el niño abre los ojos espontáneamente, responde su nombre y completa órdenes simples.

La presión arterial se registró dos veces en cada oportunidad, con un intervalo de tres minutos, con el paciente en decúbito dorsal, con un esfigmomanómetro de mercurio, por el método auscultatorio estandarizado internacionalmente, expresando la presión sistólica (máxima) y diastólica (mínima) en mm de mercurio, así como la presión media calculada aritméticamente ($PAM=PD+(PS-PD)/3$).

La frecuencia cardíaca fue determinada por palpación del pulso arterial radial o humeral en el minuto en tres oportunidades, entre las medidas de presión arterial.

Ambos parámetros fueron registrados en todas las instancias por el mismo técnico quien desconocía la pertenencia de grupo del niño.

El día de la intervención todos los niños fueron premedicados en la antesala quirúrgica, con midazolam 0,5 mg/kg vía oral diluidos en 5 ml de jugo de manzana sin azúcar, esperando 20 a 30 minutos antes de pasarlos a sala de operaciones.

Análisis estadístico

Para el análisis de las variaciones de la FC y de la PAM se aplicó el test de Student para muestras pareadas y no pareadas, dentro de cada grupo y para comparar ambos grupos en cada instancia, respectivamente. Se consideró significativa una variación de p menor de 0,05.

Resultados

1. De las medidas de los parámetros cardiovasculares

La tabla 1 muestra la distribución por edades, sexo, talla, peso y parámetros cardiovasculares basales, dentro de cada grupo.

Las tablas 2 y 3 muestran los valores promedios de las frecuencias cardíacas y presiones arteriales medias

Tabla 1. Distribución según grupos y caracteres de los pacientes

Características	GM n: 15	GT n: 15
Edad (años)	5-12 M=8	5-11 M=7,9
Sexo masculino	13	9
femenino	2	6
Altura (cm)	113-160 M=130,5	110-149 M=128,5
Peso (kg)	18-43 M=29	17-65,5 M=29,5
PAM (mmHg)	60-102,6 M=86	55-100,6 M=86
FCM (cpm)	65,3-105,3 M=80,6	60,6-112,3 M=79,5

GM: grupo de la muestra, GT: grupo testigo. PAM: presión arterial media en mmHg registradas en policlínica. FCM: frecuencia cardíaca media en ciclos por minutos registrados en policlínica. Se expresan los valores mínimos y máximos y sus promedios (M).

respectivamente cuantificadas en cada niño y en cada instancia.

Dentro del GT, la variación de la FC y de la PAM fueron extremadamente significativas (p menor de 0,0001) y muy significativas (p menor de 0,0009) respectivamente. En cambio, dentro del GM la variación de la FC y de la PAM no fueron significativas (p mayor de 0,1 y de 0,8 respectivamente) (tablas 2 y 3; figuras 1 y 2).

Comparando ambos grupos, para cada instancia, la FC y la PAM variaron significativamente en el postoperatorio (p menor de 0,005) (tablas 2 y 3; figuras 1 y 2).

2. Del estudio psicológico a través del dibujo libre y la entrevista

Los dibujos 1a, 2a, 3a, y 1b, 2b, 3b, corresponden a dos niños representativos del grupo M, y los 1c, 2c, 3c, y 1d, 2d, y 3d, a dos niños representativos del grupo T. La comparación a nivel gráfico entre ambos grupos, así como lo verbalizado en las entrevistas por los niños y sus padres en las diversas instancias (policlínica, sala preoperatoria y postoperatoria) demostró diferencias sustanciales. Los niños del grupo M manifestaron menores niveles de angustia y menor efecto traumático, en tanto que en los niños del grupo T se constató que el aparato psíquico no pudo poner en funcionamiento mecanismos defensivos que le permitieran controlar la ansiedad, siendo desbordado por contenidos persecutorios y desestructurantes.

Tabla 2. Frecuencia cardíaca promedio (latidos por minuto)

Lugar de registro	GM n: 15	GT n: 15
Pol. A	79,5	80,6
Antesala	82,7	90,9
Sala op.	87,7	97,5
Postop.	88,2	100,5

GM: grupo de la muestra; GT: grupo testigo. Pol A.: Policlínica de anestesia; Antesala: antes de la premedicación; Sala op.: sala de operaciones, antes de la inducción anestésica; Postop.: postoperatorio.

Tabla 3. Presión arterial media promedio (mmHg)

Lugar de registro	GM n: 15	GT n: 15
Pol. A	85,0	85,3
Antesala	83,5	82,4
Sala op.	86,0	80,1
Postop.	83,8	91,1

GM: grupo de la muestra; GT: grupo testigo. Pol A.: Policlínica de anestesia; Antesala: antes de la premedicación; Sala op.: sala de operaciones, antes de la inducción anestésica; Postop.: postoperatorio.

Discusión

1. De los resultados biológicos

El principal papel del sistema nervioso central (SNC) en la regulación del aparato cardiovascular es integrar la información y ajustar la eferencia tónica de los impulsos nerviosos vegetativos. La estimulación de áreas (motoras, premotoras) de la corteza cerebral produce vasoconstricción cutánea, esplácnica y renal, con elevación de la presión arterial. Estas áreas corticales juegan un rol importante en la modificación de la presión arterial frente a la ansiedad, el dolor y en el ejercicio físico. El estímulo de áreas circunscritas del hipotálamo determina la "reacción de Peiss o de defensa": aumento de frecuencia cardíaca, de presión arterial, de gasto cardíaco, con vasoconstricción cutánea, renal, esplácnica y vasodilatación colinérgica en el músculo esquelético. Estos centros están integrados a otros a nivel del diencé-

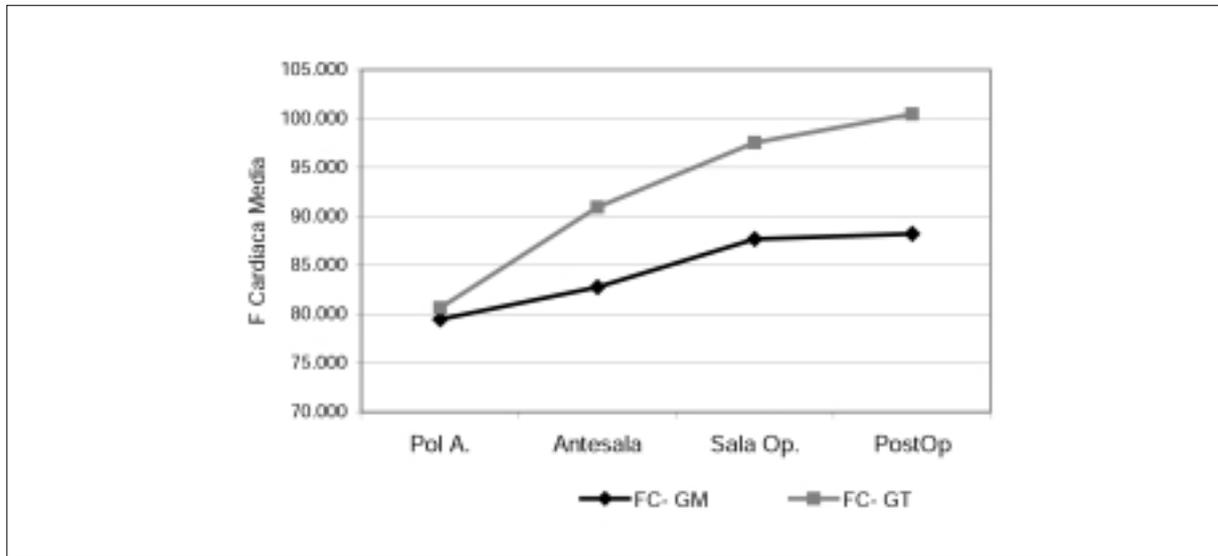


Figura 1. Modificación de la frecuencia cardíaca (FC) promedio en las cuatro instancias del estudio: policlínica de anestesia (Pol. A); antesala, sala de operaciones (Sala Op.) y Postoperatorio (Postop.) para grupo de la muestra (GM) y grupo testigo (GT).

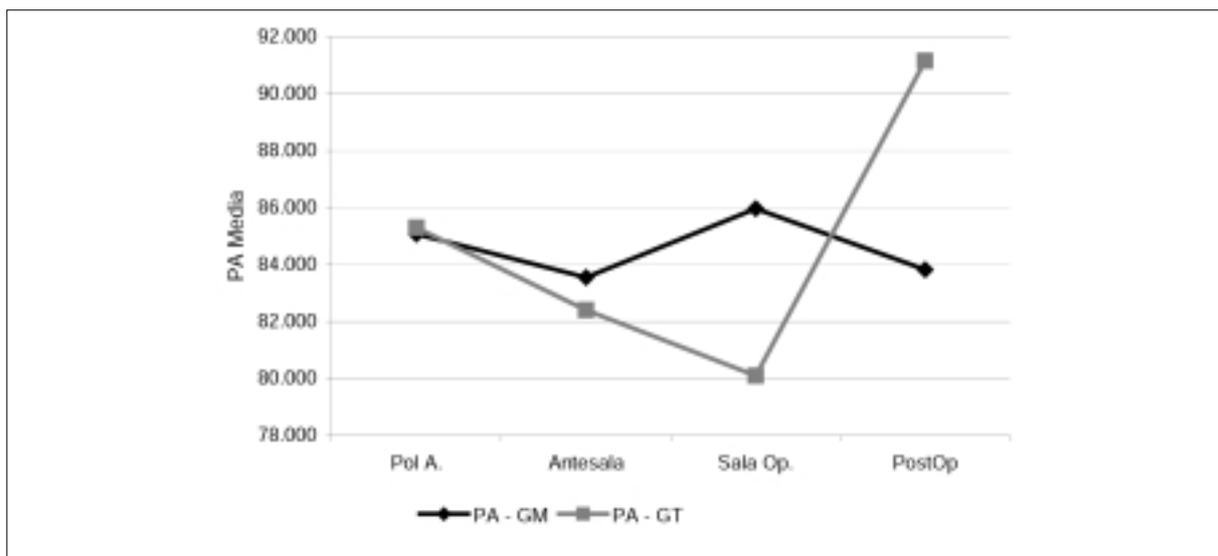


Figura 2. Modificación de la presión arterial media (PAM), en las cuatro instancias del estudio: policlínica de anestesia (Pol. A); antesala, sala de operaciones (Sala Op.) y postoperatorio (Postop.) para grupo de la muestra (GM) y grupo testigo (GT).

falo, el sistema límbico, lóbulos frontales, que tienen que ver con el comportamiento y con reacciones de placer o displacer frente a determinados estímulos⁽¹⁰⁾.

El aparato cardiovascular es un efector más del sistema neurovegetativo, el cual es influenciado permanentemente por la corteza cerebral y los centros nerviosos superiores. Esto explica que la actividad psíquica determine modificaciones en el funcionamiento del corazón y la reactividad de los lechos vasculares periféricos.

Por tanto, no es sorprendente ni casual que la FC y la PAM se modifiquen según el mayor o menor impacto psicológico que se produce frente al anuncio de un tratamiento quirúrgico.

Para cuantificar la repercusión psicológica sobre aspectos biológicos u orgánicos se seleccionaron estos parámetros (FC y PAM) por ser fácilmente cuantificables.

Dentro del GM (figuras 1 y 2) tanto en la FC como la PAM no se observó en nuestra experiencia variación



Figura 3. Dibujos de dos pacientes del grupo M en policlínica (1a, 1b), en antesala (2a, 2b) y en el postoperatorio (3a, 3b).

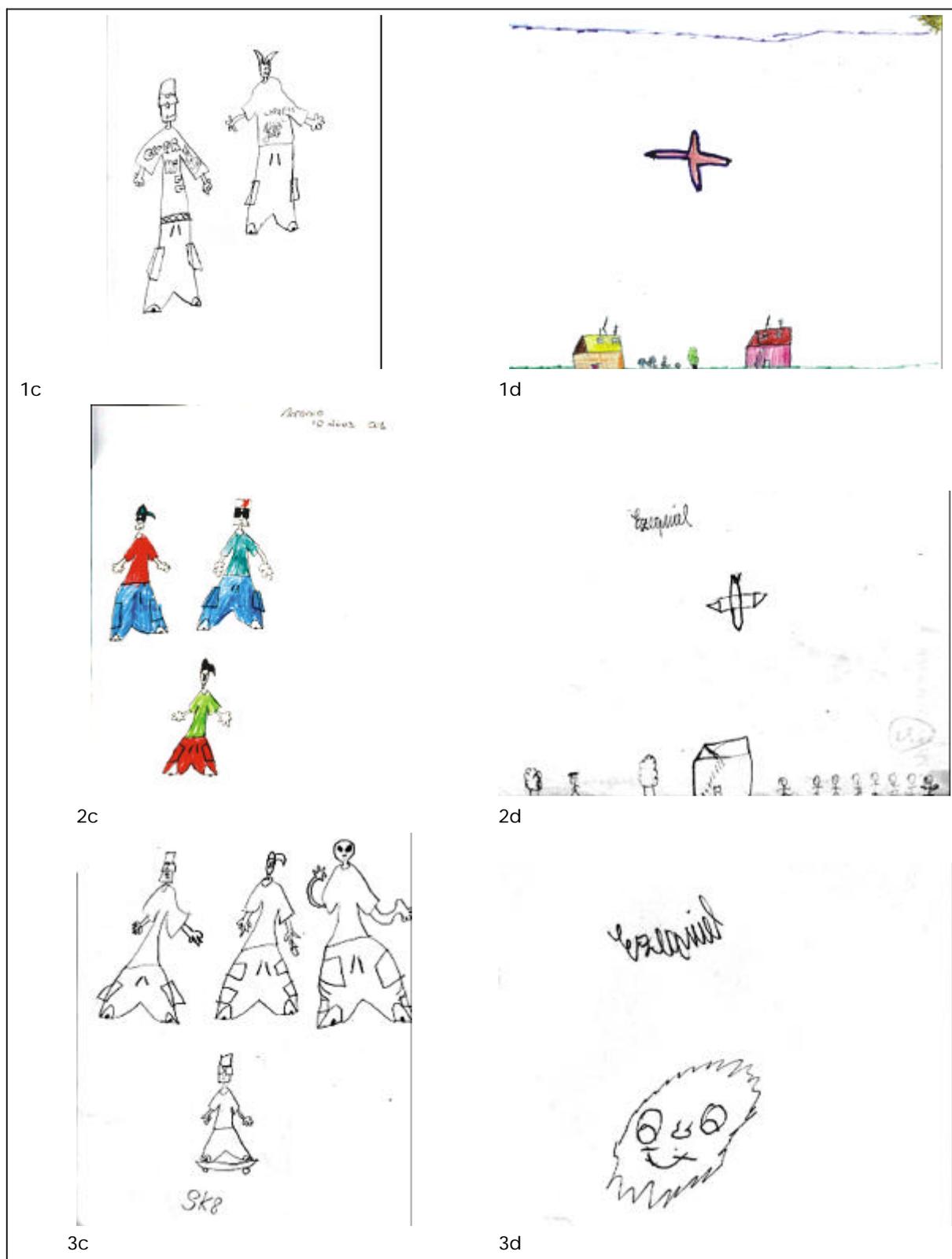


Figura 4. Dibujos de dos pacientes del grupo T en policlínica (1c, 1d), en antesala (2c, 2d) y en el postoperatorio (3c, 3d).

significativa en las diversas instancias (policlínica, antesala de operaciones, sala de operaciones y postoperatorio). Este resultado podría explicarse por el hecho de que los niños de este grupo recibieron atención de psicoprofilaxis quirúrgica y que a través de esta intervención psicológica se logró disminuir el impacto emocional que conlleva el enfrentar un tratamiento quirúrgico, atenuando sus efectos sobre los parámetros biológicos.

Dentro del GT (figuras 1 y 2), la FC y la PAM variaron muy significativamente. Es principalmente en el postoperatorio donde se observó una modificación significativa de la PAM y mayor aún de la FC. Los niños de este grupo, no recibieron atención de psicoprofilaxis quirúrgica, de modo que este resultado estaría indicando que la falta de intervención psicológica preoperatorio aumenta el impacto emocional al enfrentar el acto quirúrgico, incrementándose los efectos sobre los parámetros biológicos.

2. De los resultados de la actuación psicológica

Brindar preparación psicológica a un paciente que debe enfrentar un tratamiento quirúrgico es darle la posibilidad de prevenir posibles complicaciones en cualquier área (cuerpo, mente, relación con el mundo externo). Cuando esto no ocurre, la clínica muestra que se producen alteraciones del sueño o de la alimentación; temores nocturnos; trastornos en el aprendizaje; miedo a nuevas consultas médicas y/o diversas alteraciones de la conducta en un tiempo inmediato o mediato^(11,12).

El poder expresar (situación ésta que refleja posibilidad de concienciación) lo que se siente a través del juego, la expresión verbal o gráfica, produce en el psiquismo niveles de ansiedad tolerables y menor potencialidad de somatización⁽¹³⁾.

El psicólogo actuante hace de traductor a través de señalamientos e interpretaciones. Apoyándose en el conocimiento de la teoría y la técnica, posibilita que los pacientes -en este caso el niño y sus padres- hagan conscientes las fantasías que perturban y desbordan la capacidad que el psiquismo tiene para controlar la ansiedad. En la preparación preoperatoria a través de interpretaciones se trató de movilizar el afecto reprimido para disminuir la angustia automática⁽¹⁴⁾ que por exceso de excitación no puede el Yo dominar. Se logra así que aparezca la angustia-señal que es la consecuencia de una reacción anticipatoria frente al peligro que alerta al Yo del paciente permitiendo la puesta en marcha de mecanismos defensivos y el logro de soluciones adaptativas.

Toda acción ejercida en el cuerpo del niño, sea cual sea su magnitud despertará en éste fantasías y temores

de ser atacado, mutilado y privado de partes valiosas de su propia persona⁽¹⁵⁾.

Este “trabajo psíquico” que se realiza con las fantasías de mutilación, vaciamiento y muerte (movilizadas por la cirugía) permite que las mismas pierdan intensidad y queden bajo el dominio del Yo⁽¹⁶⁾. El esclarecimiento de lo real (de lo que va a ocurrir en contraposición a lo que el paciente o sus padres creen y/o imaginan que va ocurrir) permite al niño enfrentar la cirugía con niveles de angustia tolerables.

Sabido es que el psiquismo sometido a situaciones de estrés, que atentan contra la integridad del Yo, suele poner en funcionamiento mecanismos defensivos que no siempre son operativos, es decir, no siempre facilitan un funcionamiento adaptativo (en este caso, el pasaje adecuado por todo el proceso quirúrgico). En este sentido, a modo de ejemplo, vale mencionar dos situaciones que reflejan un exceso de ansiedad y/o la puesta en marcha de mecanismos defensivos ineficaces: 1) la “idealización”⁽¹⁷⁾ (transferir capacidades y virtudes ideales, en este caso en la figura del médico). Es un mecanismo defensivo necesario en todo acto médico, pero cuando es desmedido no permite que el paciente pueda reconocer las limitaciones del técnico y de los conocimientos científicos, no asumiendo lo que a él le corresponde de responsabilidad. Se crea un vínculo de extrema dependencia no teniendo una participación activa cuando eso se requiera. 2) la “negación”⁽¹⁷⁾: mecanismo que impide al sujeto ser consciente de lo que va a ocurrir o de lo que siente internamente; le permite no sentir angustia pero a costa de negar la problemática y muchas veces la gravedad de la misma. Es ineficaz en la medida que no le posibilita elaborar y buscar soluciones para resolver o atravesar la situación lo mejor posible. Esto favorece el efecto traumático cuando la situación es negada, dejando al sujeto muy vulnerable pues no estaba preparado para tal vivencia. Así, muchas veces la defensa es de ataque al médico que queda como depositario de todo lo negativo.

La clínica demuestra que el “trabajo psíquico” que se realiza en la PQ determina una conducta adaptativa en la medida que la fantasía va siendo desplazada por la realidad, disminuye el nivel de ansiedad, impide un gasto energético excesivo (energía necesaria para la recuperación de la salud) en factores psicológicos y permite el uso de mecanismos defensivos adecuados para la pronta recuperación y el sano relacionamiento con el equipo de salud.

Grupo M (recibió atención psicológica)

El trabajo en policlínica con los padres y con el niño se orientó a que pudieran expresar todas sus inquietudes en torno a la cirugía. Para ello se creó un espacio de escu-

cha, continentador de todas las ansiedades, facilitando la emergencia de fantasías terroríficas existentes y su confrontación con la realidad.

La técnica del dibujo libre aplicada en policlínica fue el punto de partida de este diálogo con el niño, observándose que siempre que se creaba este espacio, tanto el niño como sus padres tenían mucho para expresar. Frecuentemente se constató la angustia con manifestaciones muy visibles, así como también cierta calma luego del trabajo psicológico realizado. En otros casos había una “negación” de lo que iría a ocurrir y la tarea se orientó a crear un marco de contención para promover cierto nivel de angustia que permitiera el desencadenamiento de un “trabajo psíquico” que evitara el impacto posterior y la posibilidad de efecto traumático.

Este grupo contó con un espacio continentador de ansiedades persecutorias (constatables de forma evidente: madre o pacientes que se ponían a llorar en la policlínica) lo que determinó que cuando ingresaron al hospital lo hicieron con un monto de angustia aceptable, transcurriendo el proceso quirúrgico y posquirúrgico sin dificultades.

Toda cirugía cuenta con la paradoja que para curarse y recuperar la salud perdida, el paciente debe ser agredido, es como si el niño dijera “es necesaria porque cura y es mala porque pone en riesgo mi vida”. Si el nivel de angustia con que el paciente enfrenta el acto quirúrgico es excesivo hará que magnifique el componente agresivo (dado el impacto y vivencia traumática) o, en contrapartida, lo curativo del mismo. Con respecto a este punto, en este grupo los dibujos posquirúrgicos mostraron el predominio de la vivencia de curación sobre la vivencia de agresión (3a, 3b).

En la policlínica fue donde se constató la proyección masiva de angustia de los padres y del niño: por este motivo los gráficos reflejaron elementos indicadores de ansiedad esperados para la situación: en la figura 1a, el paciente dibuja una camilla con un niño pintado de rojo, como anticipo de la operación; una silla de ruedas, el busto de un prócer que murió y su nombre como forma de preservar y asegurar su identidad. Se trabajaron todos los contenidos de muerte vinculado a su temor a morir. El otro paciente, en la figura 1b, dibuja un paisaje que dice que es para que se recuerde el Día del Cuidado del Medio Ambiente: obsérvense las palmeras cargadas de “cocos” como representantes simbólicos de sus amígdalas que van a ser extirpadas. Se trabajó la preocupación de no “ser cuidada” en todo este proceso y su miedo a morir. En ambos ejemplos representativos de este grupo, había conciencia de lo que ocurriría y por este motivo no se observaron cambios significativos en los dibujos realizados en la antesala de operaciones y en el postoperatorio: en las figuras 2a y 3a, los dibujos reflejan la

misma temática: el fútbol; integrando, luego de la cirugía, a un jugador, un ser vivo, lo cual demuestra menos componentes persecutorios en relación a la policlínica. En las figuras 2b y 3b, el otro niño, dibuja un oso: se observa su desconfianza, la soledad frente a lo que ocurrirá; el uso del rojo en su cuerpo, anticipando el acto quirúrgico; y luego, en el postoperatorio, mantiene la temática pero apareciendo elementos vitales como otro ser vivo y objetos como la cometa que la paciente asoció con la primavera; sin negar la cirugía, ya que se destaca el color rojo en la zona de la garganta.

En ambos ejemplos se observó que los niños no negaron los aspectos agresivos de la experiencia quirúrgica pero al mismo tiempo reflejaron la integración de la vivencia de curación en su cuerpo. Los indicadores de ansiedad en los dibujos (gráficos) reflejaron un control por parte del psiquismo de dicha ansiedad y el predominio de mecanismos defensivos adecuados, favorecido por el trabajo psicológico iniciado con anticipación y que permitió al Yo del paciente neutralizar, “acomodarse” adecuadamente para el impacto que representa la cirugía. Esto también se pudo constatar en la actitud y lo verbalizado por el niño y sus padres en el postoperatorio: relataron todo lo vivido con tranquilidad, había una actitud abierta de confianza y de agradecimiento a todo el equipo de salud.

En síntesis, en el grupo M se constató que el trabajo psicológico (PQ) permitió poner en palabras y gráficos lo fantaseado, haciendo posible que las fantasías del niño y las de sus padres tuvieran un adecuado contacto con la realidad; facilitó la creación de defensas eficaces que permitieron una conducta adaptativa; posibilitó que el paciente, en antesala de operaciones y en el postoperatorio, manifestara un monto de ansiedad que su Yo pudo controlar; y disminuyó el potencial efecto traumático de la vivencia.

Grupo T (no recibió atención psicológica)

En los dibujos realizados por los niños de este grupo en la policlínica se observó mayor negación de lo que iba a ocurrir. Esto se ve reflejado, por ejemplo, en el uso particular del color (el color en las técnicas psicológicas es el representante de la vida emocional, de los afectos del sujeto), observándose la ausencia del color, o el uso remarcado del mismo que daba cuenta de una carga emocional excesiva. De modo que al no haber existido un espacio para expresar lo que sentía, el niño se defendió negando lo que ocurriría o manifestándolo a modo de descarga sin elaboración. En el dibujo de la figura 1c el niño no utiliza el color, expresando su dificultad para expresar lo que siente; lo persecutorio aparece de modo masivo representado por el cráneo con dos huesos cruzados (símbolo de “peligro”). En la figura 1d, el otro

niño dibuja dos casas, una pintada de rojo: hay una percepción de que a una de esas casa-cuerpo algo le ocurrirá; aparece un avión sobrevolando la casa y se observa todo muy pequeño, reflejando vivencia de minusvalía.

Los dibujos de antesala de operaciones reflejaron una situación de peligro masiva, expresando la vivencia de que algo muy riesgoso pondría en peligro su integridad física. En el dibujo de la figura 2c se observa que el niño no cambia la temática en relación a la policlínica (1c) reflejando que no hubo cambio interno en relación a la vivencia de la cirugía, pero aparece el color con mucha intensidad, mostrando que ahora sí lo afectivo emerge con mucha fuerza. El otro niño (figura 2d) dibuja el avión cayendo sobre la casa, expresando que la cirugía parece ser vivida como un ataque sorpresivo.

Esta situación de peligro inminente, no verbalizado, no trabajado, y por tanto muy persecutorio, podría explicar el cambio significativo de los parámetros cardiovasculares en este grupo.

Los gráficos del postoperatorio reflejan el impacto emocional que representó la cirugía: aparecen indicadores de agresividad y/o de muerte claramente expresados, lo que nos permite pensar que hubo un importante efecto traumático. En el dibujo de la figura 3c los personajes aparecen más desdibujados, sin color, y uno de sus personajes es una calavera: la vivencia de muerte se muestra de un modo masivo. También existe desestructuración: obsérvese el brazo-pierna en la calavera de este dibujo (figura 3c). En el dibujo del otro niño (figura 3d) también se observa la vivencia de desestructuración, se transforma en una figura fantasmagórica, sin cuerpo, vacío, expresando que la cirugía fue vivida como devastadora, mutiladora.

Los niños de este grupo (GT) no pudieron integrar el efecto curativo de la cirugía dado que el impacto de lo ocurrido - para lo que no estaban preparados psicológicamente - invadió al Yo del paciente y no le permitió integrar la vivencia de curación. Es por este motivo que se observan en los dibujos del postoperatorio un predominio de contenidos relacionados con la muerte.

La actitud de los padres y de los paciente fue poco comunicativa en la visita que se les realizó en el postoperatorio; muchas veces no pudieron poner en palabras o lo hicieron escuetamente, reflejando confusión sobre lo ocurrido y sobre la evolución; se observó una actitud más defensiva y de huida (la ansiedad persecutoria permanecía, dado que no hubo posibilidad de elaborarla). El hecho de no haber creado un espacio para trabajar las emociones, miedos, preocupaciones, facilitó una conducta poco comunicativa, menos abierta y de menos gratitud con el equipo, con expresiones de disconformidad por el acto quirúrgico o por el trato recibido del equipo de salud. Seguramente la realidad puso al descubierto lo

que habían “negado”, o no coincidió con las fantasías “ideales” que defensivamente habían creado el niño y sus padres, provocando frustración manifestada por el tipo de conducta antes mencionada.

En síntesis, en el GT se observó, en los gráficos (dibujos) realizados en policlínica, indicadores de negación o en contrapartida descarga masiva de ansiedad. Pensamos que la información médica brindada en ese lugar pero sin trabajar psicológicamente (PQ) lo movilizó provocó estas conductas.

En la antesala de operaciones se constató un nivel de angustia que desbordó el psiquismo expresado a través de gráficos que mostraron el inminente peligro de que algo ocurriría que atacaría su integridad física.

Los gráficos del postoperatorio reflejaron el impacto emocional y la vivencia traumática, mostrando que el aparato psíquico no pudo defenderse adecuadamente, siendo desbordado de contenidos persecutorios y desestructurantes.

El seguimiento de los niños de ambos grupos (M y T) permitirá esclarecer el papel de la psicoprofilaxis quirúrgica a largo plazo.

Conclusiones

1. Existe una correlación estadísticamente significativa entre las modificaciones de los parámetros biológicos (FC y PAM) y la existencia o no de una preparación psicológica previa a un tratamiento quirúrgico (PQ). Esto explicaría la mayor posibilidad de repercusión orgánica en el postoperatorio de los niños en quienes no se realiza psicoprofilaxis quirúrgica.
2. El trabajo psicológico previo (PQ) a la cirugía facilitó la creación de defensas eficaces, permitiendo una conducta adaptativa con un monto de ansiedad que el Yo pudo controlar, disminuyendo el potencial efecto traumático de la vivencia.
3. La psicoprofilaxis quirúrgica es efectiva para disminuir el impacto psicobiológico y sus efectos deletéreos en la etapa de recuperación postoperatoria inmediata en la población analizada de pacientes del CHPR.
4. El seguimiento evolutivo de ambos grupos de niños (GM y GT) permitirá esclarecer el papel de la PQ a largo plazo.

Nuestro agradecimiento a:

- Profesor Agdo. de Fisiología de la Facultad de Medicina Dr. Fernando Ginés, por su orientación en la selección, adquisición e interpretación de los parámetros biológicos utilizados en el presente manuscrito.
- Cirujanos de las diferentes especialidades de dicho

hospital, y al personal de block por darnos un espacio que hizo factible nuestro trabajo.

- Dra. Gissel Tomasso, integrante del Centro Latino-Americano de Perinatología (CLAP).

Bibliografía

1. **Mardarás Platas E.** La preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas. En: Psicoprofilaxis quirúrgica. 2 ed. Barcelona : Ediciones Rol, 1990: 19-20.
2. **Giacomantone E, Mejía A.** Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico. En: El impacto emocional de la cirugía. Buenos Aires: Paidós, 1997: 113.
3. **Marx M, Cuaigenbaum D, Oyenard R.** Evaluación preanestésica y quirúrgica en niños. Experiencia preliminar de un equipo multidisciplinario. *Anest Analg Reanim Uruguay* 1995; 12 (2): 45-53.
4. **Pinilla A, Jaramillo J.** Aspectos psicológicos del niño quirúrgico. *Rev Colomb Anesthesiol* 1993; 21 (1): 77-9.
5. **Edwinson M, Arnbjörnsson E, Ekman R.** Psychologic Preparation Program for Children Undergoing Acute Appendectomy. *Pediatrics* 1988; 82 (1): 30-6.
6. **Hatavä P, Olsson GL, Lagerkranser M.** Preoperative psychological preparation for children undergoing ENT operations: a comparison of two methods. *Paediatr Anaesth* 2000; 10: 477-86.
7. **Ramos M, Meilickede L, Luraghi M, Adorno Amado R.** Algunos cambios producidos por el estrés psicológico. *Rev Med Hosp Univ Nuestra Señora Asunción* 1988; 2(3): 55-8.
8. **Siquier de Ocampo ML, Garcia Arzeno ME, Grassano E.** La entrevista inicial. En: Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico. Buenos Aires: Nueva Visión, 1986: 23-46.
9. **Siquier de Ocampo ML, García Arzeno ME, Grassano E.** Defensa en los tests gráficos. En: Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico. Buenos Aires: Nueva Visión, 1986: 237-388.
10. **Best CH, Taylor NB.** Mecanismos de control visceral. En: Bases fisiológicas de la práctica médica. 11 ed. Buenos Aires: Panamericana, 1986: 1414-42.
11. **Glocer F.** Psicoprofilaxis quirúrgica y neurosis quirúrgica en adultos. *Rev Arg Psicol* 1971; 2 (9): 71-89.
12. **Admetlla Admetlla J, Jover Fulgueira S.** Psicoprofilaxis quirúrgica en la infancia. Resultados de un programa hospitalario. *An Esp Pediatr* 1988; 28 (5): 433-6.
13. **Mc Dougall J.** Alegato para cierta anormalidad. Buenos Aires: Paidós, 1993.
14. **Freud S.** Inhibición, síntoma y angustia. En: Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972: 2833-83.
15. **Freud A.** Enfermedad somática y vida psíquica . En: El psicoanálisis y la crianza del niño. Buenos Aires: Paidós, 1977: 131-69.
16. **Freud S.** Recuerdo, repetición y elaboración. En: Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972: 1683-88.
17. **Laplanche J, Pontalis JB.** Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona: Labor, 1981.

Correspondencia: Lic. Miriam E. Rodríguez
Manuel Alonso 1607. Montevideo, Uruguay
E-mail: mirodvel@adinet.com.uy

CON EL INTENTO DE AGILITAR Y MEJORAR LOS TIEMPOS DE PUBLICACIÓN DE LOS ARTÍCULOS ORIGINALES Y CASOS CLÍNICOS SE REALIZARÁN HASTA DOS CORRECCIONES Y EL PLAZO DE ENTREGA A LOS AUTORES Y CADA CORRECCIÓN SERÁ DE CUATRO MESES COMO MÁXIMO