

Universidad Empresarial Siglo 21
Licenciatura en Psicología

Trabajo Final de Graduación

**“PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA
EN NIÑOS DE 2 A 10 AÑOS”**

Alumna: Daniela Vrsalovic. PSI348

Asesores: Lic. Amalia Giorgi

Lic. José Rapela



Año 2008

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	Pág. 5
FUNDAMENTACIÓN.....	Pág. 7
PRESENTACIÓN DEL TEMA.....	Pág. 14
OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	Pág. 14
MARCO TEÓRICO:	
PSICOLOGÍA DE LA SALUD.....	Pág. 16
- Definición y Papel del Psicólogo Clínico.....	Pág. 17
SALUD Y ENFERMEDAD.....	Pág. 20
LA HOSPITALIZACIÓN.....	Pág. 23
LA CIRUGÍA.....	Pág. 25
- Impacto de la Cirugía en el Psiquismo del Sujeto.....	Pág. 26
LA PREPARACIÓN PSICOLÓGICA ANTE EL PROCESO QUIRÚRGICO:.....	Pág. 29
Psicoprofilaxis Quirúrgica.....	Pág. 30
Psicoprofilaxis Quirúrgica en Niños:.....	Pág. 34
- El Proceso Quirúrgico en Niños.....	Pág. 36
- El Papel de los Padres.....	Pág. 42
El Personal Sanitario.....	Pág. 44
INVESTIGACIÓN DIAGNÓSTICA:	
PRESENTACIÓN DE LA INSTITUCIÓN.....	Pág. 50
DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL:.....	Pág. 53
Metodología.....	Pág. 54
Análisis de Datos.....	Pág. 58
Conclusión Diagnóstica (F.O.D.A).....	Pág. 64

PROYECTO DE APLICACIÓN PROFESIONAL (P.A.P):

OBJETIVO Y DESCRIPCIÓN.....	Pág. 65
1º NIVEL DE INTERVENCIÓN “PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA EN NIÑOS”.....	Pág. 67
Encuentro 1.....	Pág. 70
Encuentro 2.....	Pág. 74
Encuentro 3.....	Pág. 80
Encuentro 4.....	Pág. 81
Cronograma de Actividades.....	Pág. 83
2º NIVEL DE INTERVENCIÓN “CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL SANITARIO”.....	Pág. 84
Módulo 1.....	Pág. 85
Módulo 2.....	Pág. 89
Módulo 3.....	Pág. 91
Cronograma de Actividades.....	Pág. 94
EVALUACIÓN DE IMPACTO.....	Pág. 96
BIBLIOGRAFÍA.....	Pág. 98
ANEXOS.....	Pág. 100

AGRADECIMIENTOS

A mi papá quien, desde el cielo, me da las fuerzas y energías necesarias para transitar en la vida sabiendo que todo es posible cuando uno se lo propone y por no dejarme nunca sola.

A mi mamá, a mi abuela Chiquita y a mis hermanas, Carla y Jorgelina, por el amor y la tolerancia incondicional.

A mi gran familia, en especial a mis tíos y a mis primos, por el constante apoyo.

A mis amigas de la vida por el cariño y la compañía de siempre, tanto en mis momentos felices como en los difíciles.

A mis amigas de la Facultad por los años compartidos y por su inestimable ayuda.

A los profesores, la Lic. Amalia Giorgi y el Lic. José Rapela, por su colaboración y aportes de conocimientos.

A la Clínica Neo-Pediátrica NEOFORM.S.R.L de Formosa Capital por brindarme el espacio y la oportunidad de realizar este trabajo.

A la universidad empresarial siglo 21, por la educación brindada.

INTRODUCCIÓN

“El mejor servicio que podemos prestar a los afligidos no es quitarles la carga, sino infundirles la necesaria energía para sobrellevarla.”

PHILLIPS BROOKS.

Tanto el ingreso hospitalario como la experiencia de una cirugía, pueden convertirse en una fuente de estrés psicológico. Es decir, pueden resultar un hecho traumático, si los pacientes y sus familias no reciben la adecuada contención y preparación para poder afrontar dicha situación.

Hoy en día el proceso de adaptación psicológica a las intervenciones quirúrgicas, por lo general, corre por cuenta propia del paciente y su familia; sin encontrar, la mayoría de las veces, el apoyo adecuado y especializado de profesionales entendidos en el tema.

Por lo que, entonces, se hace necesario profundizar en las necesidades que el enfermo plantea durante la hospitalización para poder satisfacerlas y así contribuir a su completo bienestar, teniendo en cuenta que proporcionar un cuidado tecnológicamente adecuado no es incompatible con una asistencia más humanizada.

En base a lo expuesto, surge este proyecto de Psicoprofilaxis Quirúrgica en niños de 2 a 10 años como estrategia preventiva y asistencial, el cual se llevará a cabo en el marco de la Clínica Neo-Pediátrica NEOFORM. S.R.L de la ciudad de Formosa Capital, con la particularidad de que una vez finalizado dicho proyecto, éste quedará al servicio de la institución para ser aplicado.

Principalmente, se apunta a trabajar con la individualidad del niño-paciente y su familia, con el fin de otorgarles los instrumentos necesarios para que puedan transitar el proceso quirúrgico en las condiciones psíquicas más adecuadas y, en consecuencia, poder ayudar en la mejora de la relación médico-paciente con respecto a la comunicación, fundamentalmente en lo que se refiere al proceso de informar de manera adecuada a las necesidades de cada enfermo.

La Psicoprofilaxis, así, introduciría un espacio que posibilita disminuir los efectos, perturbaciones, dificultades o trastornos que presenten los enfermos en su funcionamiento afectivo, cognitivo, interaccional y comportamental.

En suma, pensando especialmente en el niño y en sus padres, dando al mismo tiempo un instrumento útil para el médico y para el personal sanitario, se impone una planificación que se adecue a su realidad, a las características y cualidades de los conflictos emergentes que la operación podría propiciar.

FUNDAMENTACIÓN y ANTECEDENTES

El presente proyecto surge a partir de emergentes manifiestos de la Clínica Neo-Pediátrica NEOFORM. S.R.L. Ésta es una institución con grandes intereses y aspiraciones de implementar entre sus actividades un “servicio de psicología”, el cual esté principalmente destinado a la contención y apoyo emocional tanto del niño-paciente como de sus familiares para así facilitar la labor médica logrando, en consecuencia, una mejora en la atención.

Si bien en años anteriores hubo un intento de instituir dicho servicio en el sector de neonatología, desafortunadamente tuvo unos pocos meses de vigencia, y debió ser desintegrado por falta de presupuesto ya que las obras sociales no proporcionan cobertura para este tipo de servicio dentro de hospitales; este hecho dejó una brecha de necesidad en cuanto a lo que a contención psicológica se refiere. Esta eventualidad hizo dar cuenta tanto a los directivos como al personal sanitario y a los propios pacientes de la necesidad e importancia que significa para la institución en su conjunto un servicio de psicología especializado en contención a los enfermos y familiares, específicamente a niños con indicación de intervención quirúrgica.

La cirugía tiene disciplina, técnicas y ritmos de trabajo activos, rápidos, que impiden, muchas veces, detenerse a pensar en sentimientos, expectativas y preocupaciones de los pacientes. Además, por formación, los médicos parecerían estar acostumbrados a pensar casi exclusivamente en lo orgánico, a diagnosticar y tratar al enfermo para que recupere la salud física. Comúnmente, tienden a mantener un trato relativamente distante y frío con los pacientes y pocas veces se encauzan a entender y atender qué le pasa a la persona, qué siente desde su realidad psíquica.

Aún siendo la cirugía en sí misma un agente terapéutico, un acto médico, los aspectos relacionados con el psiquismo deberían ser considerados. Sin embargo, los procesos psíquicos son, la mayoría de las veces, obviados por los cirujanos (Mucci, 2004).

Lo dicho cobra mayor relevancia cuando se trata de niños, ya que éstos por su edad, ciclo vital por el que transitan, su estructura psíquica, su inexperiencia, etc,

no están lo suficientemente capacitados para afrontar situaciones ansiógenas y estresantes de una manera que no los perjudique a nivel psíquico y emocional.

No obstante, en la Clínica NEOFORM. S.R.L. se trata de no descuidar las necesidades afectivas de los enfermos. En el caso concreto de los pacientes quirúrgicos, el acompañamiento al niño y sus padres durante todo lo que el proceso quirúrgico implica, lo realiza el médico de cabecera cuando los tiempos del especialista lo habilitan, si no los que procuran sostener al paciente y a su familia son los propios cirujanos o los enfermeros del piso.

Conforme a lo mencionado, con este proyecto se aspira cubrir esa falta de "contención y apoyo" al paciente integrando profesionales "psi" a los servicios quirúrgicos infantiles; concretamente, se pretende incorporar la Psicoprofilaxis Quirúrgica en niños, desde un enfoque preventivo-asistencial. Entre otros, el papel del psicólogo, al integrar un equipo de salud, sería el de favorecer un acercamiento determinado y procurar un funcionamiento interdisciplinario que facilite, cuando sea necesario, la comunicación entre sus miembros. Su trabajo con el paciente es bastante específico, actúa de manera situacional, no sólo en el sentido de resolver conflictos, sino también en la promoción de la salud.

Como puede vislumbrarse, el impacto emocional de toda intervención quirúrgica puede ser intenso y nocivo para la salud variando su dimensión en relación a la persona y a su realidad; dicho impacto se produce en el momento en que se indica la cirugía, y sus efectos tienden a visualizarse también durante la internación, la anestesia, la cirugía e incluso tras el alta.

Son muchos y diversos los factores que facilitan esta situación de estrés psicológico. Además de los efectos propios de la enfermedad y de la intervención, juegan un papel importante la hospitalización en un lugar desconocido, los mitos y certezas que giran en torno a la anestesia y todo lo que se refiere a fantasías y suposiciones que emergen del propio paciente y de su entorno.

Si bien, la población a la que apunta este proyecto suele permanecer un lapso no superior a la semana en la clínica, se estima que ya es tiempo suficiente para que el niño mantenga un contundente contacto con los estresores hospitalarios.

Otra de las razones principales que dio origen a la elección del tema, es que al constituirse la intervención quirúrgica en una situación de crisis, se convierte en una ocasión propicia para generar, desde la tarea de psicoprofilaxis, un espacio de

contención que habilite el despliegue y posterior elaboración de fantasías, emociones, mitos y creencias del paciente que giran entorno a la cirugía.

Según Mardarás Platas E. (1990), la Psicoprofilaxis Quirúrgica 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".

Uno de sus objetivos es brindar preparación psicológica a un paciente que debe enfrentar un tratamiento quirúrgico y así darle la posibilidad de prevenir posibles complicaciones en cualquier área.

La intervención quirúrgica, al ser un acontecimiento desconocido que irrumpe en la vida cotidiana del paciente, induciría a que las ideas que las personas tienen respecto de la cirugía estén 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.

Las investigaciones muestran que un estado de ansiedad preoperatorio alto es predictor de un ajuste postoperatorio inadecuado (Mucci, 2004). Los trabajos de revisión analizan los efectos positivos de las técnicas psicológicas antes de la cirugía sobre la recuperación del procedimiento y la recuperación emocional en el postoperatorio (Mumford y otros, 1982; Mathews y Ridgeway, 1984; Suls y Wan, 1989).

Para la cirugía, la importancia de la psicoprofilaxis quirúrgica reside en que actúa en un medio que, por su especificidad relacionada con el binomio salud-enfermedad, se centra en problemáticas ligadas a los actos médicos, el cuerpo enfermo, el padecimiento físico, la operación, el dolor, la cura, el límite entre la vida y la muerte; y en que proporciona instrumentos para actuar en circunstancias médico-quirúrgicas desde un abordaje amplio, flexible y abarcativo. (Mucci, 2004.)

Una preparación psicológica previa a la cirugía permite al niño, y a sus padres, poner en funcionamiento mecanismos defensivos que disminuyen y previenen la producción de trastornos psicológicos que podrían manifestarse en el postoperatorio y complicarlo.

Asimismo, se trata de propiciar la anticipación del evento en la mente del niño y de la familia, para que no se sientan sorprendidos, descolocados y por lo tanto

puedan planificar. Ya que, el trauma representado por la suma de la enfermedad y del ambiente hospitalario puede ser disminuido con una intervención psicológica.

Sin embargo, no hace muchos años, este tipo de atención psicológica no era considerada en el medio hospitalario, y el niño experimentaba una gran ansiedad y/o angustia incluso más importante que la producida por la hospitalización quirúrgica. No obstante, desde hace un par de décadas, los trabajos de investigación han mostrado el interés por estos aspectos psicológicos del niño, en relación con el control del miedo, el dolor y el bienestar físico y emocional.

En la literatura psicológica y psiquiátrica abundan las referencias bibliográficas y de investigación acerca del impacto emocional de toda intervención quirúrgica. Según Mucci, la psicología investiga los procedimientos médicos en tanto estresores y las estrategias para abordar situaciones estresantes. Una de las áreas más investigada es la quirúrgica (véanse Janis, 1958; Egbert, 1964; Lazarus, 1966; Glasserman, 1969; Andrew, 1970; De Long, 1971; Jonson, Leventhal y Dabbs, 1971; Cohen y Lazarus, 1973). Entre las primeras investigaciones, se destacan las de Janis y Egbert, quienes demostraron que si los enfermos recibían información sobre los procedimientos médicos, el estado de ansiedad disminuía.

Aludiendo a la cirugía, Janis (1958) señala que la exactitud de la información promueve expectativas más apropiadas. Melamed, Dearborn y Hermech (1983) observaron que la cantidad de información pertinente correlaciona positivamente con el ajuste psicológico prequirúrgico, con la cooperación del paciente durante la anestesia y con la recuperación posquirúrgica.

Irving Janis (1958) investigó la relación entre la ansiedad, temores anticipatorios e información diagnóstica en una población de enfermos quirúrgicos y estudiantes universitarios. Uno de los aspectos abordados fue el “estrés psicológico”, referido al temor a la cirugía y el comportamiento ante la situación. Con relación a esto, formuló la hipótesis de que si los pacientes expresan temores moderados, utilizan esos miedos para iniciar un proceso que los reduce, al que denominó *work of worry*. El “trabajo de preocuparse” sería una forma de autopreparación que posibilita acciones de carácter preventivo eficaces ante el estresor, antes de enfrentar el peligro de la operación. (Mucci, 2004)

Janis entendía que la ausencia de dicho trabajo caracterizaba a los pacientes que hacían un manejo inadecuado del proceso quirúrgico. Postula que ante

situaciones amenazantes, el miedo provoca conductas y su nivel determina, entonces, la adaptación. De allí, infiere: la recuperación postoperatoria adecuada se asociaría con la presencia de miedos moderados, y una recuperación compleja con miedos exacerbados y un estado de ansiedad alto.

Diversos autores han señalado la probable relación entre el estado psicológico preoperatorio y la aparición de complicaciones orgánicas postoperatorias (Giacomantone y Mejía, 1997). En tanto que, un significativo número de investigaciones sugiere que un estado de ansiedad alto complica la recuperación del procedimiento quirúrgico, probablemente por acción de mecanismos somatopsíquicos que alteran la homeostasis endocrina, lo cual retrasa la reparación de tejidos agredidos, dificultando la cicatrización y aumentando el dolor. (Wallace, 1992)

Como es sabido, el modo de enfrentar la enfermedad cambia de persona a persona, entonces el trabajo psicológico busca mejorar el estado de crisis de la persona, ayudándola a utilizar recursos de su propia estructura, y favorecer una mayor adaptación del paciente a su enfermedad.

La cirugía, como así también la anestesia, despiertan componentes emocionales complejos que no sólo están relacionados con la operación en sí, sino también con las características de la personalidad del paciente, de sus vínculos familiares, de experiencias anteriores de conocidos y de las creencias familiares que rondan. Todas estas cuestiones requieren una preparación psicológica adecuada para poder procesar y elaborar dicha situación.

Para Egbert y otros (1964), la “preparación” influye en la recuperación postoperatoria. En un estudio randomizado de 97 sujetos, instrumentaron una estrategia preparatoria para el estrés en la que quien proporciona la información es el anestesista. El grupo que recibió preparación reportó menos dolor, utilizó menos analgésicos postoperatorios y fue dado de alta antes que aquellos que no recibieron preparación, en un promedio de 2,7 días menos. Esta formulación fue corroborada en otras investigaciones (De Long, 1971; Johnson y otros, 1978; Wallace, 1985; Anderson, 1987; Lesas y otros, 1987).

Por tanto, otro de los objetivos que se pretende lograr con este proyecto es individualizar la asistencia al enfermo quirúrgico y acceder al conocimiento integral de éste, ya que muchas veces, por los tiempos tan apremiantes del hospital, se

tiende a descuidar las emociones de los pacientes y de su familia, como así también la singularidad de éstos. En consecuencia, esa desatención carente de individualidad, puede tornar más vulnerable y sensible tanto al enfermo como a sus allegados.

Se trata de crear un espacio de reflexión para el grupo familiar, ya que los padres también manifiestan angustias, temores y ansiedades con respecto a la cirugía del hijo. Además, la presencia de los progenitores resulta muy significativa porque son el sostén directo del niño y una de las principales vías de transmisión de información. Por tal motivo es de suma importancia prepararlos, puesto que pueden incidir en sus hijos trasladándoles sus propias ansiedades.

Esencialmente, se apunta a trabajar tanto con el niño-paciente como con su familia, para poder establecer entre ellos una red de contención (niño-familia; familia-niño) y un feedback de emociones ventajosas para que así puedan sobrellevar de manera adecuada la cirugía. Además promoviendo fortalezas en ambas partes, se podría constituir una relación de apoyo mutuo y así amortizar las fantasías y ansiedades nocivas para el mejoramiento del niño.

Según M. Mucci (2004), la eficacia del proceso prequirúrgico de información está sujeta a una serie de factores; entre otros, a cómo se proporciona esa información, al estilo comunicacional de quien informa, a la personalidad del paciente y a cómo éste interpreta la información. En este sentido, las respuestas emocionales ante la indicación quirúrgica, atravesadas por la singularidad de cada enfermo, funcionan a modo de obstáculo para planificar estrategias de intervención generalizables. No obstante, da cuenta de su eficacia desde una perspectiva centrada en el costo-beneficio de las intervenciones psicológicas preoperatorias. Los resultados muestran que los pacientes que reciben preparación psicológica previa a la operación reducen los analgésicos postoperatorios (Egbert y otros, 1964; Andrew, 1970), disminuyen la frecuencia de complicaciones (Healey, 1968; De Long, 1971) y reducen el período promedio de internación. (Andrew, 1970; Langer y otros, 1975; Boecke y otros, 1992.)

En definitiva, recibir información pertinente, tener el apoyo emocional necesario, procurar que los padres sigan teniendo su papel, constituyen los “fármacos” más idóneos para disminuir la ansiedad y el estrés que soporta el niño. (Ortigosa Quiles y Méndez Carrillo, 2000.)

Por último, cabe enumerar algunos beneficios que obtendrían los pacientes quirúrgicos y sus familiares con la aplicación de este proyecto:

- El paciente se tranquilizaría y mostraría una mayor adhesión al tratamiento médico;
- Se disminuiría el tiempo de internación; ya que si no se explicita al paciente lo que involucra el proceso de hospitalización, el periodo de recuperación podría resultar más largo de lo esperado;
- El grupo familiar se sentiría acompañado y respaldado;
- Se estabilizarían los niveles de estrés y de ansiedad posibilitando una mejoría en la recuperación tanto física como emocional tras la cirugía;
- Habría un adecuado manejo del dolor, con su consecuente disminución y de la administración de analgésicos postoperatorios;
- Ayudaría en la recuperación del procedimiento del alta;
- Tanto el paciente como su familia manifestarían satisfacción con la calidad asistencial recibida.

Por lo demás, la psicología aporta a la cirugía una mirada específica que permite registrar, de otro modo, la relación del paciente con su enfermedad. No obstante, se puede decir que la psicoprofilaxis quirúrgica no se limita a la asistencia de los pacientes. Tampoco pretende cuestionar y, desde allí, modificar el modelo médico-quirúrgico y su discurso: propone, en efecto, integrarse interdisciplinariamente. El propósito es que tanto médicos como psicólogos puedan ampliar su percepción del sufrir/padecer del sujeto humano (Mucci, 2004).

PRESENTACIÓN y DELIMITACIÓN del TEMA

A partir de la elaboración del presente proyecto se intenta implementar en la Clínica Neo-Pediátrica NEOFORM S.R.L de la ciudad de Formosa una estrategia de intervención preventivo/asistencial en niños con indicación de tratamiento quirúrgico programado.

Se apunta a configurar dentro del marco de dicha institución un programa de Psicoprofilaxis Quirúrgica en niños, para así proporcionarles tanto a ellos como a sus padres los instrumentos necesarios para afrontar los distintos factores psicológicos que acarrea una intervención quirúrgica. Conjuntamente se establece un plan de intervención para capacitar al personal sanitario sobre las formas adecuadas de abordar a los pacientes y a sus familiares, principalmente se propone que esos profesionales resulten aptos para asistir y contener emocionalmente a los niños con indicación quirúrgica.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Elaborar una estrategia de intervención de psicoprofilaxis quirúrgica en niños pequeños como mecanismo preventivo/asistencial aplicable a nivel psicológico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Promover un enfoque de atención integral a la salud, complementando los aspectos tanto biológicos como psicológicos mediante el trabajo conjunto de médicos, psicólogos y enfermeros;

- Incorporar los servicios psicológicos para prevenir, compensar y actuar sobre los efectos psíquicos del proceso de enfermar, dirigiendo la atención al tratamiento directo de determinados problemas clínicos y al apoyo de procedimientos médicos específicos como es la cirugía programada;
- Integrar las estrategias de la Psicoprofilaxis Quirúrgica dentro de las evaluaciones prequirúrgicas;
- Promover en el paciente y familiares un soporte y contención emocional, que ayude en la disminución del estrés que genera cualquier intervención quirúrgica;
- Ayudar tanto al niño-paciente como a su familia a lograr una mejor adaptación a la situación pre y post quirúrgica, estabilizando los niveles de ansiedad y miedos básicos para así facilitar la recuperación física y psicológica;
- Promover la mayor aceptación posible de las limitaciones (físicas y mentales) derivadas de la enfermedad desarrollando estrategias útiles de afrontamiento;
- Apoyar y Mejorar los procesos de información y comunicación entre paciente, familiares y personal sanitario (pediatras, cirujanos, anestesistas, enfermeras, etc.) y de atención con técnicas psicológicas específicas.

MARCO TEÓRICO

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La Psicología es la ciencia que estudia la mente y la conducta humana, su interés se centra en el estudio del modo en que la gente se comporta, piensa y siente, y su alcance es tan amplio como variada es la actividad humana. Por tanto, posee muchas ramas y campos de aplicación.

Rachman (1980) señala que a partir de la década de los sesenta se va produciendo un triple reconocimiento de gran importancia para la psicología aplicada: a) se reconoce que los factores psicológicos influyen en todas las ramas de la Medicina y que, por tanto, la Psicología invade todas las partes de ésta; b) se admite que el psicólogo clínico no tiene que reducir su actividad necesariamente a los problemas psicopatológicos, y c) se acepta que la Psicología puede suministrar concepciones propias sobre la salud y sus problemas. (Maciá, Méndez, y Olivares, 1993).

Una de las ramas de la Psicología es la Psicología de la Salud, una extensión de la clínica psicológica al territorio médico. Se trata propiamente de la psicología (clínica) interesada en el ámbito médico. Esta rama nace a finales de los años 70 dentro de un modelo bio-psico-social según el cual la enfermedad física es el resultado no sólo de factores médicos, sino también de factores psicológicos (emociones, pensamientos, conductas, estilo de vida, estrés) y factores sociales (influencias culturales, relaciones familiares, apoyo social, etc.); es decir, se ocupa del comportamiento humano, de los factores que lo determinan y de cómo inciden en la salud de las personas.

Se trata de un campo que intenta comprender la influencia de las variables psicológicas sobre el estado de salud, el proceso por el cual se llega a éste, y cómo responde una persona cuando enferma. Específicamente, se centra en la promoción de la salud en general desde una perspectiva interdisciplinaria. Su propósito es investigar y abordar problemas vinculados a la salud e incluye dimensiones preventivas y de tratamiento y de rehabilitación de la enfermedad.

Morales Calatayud (1999) la considera como: "... la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud [...]. Le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud. [...] Incluye acciones útiles para la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas, y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que los reciben." (Mucci, 2004, pp. 66)

De esta manera, también se enfoca en el impacto de las instituciones sanitarias y de los profesionales de la salud sobre el comportamiento de los pacientes; y desarrolla, a su vez, recomendaciones en el ámbito del tratamiento y la interacción del sujeto con los profesionales y el sistema sanitario.

A modo de conclusión se puede sintetizar que la Psicología de la Salud pretende ofrecer respuestas a los siguientes interrogantes: ¿Cómo se relacionan los comportamientos humanos con la salud y la enfermedad?, ¿Qué papel juegan las reacciones emocionales en la génesis y evolución de las enfermedades?, ¿Cuáles son los factores de riesgo de tipo comportamental para la salud y cuáles son sus mecanismos de funcionamiento y acción?, ¿Cómo evolucionan los hábitos de salud a lo largo de la vida, cómo se adquieren, hasta qué punto son estables y qué papel juegan en ello las variables individuales? (Latorre y Beneit, 1994)

DEFINICIÓN Y PAPEL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO

Se define al Psicólogo Clínico como el profesional capacitado para aplicar los conocimientos y las habilidades, las técnicas y los instrumentos proporcionados por la Psicología y ciencias afines a cualquier situación humana desde un nivel de análisis psicológico, con la finalidad de investigar, prevenir, evaluar, diagnosticar, explicar, tratar y/o modificar el comportamiento humano en los distintos contextos en que los mismos puedan manifestarse. Además, al estar capacitado para incluirse en la situación de un campo de relaciones humanas, sus intervenciones psicológicas

tienen diversas modalidades y vías concretas de integración con numerosos ámbitos y prácticas de trabajo, como por ejemplo los tratamientos médicos.

El psicólogo, como agente de cambio y de ayuda, dentro del Ámbito Hospitalario puede desarrollar las siguientes FUNCIONES:

* *Asistencial*: atención directa a la población del hospital, ya sea de forma individual o grupal, y en distintos grupos de edades, incluyendo pacientes ambulatorios y el seguimiento de pacientes en programas de atención hospitalaria en patologías específicas (crónicos o en proceso de rehabilitación y seguimiento.) Esta atención se dirige al tratamiento directo de determinados problemas clínicos y, otras veces, al apoyo de determinados tratamientos médicos.

* *Evaluación y Diagnóstico*: recoge y analiza el motivo de la demanda y la información pertinente sirviéndose de técnicas de evaluación psicológica tales como: entrevista, observación, tests, autoinformes, registros psicofisiológicos, etc. los cuales pueden utilizarse en combinación, constituyendo una batería de pruebas o una estrategia de medida múltiple. Como resultado del proceso de evaluación se realiza un diagnóstico psicológico, utilizando criterios válidos para la comunidad científica. Además, identifica en el paciente los problemas relacionados a la enfermedad, la operación y el proceso en general.

* *Tratamiento e Intervención psicológica*: actúa sobre los factores psicológicos y sociales que inciden en el trastorno. Todo tratamiento o intervención supone algún tipo de relación interpersonal y situación social. Estas formas de ayuda pueden ser psicoterapia, terapia cognitiva, psicoanalítica, sistémica, existencial, así como consejo o asesoramiento psicológico, etc. Conjuntamente, interviene mediando entre el paciente y el médico, recortando e interpretando la información disponible, tanto con el equipo clínico como con el paciente y su entorno. Esta "mediación" posibilita dar cuenta de las necesidades del paciente y del médico.

* *Rehabilitación*: se trata de lograr que los pacientes obtengan el mayor nivel de autonomía y funcionamiento social posible, mejorando su calidad de vida. La rehabilitación se ocupa de factores vitales que interfieren en la adaptación social del

sujeto promoviendo la mayor aceptación viable de las limitaciones (físicas y mentales) derivadas de la enfermedad y desarrollando estrategias útiles de afrontamiento.

* *Promoción y Prevención de la Salud*: apunta a mejorar y fomentar hábitos, comportamientos y estilos de vida adaptativos; incrementa el nivel de conocimientos de las personas sobre las situaciones de riesgo de la comunidad, sobre la enfermedad o enfermedades correspondientes, y/o sobre los factores de peligro; fomenta y promueve los hábitos de salud en la población; da a conocer los diversos recursos humanos y materiales para la prevención y promoción de la salud en general.

Por lo demás, cabe argumentar que una de las razones para ubicar dentro del ámbito hospitalario al psicólogo como profesional especializado y fundamental son las limitaciones de los médicos y enfermeros para atender adecuadamente a las necesidades psicológicas de los pacientes. Es decir, la formación universitaria del personal sanitario no es suficientemente profunda en lo que se refiere a psicología como para hacer de cada médico un psicoterapeuta científicamente preparado para la atención correcta del enfermo y la solución de problemas de interrelaciones humanas, en especial para enfrentar las repercusiones psicológicas de la enfermedad sobre el grupo familiar y las instituciones.

J. Bleger (1966) advierte que en la actualidad existe la necesidad de que todo diagnóstico médico y toda intervención terapéutica, sea quirúrgica o no, deberían realizarse con el asesoramiento psicológico mientras el médico no esté capacitado para hacerlo por sí mismo. Además agrega que, fuera de la psicoterapia, entendida en sus términos tradicionales, el psicólogo puede intervenir en distintos problemas de la práctica médica, tales como la preparación emocional de pacientes quirúrgicos; en los casos de accidentes, para detectar y rectificar tendencias suicidas o automutilantes; en grupos de epilépticos, diabéticos, obesos, hipertensos, etc, en los que el psicólogo puede ayudar en la rectificación de pautas de comportamiento que tienen que ver con la enfermedad o con su terapia; y todo esto ya sea directamente con los pacientes o con los que conviven con ellos.

SALUD y ENFERMEDAD

El significado de los conceptos como la salud, la enfermedad, la vida, etc. son definidos por cada sujeto de una manera particular según su propio entendimiento y vivencia de tales conceptos.

Como sostiene H. Ferrari (2002), la salud y la enfermedad no son conceptos absolutos ni se definen por oposición, más bien son términos que mantienen una relación dinámica entre sí.

Hoy en día resulta innegable la influencia y el papel que cumplen los factores psicológicos, sociales y culturales en la salud y en la enfermedad. Por consiguiente, se puede precisar que ambas son parte integral de la vida, del proceso biológico y de las interacciones medio-ambientales y sociales.

La problemática acerca de la salud, si bien está siempre presente, surge con más frecuencia ante la amenaza de perderla; es decir cuando aparece la enfermedad.

La SALUD (del latín *salus-salutis*; estado del organismo que no está enfermo) es definida por la Constitución de 1946 de la OMS (Organización Mundial de la Salud) como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Según la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de la Salud, ésta es un derecho humano fundamental y el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

Para la Medicina, la salud es un estado que se define por la ausencia de síntomas y de signos de enfermedad corporal. Con sus procedimientos diagnósticos evalúa el organismo y si sus funcionamientos son normales, corrobora esta condición y certifica el estado de salud de la persona. (Ferrari, 2002)

En la concepción popular, la salud se define como la condición en la cual el ser humano ejerce normalmente sus funciones, libre de malestares, dolores o penurias. Además de ser considerada un estado, la salud importa por lo que puede significar, en especial para el sujeto. Para la mayoría, la salud es un bien preciado cuya pérdida se teme.

Igualmente se puede definir la salud, según el Dr. Héctor Ferrari (2002), como el alcance de la capacidad física, mental y social de una persona para percibir, responder, adecuarse y recuperarse de factores patógenos. Tanto el sujeto como el ambiente están expuestos a cambios, esperados e inesperados, súbitos o graduales, y la salud y la enfermedad dependen, entre otras cosas, de la capacidad de adecuarse.

La salud también puede entenderse como resultado del equilibrio dinámico, relativo e inestable entre condiciones que la mantienen y factores que la amenazan. De esta forma, se entiende a la salud como un concepto bio-psico-social que abarca una pluralidad de factores relacionados con la herencia, la biología, el comportamiento, la calidad de vida, la disponibilidad y accesibilidad a la atención sanitaria, etc. Como afirman Costa y López (1986), la variabilidad del binomio salud/enfermedad es el resultado de un proceso ecológico entre los individuos y su ambiente. (Maciá, Méndez, y Olivares, 1993).

Si bien no existe una definición unánime sobre el concepto y el significado de la enfermedad dada su característica polisemia y el contexto multidimensional que abarca, se puede decir que la ENFERMEDAD (del latín *infirmitas*, -atis: «no firme», «falta de firmeza») es un proceso y el status consecuente de afección de un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado ontológico de salud. El estado y/o proceso de enfermedad puede ser provocado por diversos factores, tanto intrínsecos como extrínsecos al organismo enfermo.

Una enfermedad física es un hecho fáctico, concreto, que presenta componentes y provoca alteraciones de orden objetivo y subjetivo. Implica pérdida de bienestar físico, psicológico y/o social, generando reacciones negativas en la persona.

Es un fenómeno complejo, un proceso multideterminado y multifactorial. Aunque es frecuente, sin embargo no es prevista. Como proceso, la enfermedad se desarrolla en una dimensión temporal: tiene un comienzo, una "historia natural" y una conclusión, en algunos casos quirúrgica. El proceso es más o menos lento, y pone en movimiento una dinámica de acción y reacción, que puede promover cierto grado de incapacidad transitoria o definitiva. (M. Mucci, 2004)

La enfermedad orgánica como crisis es vivida por el sujeto en su organismo y en su cuerpo; psíquicamente, al igual que todo ataque al cuerpo (enfermedad,

envejecimiento, trauma físico) es vivida como un ataque al yo. Así, la condición de padecer una enfermedad orgánica conlleva la emergencia de angustia, ansiedad, estrés, estrategias y mecanismos de defensa peculiares de cada persona. Estas manifestaciones se sostienen en pensamientos, afectos, fantasías y realidades relacionadas con el dolor, el sufrimiento, lo incurable y la muerte.

Además, ante el problema físico de la salud y la enfermedad, el cual está íntimamente relacionado con la conducta y con la interacción general con el ambiente, se hace inevitable señalar que la sola aplicación de un régimen médico resolverá de forma parcial la enfermedad, siendo un complemento necesario el tratamiento psicológico (Maciá, Méndez, y Olivares, 1993).

En general, las “personas enfermas” actúan de una manera especial frente a su estado; la conducta de salud-enfermedad implica cómo el sujeto controla su organismo, define e interpreta sus síntomas, adopta acciones y hace uso del sistema sanitario. Existe una gran variabilidad en la forma en que las personas reaccionan frente a la enfermedad, tanto la propia como la ajena, ya que cada sujeto tiene sus propias representaciones y creencias acerca de la salud y de la enfermedad que suelen basarse en concepciones erróneas, informaciones equivocadas y en mitos culturales.

Así, la conducta de enfermedad puede convertirse en anómala cuando es desproporcionada respecto al problema presente y la persona persiste en el papel de enfermo.

En base a todo lo expuesto, puede concluirse que al no haber un límite preciso, exacto entre la completa salud y la enfermedad, resulta necesario más bien hablar de un “proceso salud-enfermedad”, ya que ambas constituyen un continuum, una engloba a la otra (y viceversa), por lo cual se puede entender que son estados transitorios a lo largo de la vida de las personas dentro de un proceso continuo con sus consiguientes extremos.

Por último, debido a que cada ser humano es único y que el componente emocional y socio-ambiental se añaden al componente físico, es apropiado inferir que no existen las enfermedades sino los enfermos, puesto que cada individuo tiene una forma particular de enfermar que es diferente a otra, a pesar de padecer la misma enfermedad o afección.

LA HOSPITALIZACIÓN

La hospitalización se define como el período de tiempo que una persona permanece internada en un hospital para la ejecución de cualquier acción médica (por ejemplo, diagnóstico y/o tratamiento) referida a la enfermedad. Por su parte, el hospital (palabra derivada del latín *hospitium*, es decir, lugar en el que se tiene a las personas hospedadas (Zurriaga, 1991), es una institución o un establecimiento destinado al diagnóstico y tratamiento de enfermos, donde se practican también la investigación y la enseñanza. (Dorland, 1993)

La enfermedad se acompaña de cambios físicos y psíquicos que alteran la existencia del individuo y su ambiente inmediato a corto, mediano o largo plazo. Cuando el diagnóstico y/o tratamiento de la enfermedad hacen inevitable la hospitalización, la situación adquiere una nueva dimensión. Como, por lo general, la persona ya está enferma antes de su internación, la resistencia al impacto hospitalario se encuentra disminuida por lo que el paciente llega con ansiedad como resultado de estar “enfermo”. Así, el ingreso hospitalario, consecuencia de la ruptura del bienestar físico, también repercute sobre el estado psíquico.

El sujeto percibe la hospitalización como un conjunto de amenazas y la repercusión en su persona depende de un conjunto de factores que modulan la influencia de los estresores y determinan cómo se vivencia la experiencia hospitalaria. Justamente, la hospitalización al ser un acontecimiento estresante, genera en el sujeto alteraciones cognitivas, psicofisiológicas y motoras antes, durante y después de la estancia hospitalaria.

Además, según Méndez y Ortigosa (2000), el proceso de hospitalización conlleva múltiples estresores en un período de tiempo generalmente breve y consideran que sus repercusiones negativas son el resultado de fuentes de estrés y factores amortiguadores.

Dichos autores clasifican los estresores hospitalarios en cuatro grupos (Méndez y Ortigosa, 2000, pp. 31):

a) los derivados de la *enfermedad* que ha motivado la hospitalización (dolor, secuelas, riesgo de muerte, etc.),

b) los relacionados con los *procedimientos médicos* que se han de practicar (inyecciones, extracciones de sangre, punciones lumbares, retirada de moldes de escayola, cateterismo cardiaco, cirugía, etc.),

c) los vinculados directamente con la estructura y organización del *hospital* (decoración, interrupción de la actividad diaria, pérdida de autonomía e intimidad, incertidumbre sobre la conducta adecuada, etc.),

d) los asociados a las *relaciones personales* (separación de los seres queridos, alteraciones emocionales en los padres, contacto con desconocidos, etc.)

Dentro de los factores amortiguadores del estrés propiciado por la hospitalización, que ayudan a disminuir las cogniciones desadaptativas y la emergencia de ansiedades y angustias, esos autores mencionan dos grupos de factores:

- Factores Ambientales:
 - 1- Entorno físico: ambiente agradable y relajante en lo que hace a la arquitectura, el mobiliaje, la decoración, etc.
 - 2- Apoyo social: acompañamiento familiar; recursos económicos suficientes; información apropiada sobre las normas del hospital, procedimientos médicos, consecuencias de la enfermedad, etc; relación cálida y cordial del personal sanitario con el paciente y sus familiares, etc.
- Factores Personales: Temperamento fácil; experiencias previas positivas; habilidades de afrontamiento y de autocontrol y autocuidado del paciente; etc.

LA CIRUGÍA

El término Cirugía proviene del griego *kheirurgós*: cirujano, de *kheir*, “mano”, y *ergon*, “obra”. *Kheirurgía*, “operación quirúrgica”, propiamente trabajo manual, “práctica de un oficio”, derivado de *kheirurgós*: “que trabaja con las manos”, “cirujano”. En el siglo XIV comienza a utilizarse como “arte de curar mediante intervenciones quirúrgicas.”

La medicina describe a la Intervención Quirúrgica del siguiente modo: “Cuando un sujeto se enfrenta con un problema quirúrgico, el médico considera tres aspectos: la enfermedad, la operación para esa enfermedad y el paciente. De los tres, el más importante es la persona [...] La intervención quirúrgica es una forma de traumatismo y es, por supuesto, un hecho patológico [...] pero sus beneficios sobrepasan a los riesgos, ya que, producen efectos directos sobre el traumatismo o lesión y pueden crear trastornos fisiológicos [...] Salvo en el caso de los trasplantes de órganos, la operación es casi siempre para extirpar algo. Al hacerlo, no se cambia sólo la anatomía sino que se altera también la función del órgano o sistema. Los cambios pueden afectar considerablemente la vida del paciente. (Mucci, 2004.)

La cirugía se realiza sobre el organismo viviente, real. Es el cuerpo de una persona al que se hiere, invade, explora, con el propósito de provocar cambios, modificaciones cuyos alcances y efectos no siempre son previsibles. Esta lesión quirúrgica, si bien tiene caracteres delimitables, no está separada del psiquismo.

Al decir de M. Mucci (2004), cuerpo y psiquismo constituyen una unidad; indisolublemente ligados, se implican uno al otro. Constitutivos del sujeto, establecen una relación de correspondencia que muestra que, a una modalidad de funcionamiento corporal, la psiquis responde de acuerdo con su historia y viceversa. Desde la materialidad y funcionalidad del cuerpo, la enfermedad será dotada de significación por cada persona.

Sami-Ali, en *Pensar lo Somático* (1991), plantea que el cuerpo se correlaciona con dos órdenes de parámetros: los somáticos y los psíquicos; ambos constituyen la unidad de integración psicosomática de la persona. El cuerpo se expresa como tal y posee una doble pertenencia:

- a) real, con materialidad y funcionalidad, dadas por la estructura genético-biológica, anátomo- fisiológica. Se presenta bajo dos modalidades: una

visible, manifiesta y otra oculta, que inferimos desde el funcionamiento de sistemas, órganos y aparatos;

- b) imaginaria, desde el sentido y el significado que cada individuo le adjudica y que, en parte, determina una modalidad peculiar de funcionamiento.

Para el enfermo la intervención quirúrgica tiene un valor bivalente: debería interpretarla como fuente de salud, el medio para lograr la curación; sin embargo, será causa de malestar, se sentirá agredido y puede representar una pérdida y un cambio. Exceptuando los casos en que la enfermedad, por la cual se lleva a cabo la operación, acarrea síntomas corporales muy dolorosos, los pacientes pueden llegar a considerarla como algo deseado que solucionará sus problemas físicos actuales.

Aún así, la cirugía, en mayor o menor medida, supone un impacto en la vida del sujeto y produce una ruptura en su vida cotidiana, generando una situación de desequilibrio.

IMPACTO DE LA Cirugía EN EL PSICUISMO DEL SUJETO

Las personas afrontan, a lo largo de la vida, situaciones de cambio. Los factores que las desencadenan pueden ser múltiples, requieren adaptación psíquica y promueven cambios en sus vidas. Uno de esos cambios se produce ante una enfermedad.

Para situar el significado que tiene la operación para una persona, se entiende que la enfermedad orgánica de resolución quirúrgica es un hecho no esperable ni buscado (salvo en cirugías estéticas), en tanto actúa, desde el vector psíquico, como factor disposicional (orgánico por daño, falla o déficit anatomofisiopatológico) y factor desencadenante actual de una crisis accidental y una pérdida de los aportes básicos.

Ante una enfermedad, a priori se considera que la persona tiene “competencia” para afrontar el impacto del estresor. Aun así, toda operación, por sencilla que sea, configura una vivencia de estrés; es una amenaza real, tanto interna como externa. El diagnóstico inicial, la indicación quirúrgica, la percepción que se configura sobre el proceso de salud-enfermedad, el dolor físico y el

sufrimiento psíquico desencadenan miedos, preocupaciones, problemas, conflictos y malestar.

En la situación quirúrgica, pensar a la persona en situación de crisis accidental significa considerarla como susceptible de afrontar un conflicto agudo, un momento crítico de toma de decisión y resolución. El sujeto al ser informado de que debe someterse a una intervención quirúrgica suele experimentar un estrés prequirúrgico, que es importante tenerlo en cuenta por su gran influencia en el ajuste posquirúrgico, entre otras secuelas. Es decir, la persona, al tomar conocimiento de la cirugía, puede desplegar reacciones de distinta índole e intensidad o puede responder a la situación con una estructura, experiencia y organización de la personalidad, que muestran una serie de alteraciones físicas y emocionales.

Mucci menciona estas reacciones y/o respuestas y las diferencia en:

- a) síntomas físicos frente a una crisis de ansiedad o angustia, por ejemplo, el síndrome de adaptación a lo inesperado (síndrome de Selye), como intento de compensación u homeostasis frente a traumas físicos o psicoemocionales;
- b) síntomas psicológicos: angustia, ansiedad situacional, temor, confusión, vivencias de pánico, indiferencia, incertidumbre, hostilidad, rabia, negación, defensas hipomaníacas, desadaptación, sobreadaptación, pasividad.

Estos síntomas como respuesta, no necesariamente vinculada con la complejidad y riesgo “objetivo” de la intervención, pondrán sobre aviso al médico y al psicólogo, para tomar recaudos y evitar que el acto quirúrgico devenga en un hecho nocivo para la salud psíquica.

Si bien estos síntomas están determinados por las características personales del sujeto, existen estresores específicos (más allá de la cirugía propiamente dicha) que provocan la aparición del estrés prequirúrgico como ser: una explicación insuficiente de la necesidad de la operación, el tipo de relación que se establece con el médico, el clima hospitalario, las condiciones físicas del hospital, la existencia de intervenciones previas, las condiciones sociofamiliares del paciente, etc.

Pero para que una operación devenga psíquicamente traumática debería darse una combinatoria de condiciones que hay que tener en cuenta: una estructura

psicopatológica previa, el significado que el enfermo le otorga, la resignificación en función del historial médico-quirúrgico, la cualidad de la enfermedad y de la operación, el nivel de estrés de la hospitalización; la capacidad de respuesta al estrés; la operación debe representar una amenaza para la integridad física y para la vida.

María Mucci, en su libro *Psicoprofilaxis Quirúrgica*, habla de TRASTORNO (PERI) QUIRÚRGICO, al cual considera como un estado temporalmente limitado de labilidad emocional, caracterizado por la dificultad para afrontar una situación, lograr resultados positivos y resolver el problema. Agrega que su resolución depende de varios factores que incluyen la gravedad del suceso precipitante, que debe contemplarse en el marco individual, y observar qué significa el suceso para la persona en su trama histórica; de los recursos personales del sujeto (fortaleza yoica, modalidad de resolución de otras crisis); y de las redes de apoyo de que disponga. Este trastorno conlleva descriptivamente desequilibrios emocionales (cansancio, agotamiento, sentimientos de desamparo, confusión), síntomas psicológicos (angustia, ansiedad, insomnio, dificultades en el funcionamiento laboral, en los vínculos familiares y sociales) y también síntomas físicos (palpitaciones, cefaleas, trastornos digestivos).

Por lo tanto, si la cirugía resulta traumática, se trataría de una combinatoria individual, particular, entre cantidad, calidad, cualidad y significación de la situación, cuándo y dónde ocurre, el estado somatopsíquico del sujeto, su historia personal y su realidad actual.

LA PREPARACIÓN PSICOLÓGICA ANTE EL PROCESO QUIRÚRGICO

Las ideas que las personas tienen respecto de todo lo que implica el proceso quirúrgico (la enfermedad, la cirugía y la hospitalización) 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.

En cirugías programadas, aún cuando el paciente “conoce” la situación, necesita estar preparado para la intervención y sus efectos en el mediano y largo plazo.

Helen Deutsch (1942), en “Algunas observaciones psicoanalíticas en cirugía”, señala la necesidad del abordaje terapéutico del enfermo antes de someterse a una cirugía, teniendo en cuenta que la operación podría causar un trauma psíquico debido a la intensidad de los afectos que moviliza. En ese trabajo, la autora también analiza la importancia de la anestesia y las respuestas afectivas que provocaría. Considera que la anestesia general tiende a promover ansiedades de muerte y la anestesia local, “ansiedad de castración.”

La preparación psicológica nace de un supuesto: el conocimiento que se proporciona al enfermo acerca del proceso quirúrgico permite advertir, informar, disponer, prevenir anticipadamente sobre un daño eventual de los procedimientos médicos. Su implementación se identifica, según Mardarás Platas (1980), con procedimientos básicos que, asociados a acciones, apacigüen e induzcan al enfermo a moderar su estado emocional para que éste no perturbe el trabajo del equipo quirúrgico.

La preparación psicológica centra sus objetivos en el estado de ansiedad de los pacientes y, para ello, se administran técnicas tales como proporcionar información sobre los procedimientos y sensaciones, instrucciones comportamentales, estrategias cognitivas, entre otras.

PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA

Tomada la Psicoprofilaxis en un sentido amplio, sus alcances trascienden los límites tradicionales de la higiene mental y los trastornos de conducta y su prevención, y llega a todas las situaciones de vida de los seres humanos, sean o no conflictivas, en un momento dado. Así, la psicoprofilaxis puede entenderse como toda actividad que, desde un nivel de análisis psicológico y mediante el uso de recursos psicológicos, tiende a promover el desarrollo de las posibilidades de los sujetos y su madurez como individuos.

Concretamente, la Psicoprofilaxis Quirúrgica es un campo especializado que cobra sentido y obtiene su lugar como estrategia de intervención psicológica, basada en la prevención del posible riesgo psíquico, ante una situación médica específica: la intervención quirúrgica.

Si bien la psicoprofilaxis no cura la enfermedad orgánica, posibilita mitigar, mejorar, dar sentido a la situación para el paciente, y le otorga un espacio para que él pueda poner en palabras aquello que siente frente a la operación.

Por consiguiente, se la puede definir como un tratamiento psicoterapéutico preventivo, breve y focalizado para aquellas personas que deben atravesar una cirugía. Cualquier intervención quirúrgica despierta componentes emocionales muy complejos que se manifiestan en emociones, fantasías, actitudes y comportamientos que perturban el mejor desarrollo del acto médico, acentuando o incrementando las decisiones del mismo, por ejemplo: dilaciones en la toma de decisiones, ocultamiento de la enfermedad a los familiares, desasosiego y angustia excesiva, pánico y rechazo a la intervención (M. Mucci, 2004).

Por lo que este tipo de terapia puede convertirse en un auxilio eficaz que permita al paciente sobrellevar mejor la situación sin graves consecuencias o incluso salir exento de ella, ejerciendo asimismo una función preventiva.

El objetivo terapéutico se concreta, así, en la focalización del motivo de consulta, el cual está definido por la situación quirúrgica como conflicto principal actual y tiene metas que se deben alcanzar en un tiempo limitado. El propósito es atenuar el estado generalizado de tensión, resultante de la situación.

Maria Rosa Glasserman, en "La psicoprofilaxis quirúrgica: una técnica de prevención" (1969), la describe desde los marcos conceptuales de prevención y

promoción de la salud, encarada como intervención en “crisis vitales”, enuncia los objetivos generales, enumera algunos recursos técnicos y la define de la siguiente manera: “Una técnica psicológica aplicable individual o grupalmente tanto a niños como a adultos con el fin de: a) administrar una información veraz, dosificada y adaptada (en el caso de los niños) a la mentalidad infantil de la intervención quirúrgica, sus características y objetivos, incluyendo (también en niños) un contacto directo con el material quirúrgico y el quirófano; b) verbalizar y esclarecer las fantasías y ansiedades relacionadas con la enfermedad y situación quirúrgica que se deducen del material verbal y no verbal de los pacientes adultos, y que en los niños incluye actividades gráficas y lúdicas. Estas últimas se ven favorecidas por la aplicación eventual de técnicas psicodramáticas.”

En otro trabajo, en coautoría con Carlos Sluzki (1969), “Psicoprofilaxis quirúrgica: una investigación acerca de su efectividad”, ambos la definen como “un procedimiento cuyo objetivo es la reducción de los concomitantes psicológicos traumáticos de las intervenciones quirúrgicas.” Allí evalúan la eficacia de la técnica por medio de una investigación con niños que serían operados de estrabismo. Los resultados confirman su efectividad para el aumento de las conductas adaptativas durante la situación quirúrgica.

Entre los objetivos generales de la psicoprofilaxis, se pueden señalar:

- facilitar el procesamiento de la información;
- proporcionar recursos para afrontar las preocupaciones que la enfermedad y la cirugía imponen;
- estabilizar los síntomas psicológicos en niveles tolerables;
- disminuir miedos básicos o universales;
- hacer explícito lo implícito;
- evitar que la operación pueda dar lugar a una organización psicopatológica;
- jerarquizar o priorizar dificultades “singulares”.

Según Mucci, la teoría y la técnica de la psicoprofilaxis quirúrgica se desarrollan a partir del abordaje focalizado multidimensional. Como todo proceso terapéutico, implica un encuadre que contemple el acuerdo terapéutico en sus aspectos generales.

En psicoprofilaxis quirúrgica se trabaja con el encuadre clásico adaptado a esta disciplina con perfiles propios, donde el terapeuta es quien fija los criterios de atención (plan de trabajo, estrategias de abordaje), los honorarios, maneja los tiempos, la transferencia, la ética; decide si se contacta o no con el equipo quirúrgico, si sale o no de los límites del consultorio (visita preoperatoria y/o postoperatoria al sanatorio).

Dicho encuadre terapéutico implica tres etapas bien diferenciadas:

- *PREQUIRÚRGICO*. Es anticipatoria: abarca el periodo que preceden la internación y la operación. Está centrada en las dificultades emocionales que se experimentan para enfrentar la intervención quirúrgica. Se trata de acompañar, esclarecer, elaborar las fantasías y la información recibida por el médico, disminuir los niveles y manifestaciones de ansiedad, tensión, estrés. Además, se evalúa el significado subjetivo que posee el paciente sobre la enfermedad u operación y su red de apoyo familiar. En esta etapa, es de suma importancia buscar la colaboración activa del paciente, para poder reorganizar sus mecanismos defensivos y establecer estrategias de afrontamiento ante la cirugía.
- *ETAPA INTERMEDIA O INTRAQUIRÚRGICA*: el acto quirúrgico en sí mismo.
- *POSQUIRÚRGICO*. Desde el egreso del quirófano hasta el alta médica definitiva: Si bien se la viene preparando desde el prequirúrgico, se centra en el procesamiento y elaboración del acto quirúrgico, el cambio del esquema corporal, el cambio funcional. Se trabaja en la disminución de las percepciones de dolor y de molestias posquirúrgicas, y en la preparación anímica del paciente necesaria para que actúe de manera óptima, positiva en su propia rehabilitación.

En cuanto a la técnica de la psicoprofilaxis, ésta debe necesariamente adaptarse debido al objetivo de la intervención (el trabajo de la transferencia se ve limitado debido a que no es conveniente favorecer la regresión ni la dependencia) ya que se trabaja con un tiempo acotado en que la situación real del paciente cobra un

especial relieve. Entonces, como sostiene H. Fiorini (2002), el tiempo limitado de tratamiento hace indeseable el desarrollo de la transferencia cuya elaboración requiere de otro tipo de encuadre; por lo que surge, como condición en este tipo de terapéutica, el autocontrol por parte del psicólogo debiendo regular las interpretaciones transferenciales en función del mantenimiento de la relación con el paciente en un grado moderado de transferencia.

Por lo tanto, se trabaja en el marco de una psicoterapia breve y focal, donde el uso de la interpretación como herramienta también se ve limitada y en su lugar se utilizan técnicas tales como las informaciones, señalamientos, reaseguramientos, sugerencias y en ocasiones, intervenciones normativas que apuntan a lograr una mejor adaptación a la situación quirúrgica de carácter inminente.

Así, en psicoterapia breve la consigna general es la “orientación constante hacia la realidad actual”, basándose en la necesidad de ayudar al paciente a efectuar ciertas tareas integrativas inmediatas, a recuperar su capacidad para remover obstáculos que le impiden lograr una homeostasis más satisfactoria. (H. Fiorini, 2002)

En síntesis, como la psicoprofilaxis funciona con la modalidad de una psicoterapia breve, se orienta hacia la conducta del sujeto en el “afuera” de la sesión con el objetivo de centrar la atención del paciente en sí mismo y en su problemática actual (en este caso, la cirugía).

LA PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA EN NIÑOS

Debido a la frecuencia de hospitalizaciones y de actos quirúrgicos infantiles y a la repercusión negativa que tienen sobre muchos niños, desde los años 70 se investigan métodos para minimizar el impacto psicológico que suele acompañarla. Hubo un creciente interés por atender el estado emocional del niño durante la estancia hospitalaria, favoreciendo políticas sanitarias que humanizan la asistencia e implementan dicha atención en el trabajo hospitalario diario. (Méndez y Ortigosa, 2000)

Resulta muy significativa, entonces, una preparación psicológica al niño, con el objetivo de que comprenda cómo será la intervención, que le ocurrirá antes y después de la cirugía y principalmente, que viva la operación como un hecho que lo llevará a un mejor estado de salud (aunque el niño la experimente como un ataque) y logre estar relativamente tranquilo.

Al mismo tiempo, con la psicoprofilaxis quirúrgica se ofrece al niño un espacio para que exprese sus miedos y ansiedades y, además, para que desarrolle sus mecanismos de autoprotección y adquiera estrategias de afrontamiento ante la cirugía, adquiriendo así mayor autoconfianza en vez de depender exclusivamente de los demás para protegerse y aliviarse. Estos objetivos tienen especial importancia cuando se trata de niños pequeños, ya que durante este tipo de situación suelen mostrarse pasivos y muy dependientes de su familia y de figuras de autoridad (como los médicos y enfermeros)

Arminda Aberastury (1978) describe el proceso de preparación psicológica en el trabajo con niños. Considera relevante la información sobre la operación y la anestesia. En ese sentido, colige que la falta de esclarecimiento incrementa la ansiedad y observa que la información debe ser administrada por el terapeuta, tanto al niño como a sus padres.

Aunque la teoría y la técnica de la psicoprofilaxis quirúrgica son aplicables a todas las personas por igual, en el caso de niños requiere una adaptación de sus técnicas posibles a utilizar para implementar la preparación psicológica.

Los recursos técnicos son variados y pueden ser:

1. Información del acto quirúrgico, para poner en conocimiento las características generales de la cirugía.

2. Teatralización con títeres o cuenta cuento.
3. Videos, audiovisuales o fotografías que muestren la institución o las distintas situaciones por las que va a atravesar el paciente.
4. Utilización de material grafico, libros o figuras adecuadas a la situación.
5. Juegos.
6. Otras técnicas de afrontamiento.

Además, se hace necesario tener en cuenta otras variables a la hora de planificar las estrategias de prevención-asistencial. Variables del crecimiento y desarrollo tales como: edad, etapa evolutiva, estructura psíquica, capacidad de asimilación, acomodación y control, etc. tienen gran influencia en las variaciones comportamentales y psíquicas que el niño puede manifestar al enfrentarse a cualquier situación. Por lo tanto dichas variables deben ser consideradas tanto para el diagnóstico como para el pronóstico y en el especial para el tratamiento.

Entre otras de las razones por la que cobra relevancia tener en cuenta las etapas evolutivas, es que, a la hora de informar (una de las intervenciones principales de la psicoprofilaxis) ayuda a discernir cuánto hay que decir, hasta dónde, cómo será escuchada la información y cuál será la reacción del niño ante ésta. Por lo que el papel de la información en la preparación psicológica deberá cambiar de estructura en función de la edad del paciente. Cuando los niños son muy pequeños el contenido debe ser muy general y presentado de forma lúdica, promoviendo la participación y manipulación de los juguetes-instrumentos médicos, mientras que la información específica sobre la cirugía debe dirigirse a los padres. Con los niños mayores el contenido de la información suele ser más específico, ya que poseen mayores grados de aceptación y comprensión. No obstante, como no todos los sujetos responden de la misma manera ni poseen los mismos grados de asimilación y entendimiento, es necesario considerar a cada paciente y situación particular.

EL PROCESO QUIRÚRGICO EN NIÑOS.

El niño, a lo largo de su desarrollo, va formando, a partir de múltiples datos, una representación de los distintos aspectos del entorno en el que vive y de sí mismo a través de una actividad de selección y de construcción propia.

La enfermedad, y todo lo que ella conlleva, es una realidad social y biológica mas sobre la que el niño debe construir su conocimiento; conocimiento que condiciona la evolución adaptativa del comportamiento infantil.

A raíz de lo expuesto, si la enfermedad es un estado físico y psíquico con el que hay que aprender a convivir desde el nacimiento, la hospitalización se convierte para el niño en una experiencia potencial que repercute sobre su estado emocional y comportamental. En la infancia la hospitalización puede tener repercusiones negativas por la capacidad de asimilación de las situaciones nuevas, la dependencia de terceros, la falta de referentes con los que contrastar las nuevas experiencias incidiendo en una interpretación errónea de la situación, y porque es un periodo de crecimiento especialmente importante y continuo que puede alterar el correcto desarrollo. La hospitalización, para el niño enfermo, supone separarlo de su ambiente natural y exponerlo a otro desconocido, donde la enfermedad, y todo lo relacionado con ella, está constantemente presente.

El concepto que el infante se vaya construyendo de la enfermedad y la interpretación que haga de los procedimientos médicos empleados para combatirla están, casi siempre, cargados de un tinte emocional. Así pues, las ideas con relación a la enfermedad que posean son muy significativas.

Los niños menores a 4 años, por lo general, no saben las diferencias existentes entre las enfermedades, qué las originan ni cómo se pueden prevenir o curar. Los pequeños de 3 a 7 años la definen de modo anecdótico por una sola enfermedad, de la cual ofrecen síntomas aislados a partir de signos externos tales como: enfermedad es igual a fiebre, “tenes que quedarte en cama”, varicela es igual a pintitas rojas, etc. Creen que están enfermos a causa de una acción concreta que hicieron o dejaron de hacer, tomándola como un escarmiento a sí mismos. Tampoco justifican las desigualdades que perciben entre enfermedades ni tienen conciencia de que existan algunas más graves que otras. A los 5 ó 6 años creen que es “algo” que se puede contraer y su etiología la atribuyen a un hecho u objeto irrelevante sin

que haya relación de causa-efecto. A partir de los 6 años mencionan los accidentes o las fracturas como algo que un médico puede curar, pero sin una explicación concreta.

Son propias de esta etapa las respuestas mágicas y estereotipadas referidas a reglas y prohibiciones asociadas a la enfermedad. Este tipo de respuestas aparecen, más a menudo, cuando quieren explicar cómo actúan los médicos y las medicinas, las cuales actúan de forma inmediata según la creencia de estos infantes. Así, por ejemplo, estos niños saben que las inyecciones o la administración de medicinas los pueden curar, pero no comprenden cómo. (Méndez y Ortigosa, 2000)

Siguiendo la misma dinámica de pensamiento definen también a la salud. Pueden referirse a ella como ausencia de enfermedad, o bien asociada a comportamientos concretos como “me permite jugar, estar limpio, comer, etc.”

Además, los niños son conscientes desde muy pequeños de lo que implica la enfermedad en cuanto a cambios en su vida cotidiana y en su relación con los demás. Por esto, de 1 a 5 años poseen preocupaciones relacionados a la ansiedad de separación, ansiedad por lo desconocido, y sufren angustias a causa de la falta de un ambiente y rutinas familiares. Asimismo, y principalmente entre los 4 y 5 años de edad, tienen miedos a las mutilaciones y al dolor y suelen tomar a la hospitalización como castigo.

Los niños más grandes (8 a 12 años) ya definen las enfermedades por un conjunto de síntomas concretos y atribuyen la causalidad de éstas a una variedad de acciones o fenómenos específicos (como los microbios) y, en consecuencia, creen que pueden prevenirse simplemente evitando gérmenes. Según Méndez y Ortigosa (2000), en esta etapa los niños empiezan a comprender el proceso de enfermar porque ya son capaces de diferenciar entre la realidad externa y el interior de su cuerpo, aunque siguen asociando la enfermedad y la salud con el incumplimiento o mantenimiento de ciertas normas. Como el niño ahora puede distinguir entre algo externo que lo afecta y su propio interior, los síntomas incluyen sensaciones interoceptivas: ya no tiene fiebre porque la madre lo dice sino porque tiene consciencia de un estado interno caracterizado por estar caliente, decaído, agotado, etc. Del mismo modo relaciona la salud con estados agradables: estar en buena forma, sentirse bien, etc.

Pero es a partir de los 9 ó 10 años cuando adquieren el concepto de gravedad y pueden pensar a las intervenciones quirúrgicas como una forma de curación. Lo mismo ocurre con las funciones que le atribuyen al médico. A partir de los 11 años ya creen que los conocimientos del médico se deben al aprendizaje de éste y no a la casualidad. A esta edad empiezan a mostrar más confianza hacia el médico y entienden que el tratamiento sirve para que el sujeto mejore. Además, desde los 7 u 8 años empiezan a establecer una interacción entre los medicamentos y la enfermedad.

Haciendo referencia a los estresores que sufren los niños de 6 a 12 años, se puede mencionar que ellos experimentan temores a las mutilaciones, al dolor y a la muerte; también suelen tomar a la internación como un castigo y al mismo tiempo se preocupan por su imagen corporal. No obstante, estos chicos esperan recobrase de la enfermedad como resultado de cuidarse y de permitir que los remedios y todo lo que el doctor diga actúen sobre ellos.

En lo que atañe a las inyecciones, éstas son una de las principales preocupaciones de la mayoría de los niños de todas las edades ya que su uso abarca desde la vacunación rutinaria de niños sanos hasta el tratamiento de niños afectados por enfermedades crónicas. Así los pinchazos, tanto para inyectar un fármaco como para extraer sangre, suelen percibirse como amenazas a la integridad física por lo que pueden desencadenar reacciones fóbicas en los infantes.

Por otro lado, cuando la enfermedad y la hospitalización se acompañan del acto quirúrgico se añade otra fuente de estrés y malestar para el niño. Aunque la operación se ha convertido en un procedimiento médico indoloro debido a la anestesia, es uno de los más temidos por el niño precisamente por la pérdida de control.

La forma de afrontar la hospitalización se relaciona con la edad, así los niños de mayor edad emplean estrategias más activas de afrontamiento y los niños pequeños son los que resultan más afectados, mostrando mayores grados de alteración.

Por ejemplo, la hospitalización al implicar uno o varios días de estadía en la clínica, altera el estilo de vida cotidiano del niño y de su familia. A su vez, la organización hospitalaria funciona como estresor al suponer la aceptación de normas y la adaptación a nuevos hábitos, por lo que la autonomía y la intimidad del

paciente se verían restringidas, ya que éste debe permanecer a disposición del personal sanitario.

La hospitalización, también, involucra relacionarse con personas que no se conocen: médicos, enfermeros, mucamas, otros pacientes, etc. y este estresor sería especialmente relevante para niños con ansiedad social y/o con internaciones repetidas, sobre todo si éstas implicaron una experiencia negativa.

De acuerdo con lo que sostiene Palomo (1990), los niños preescolares no comprenden el motivo por el cual tienen que internarse y pueden llegar a confundir causa con efecto. Los niños de 3 ó 4 años piensan que el personal sanitario realiza tareas generales como curar, pinchar y mirar. A los 5 años se fijan más en lo que hace la enfermera que en la labor del médico, pero hacia los 6 y 7 años distinguen mejor entre las funciones de ambos. Sin embargo, creen que el médico posee la facultad de curar mediante las conductas que ellos pueden observar, por ejemplo, los curan porque les receta medicinas, los toca con las manos o les examina la garganta. Por otro lado, entienden que la labor de los enfermeros es de asistencia al médico, a la par que cuida y atiende a los pacientes.

Lo habitual es que los niños hospitalizados manifiesten reacciones muy diversas en función de su comprensión de la enfermedad, de sus relaciones de dependencia parental, de sus ansiedades, de su capacidad de socialización y de su tolerancia a la frustración. No obstante, es frecuente que al principio los niños, no preparados previamente, desarrollen conductas de irritabilidad, agresividad, oposición, etc. Así, Beuf (1989) distingue cinco tipos de niños en función del afrontamiento de la hospitalización (Méndez y Ortigosa, 2000, pp. 46):

- 1- “El niño salvaje”. Protesta e intenta saltarse las normas para preservar su identidad y poder dentro de la institución.
- 2- “El huésped gregario”. Patrón de conducta opuesto al anterior, conocido tradicionalmente como el buen paciente. Evita las protestas, respeta las normas y coopera con el personal sanitario. Rodríguez (1986) advierte que este comportamiento, reforzante para los profesionales de la salud, a veces implica insatisfacción para el usuario.

- 3- “El paciente que adopta el papel de enfermo”. Utiliza la enfermedad (permanece acostado, se preocupa por la salubridad de los alimentos, se interesa por los resultados de los análisis, etc.) para manipular el ambiente (padres, personal sanitario, etc.)
- 4- “El pequeño estudiante de medicina”. Es común en hospitalizaciones repetidas. Emplea terminología médica, conoce las normas y los derechos del paciente.
- 5- “El caso de aislamiento y depresión”. No expresa sus pensamientos ni sus emociones. Evita el contacto con otros pacientes pediátricos y con el personal sanitario, resultando difícil establecer relaciones con él.

Las preocupaciones antes de la cirugía son predictoras de la ansiedad que se experimenta en el momento de la operación. Las principales preocupaciones quirúrgicas de los niños entre los 3 y 12 años son el separarse de sus padres y las inyecciones, mientras que las de los padres son la anestesia y la convalecencia del niño. (García y cols., 1996). Los aspectos más preocupantes para los adolescentes de 11 a 14 años son la muerte como consecuencia de la enfermedad de la que los van operar, despertarse durante la operación y no poder realizar las mismas cosas que antes, mientras que relacionarse con personas desconocidas, llevar una aguja (vía) en el brazo durante horas y conocer a los miembros del equipo de cirujanos preocupan mucho menos (Quiles y cols, 1999) En general, la anestesia es una potencial fuente de malestar y temor, ya que en el pensamiento popular se la vincula con la amenaza de muerte.

Méndez y Ortigosa (2000) sostienen que si bien la hospitalización resulta un acontecimiento estresante, no implica que siempre acarree consecuencias negativas en el niño. Generalmente, no se suelen observar cambios muy significativos a nivel conductual en los pacientes, y menos cuando tuvieron experiencias hospitalarias de corta duración. Sin embargo, ciertos trabajos describen las Repercusiones negativas de la hospitalización infantil:

- Sustitución de comportamientos recientemente adquiridos por otros extinguidos en fases evolutivas anteriores (por ejemplo: recuperación espontánea de la conducta de chupeteo del pulgar.);

- Alteraciones del estado de ánimo: estados depresivos, distimia, etc.;
- Fobias médicas: sangre, inyecciones, daño;
- Miedos a la muerte, a adquirir una enfermedad, a las batas blancas, a pruebas diagnósticas, a atragantarse con la ingestión de fármacos, a los hospitales, etc.;
- Ansiedad de separación;
- Mutismo y retraimiento social;
- Alteraciones somatoformes: hipocondría, afonía secundaria, amigdalectomía;
- Alteraciones de la conducta alimentaria: conducta negativista ante la comida, hiperfagia, etc.;
- Trastornos del sueño y otros relacionados: insomnio, pesadillas, fobias a la oscuridad, etc.;
- Trastornos de la eliminación: enuresis, encopresis;
- Trastornos de tics: faciales, palpebrales, etc.;
- Agresividad.

EL PAPEL DE LOS PADRES DE NIÑOS CON INDICACIÓN QUIRÚRGICA.

Cuando se atiende a un paciente, especialmente cuando se trata de un niño, hay que tener en cuenta que casi nunca se encuentra solo, es decir, que también se trabajará con la familia, la cual resulta muy significativa para el acompañamiento y el apoyo al enfermo.

El papel de los padres del niño hospitalizado ha cambiado enormemente en los últimos años, en el sentido de que deben participar activamente en el cuidado del niño enfermo ingresado en el hospital. Entonces, que ellos acompañen al infante durante los tratamientos médicos que se le realicen es de suma importancia y requerimiento, ya que son los padres quienes poseen, en la mayoría de los casos, las capacidades prácticas para cuidar, proteger y educar a sus hijos, y asegurarles un desarrollo sano. Por lo tanto, cuando están debidamente preparados, resulta beneficiosa la presencia de los progenitores tanto para ellos mismos como para el hijo.

Además, los padres también sufren el impacto psicológico del hospital y pueden llegar a experimentar todo tipo de reacciones tanto físicas como emocionales. El estrés de tener un hijo enfermo involucra muchos aspectos. Los padres sufren cuando ven a sus hijos ser sometidos a infinidad de procedimientos médicos, especialmente al ver que hay poco que puedan hacer para eliminar la aflicción o el dolor. En consecuencia, los sobrecoge un sentimiento de impotencia, y esta impotencia puede suscitar en los progenitores sentimientos de baja autoestima, inutilidad y angustia.

En general son los padres los que demuestran más preocupaciones y estrés que el hijo; se muestran alterados, no comprenden lo que está sucediendo, ponen nervioso al médico y terminan influyendo negativamente en el niño. Por estos motivos, al trabajar directamente sobre las ansiedades del niño, indirectamente se está ayudando a los padres a afrontar de mejor manera la cirugía/hospitalización del hijo, ya que al ver al infante sereno y que hace frente a la internación de forma relajada, en consecuencia, en ellos también disminuyen las repercusiones negativas que puede acarrear la hospitalización.

Los padres, a su vez, desempeñan una doble función como figuras de apoyo en el proceso hospitalario. Por un lado, son los principales agentes que proporcionan

estimulación placentera y reforzamiento positivo; por otro, actúan como modelos de afrontamiento que el niño observa e imita. Peterson y Mori (1988) distinguen tres tipos generales de estilo de afrontamiento (Méndez y Ortigosa, 2000, pp.42):

- 1- Sujetos sensibilizadores, vigilantes o “afrontadores”, que solicitan y buscan información, piensan en el procedimiento médico y confeccionan planes para afrontarlo.
- 2- Sujetos represores, negadores o “evitadores”, que no desean información y evitan pensar en el procedimiento médico.
- 3- Sujetos combinatorios, neutrales o “mixtos”, que alternan las dos pautas anteriores

Así, la preparación psicológica de los progenitores es primordial para poder ayudar eficazmente a sus hijos, ya que con sus propios miedos pueden, y generalmente sucede de esta manera, condicionar al infante. Por lo tanto, el contagio emocional y la crisis parental justifican sobradamente los programas de atención psicológica para los padres.

A modo de conclusión, puede decirse que el afrontamiento paterno adecuado de la hospitalización y de la cirugía, incluyendo el apoyo al hijo, minimiza el impacto negativo de todo el proceso quirúrgico en el niño.

EL PERSONAL SANITARIO

SU INFLUENCIA EN LA PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA

Si bien todo lo que se refiere a psicoprofilaxis quirúrgica apunta al trabajo directo con los niños, la eficacia de la preparación psicológica no sería realmente efectiva si no se tuvieran en cuenta otros aspectos importantes simultáneamente con el estado emocional del niño, la hospitalización y la cirugía en sí misma. Entonces, si uno de los principales objetivos es que el niño transite el proceso quirúrgico con la mayor tranquilidad posible, hay que prestar especial atención al papel que cumple el personal sanitario en el proceso quirúrgico más allá de lo puramente biológico-anatómico.

De hecho, todos los profesionales que trabajan en el hospital pueden incidir en alguna medida en la experiencia hospitalaria del paciente, ya que el trato que reciben tanto los padres como el niño es uno de los factores determinantes de la vivencia emocional. Sin embargo, los vínculos que generan mayores problemas relacionados con la satisfacción del paciente, y lo influyen en diversos aspectos, son los que se establecen principalmente con los médicos y los enfermeros.

El quehacer del equipo clínico se desarrolla en medio de la ansiedad que genera el contacto reiterado con la muerte, el dolor y la incertidumbre tanto del paciente como de su familia. A ello se agrega la obligación de tomar decisiones y ejecutar actos médicos bajo la presión del tiempo. Así, según Bleger (1966), una tarea altamente ansiógena, como es el contacto diario con los problemas de la salud-enfermedad, crea en el equipo hospitalario comportamientos defensivos de distinta índole. El médico tiende, como conducta defensiva, a adoptar una actitud omnipotente y fría para con sus pacientes. Desde su formación, el médico trata de mantener distancia y evitar verse abrumado por el sufrimiento del otro. En este sentido, los conocimientos y las experiencias, como así también el uso abusivo de los medicamentos, operan para cubrirse de las situaciones conflictivas y para defenderse de la propia subjetividad y de la del otro.

Por otro lado, esta actitud del médico insta y fomenta, a su vez, una incomunicación entre los mismos médicos y entre éstos con los enfermeros. Los problemas comunicacionales entre el personal sanitario, además de crear un ambiente de trabajo inhóspito, no permiten que los distintos aspectos sobre la evolución de los pacientes lleguen a complementarse, ya que no hay el suficiente

grado de intercambio de información sobre los puntos de vista de los enfermeros y los médicos, y en consecuencia la atención al paciente se ve perjudicada.

Haciendo hincapié en la relación entre el personal sanitario y el paciente, se entiende que cada uno ocupa un papel definido, diferenciado, según un orden preestablecido. Por lo general, esta relación en el hospital se caracteriza por ser (Méndez y Ortigosa, 2000, pp.43):

- 1- Asimétrica: el médico es la figura de autoridad que prescribe el tratamiento y el papel del enfermo se limita a cumplirlo;
- 2- Técnica: el médico es el profesional que presta sus servicios y el enfermo es el cliente que los demanda;
- 3- Impersonal: el contacto con el médico es muy reducido debido a la presión asistencial.

Además, como describe M. Mucci (2004, pp.183) en estas relaciones la dimensión comunicacional parecería estar sujeta a cortes:

- a- el enfermo es un interlocutor “pasivo”: se lo escucha desde la perspectiva de la enfermedad;
- b- el médico desplaza su lugar de curador y se instala en el de técnico “objetivo”. Como efecto, la comunicación es unidireccional y bloquea la capacidad expresiva del enfermo;
- c- está limitada a las causas: resueltas éstas, la relación se interrumpe.

Sin embargo, como el ser humano, en especial el niño, necesita apoyo social cuando la situación estresante se hace presente, resulta muy significativo, para la obtención del éxito en los cuidados de la salud:

- la puesta en práctica de una actitud profesional adecuada;
- el conocimiento de los procesos psíquicos que determinan la conducta del enfermo y la mejor manera de abordarlos;
- el establecimiento de relaciones interpersonales satisfactorias entre los profesionales y el paciente.

El conocimiento de los factores psicológicos relacionados al sujeto, principalmente los asociados a la enfermedad/cirugía, aporta al personal sanitario

muchos elementos útiles para atender mejor a sus pacientes. El hecho de que tanto el médico como los enfermeros puedan ponerse en el lugar del paciente y su familia, conozcan sus miedos, incertidumbres, angustias, etc. posibilita un mayor entendimiento de la personalidad del niño, y en consecuencia se accede al conocimiento global del paciente (a nivel físico y psíquico); es decir, se pasa de tratar a una persona objeto de enfermedad a tratar a un sujeto con todo lo que ello implica.

Usualmente, el médico no correlaciona las dificultades que puedan surgir durante el proceso quirúrgico con factores psíquicos y termina considerándolas inexplicables o azarosas, o de aparición no previsible. A causa de esto, el estar informado sobre los mecanismos emocionales permite al médico una mayor comprensión de muchas conductas desconcertantes de sus enfermos, y también evita que lo tomen por sorpresa condiciones psíquicas del paciente o de la familia que pueden perturbar su claridad conceptual y su equilibrio emocional, indispensables para no cometer errores diagnósticos o terapéuticos. (Giacomantone y Mejía, 1997)

Así, una buena y saludable relación es aquella en la que no sólo se trabaja con la información objetiva sino también con la emocional. Por esto, es importante que tanto el médico como los enfermeros puedan desarrollar una actitud empática, de confianza y apoyo, estableciendo una comunicación biridireccional, mostrando que están dispuestos a contestar preguntas, aclarar dudas y, sobre todo, a dedicar tiempo suficiente para resolver las preocupaciones e inquietudes de los padres y del niño. Es decir, se debe dejar al paciente y al familiar que exprese sus emociones y sus actitudes; de esta forma el médico podrá comprender, entre otras cosas, por qué no sigue sus consejos, las reticencias al tratamiento, etc.

Precisamente, cuando la relación entre el personal sanitario y el paciente es defectuosa, sucede lo siguiente (Latorre y Beneit, 1994, pp.184):

- 1- Los enfermos se encierran en sí mismo, se vuelven pasivos y menos comunicativos. Colaboran menos en el proceso de tratamiento, y se desconoce qué es lo que está pasando.
- 2- Se incrementa el temor y la ansiedad ante la enfermedad, lo que repercute negativamente en su establecimiento.

- 3- Los profesionales se manejan más a través de la intuición que del conocimiento, y se vuelven más inseguros.
- 4- Los pacientes no siguen, de forma total o parcial, las prescripciones que reciben.

Entonces, uno de los principales recaudos que deben tomar los médicos y enfermeros para mejorar los vínculos con los pacientes es el establecimiento de una comunicación clara y eficaz, sobre todo a la hora de informar los aspectos implicados de la enfermedad y de la necesidad de una cirugía. Por ejemplo, algunos pacientes reciben comunicaciones preparatorias muy duras, que involuntariamente estimulan la ansiedad y los sentimientos de indefensión que hacen disminuir la tolerancia al estrés. Del mismo modo los mensajes muy cortos, que duran alrededor de minutos y transmiten información sobre amenazas inminentes, suelen ser débiles para cambiar las expectativas del paciente y, en consecuencia, carecen de efecto positivo. Estos tipos de información son los que, por lo general, suele transmitir el personal sanitario que no está preparado para atender a las necesidades emocionales de sus pacientes

Otro de los factores que facilitan la emergencia de una ansiedad prequirúrgica elevada, es el uso de un lenguaje muy técnico por parte del equipo médico, ya que el paciente y sus familiares, generalmente, no comprenden el significado correcto de los conceptos transmitidos. Por esto es necesario que se “traduzcan” a términos comprensibles antes de ser comunicados, sobre todo cuando se esta informando y tratando con un niño.

Al mismo tiempo, el médico debe estar atento e indagar sobre la información que pueda tener la familia y/o el paciente sobre su propia enfermedad, ya que, naturalmente, interpretarán las prescripciones y la nueva información estructurándolas según sus ideas previas. Se recomienda que al momento de informar el profesional parta de esta información ampliándola y corrigiéndola, a través de una escucha cálida, analítica y directiva. Si el médico no sabe qué información poseen los padres y/o el niño, le resultará muy difícil transmitirle la información apropiada, dado que en muchos casos lo que se pretende transmitir posiblemente no concuerde con la información previa del paciente, y por lo tanto, no se comprenda, se pierda o sea interpretada inadecuadamente.

Todas estas situaciones, asimismo, afectan al correcto cumplimiento de las prescripciones médicas. El hecho de que los pacientes no puedan recordar la cantidad de explicaciones e informaciones que se les brinda, puede deberse a la situación estresante por la cual están transitando y, a su vez, por la falta de relaciones empáticas del personal sanitario. Por esto, también se recomienda que el médico dedique su tiempo a otorgarles la información por escrito a cada paciente, así con este detalle de atención individualizada se les da a entender que el profesional realmente está preocupado e interesado por su bienestar y, en consecuencia, se favorece la creación de vínculos saludables.

Sin embargo, el médico no debe limitarse a informar sobre cómo seguir el tratamiento, sino que debe motivar al paciente para que lo lleve a cabo. Para la motivación, es muy importante informar sobre por qué funciona el tratamiento, las ventajas de seguirlo y los inconvenientes de no realizarlo.

Por otro lado, lo que merece una breve consideración especial es la relación del equipo de enfermería con los pacientes, puesto que es la más estrecha que se da a lo largo de la hospitalización. Los enfermeros/as son los que conocen, mejor que los médicos, los vaivenes del estado anímico de los pacientes; debido a que mantienen con los enfermos y con los familiares un trato más prolongado, que incluye la intimidad del contacto cotidiano con el paciente y sus necesidades corporales, el compartir muchas horas con él y su familia, y el hecho de ser las primeras personas que son llamadas ante cualquier dolor o urgencia. En consecuencia, las relaciones pacientes-enfermeras/os son las marcarán, en un sentido u otro, de forma más acusada la estancia hospitalaria.

Todo esto otorga una gran trascendencia a la calidad que tenga la atención el equipo de enfermería; dicha atención puede ser fuente de tranquilización y reaseguramiento para muchos sujetos que, por estar enfermos y/o tener que ser operados, suelen hallarse bastante desconcertados y angustiados.

Además, dado que los enfermeros son los que mantienen vínculos más estrechos con los pacientes, suelen ser los encargados de tratar el dolor de los mismos. Por este motivo es indispensable que ellos sepan evaluar correctamente el dolor de los pacientes para decidir adecuadamente si administran o no medicación, ya que, en muchos casos, no existe correlación entre el dolor que realmente sufren los enfermos y el que los enfermeros/as suponen que éstos sienten.

A modo de síntesis, algunos de los beneficios que acarrea una buena relación entre el personal sanitario y los pacientes que se pueden delinear son:

- los integrantes del equipo hospitalario dejan de ser personas desconocidas para el paciente y se tornan sujetos de confianza;
- el paciente y su familia se sienten más contenidos y apuntalados emocionalmente, y en consecuencia se favorece a la recuperación del enfermo;
- se instaura una comunicación abierta entre el personal sanitario y el paciente, por lo que el sujeto y su familia adoptan actitudes de afrontamiento más eficaces;
- se contribuye a establecer grados tolerables de ansiedades y angustias en el grupo (paciente-familia);
- durante el período intraquirúrgico, la contención brindada en la antesala quirúrgica y el quirófano por el personal clínico tiene un gran efecto tranquilizador;
- hay mayor adherencia terapéutica;
- los diagnósticos realizados y los tratamientos elegidos por el médico son más acertados a causa del intercambio de información;
- el equipo hospitalario recibe feedback sobre la adecuación de sus habilidades de atención terapéutica;
- se instaura un clima de trabajo productivo y humanitario, mejorándose así la calidad de asistencial.

INVESTIGACIÓN DIAGNÓSTICA

PRESENTACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

La clínica neo-pediátrica NEOFORM S.R.L es una sociedad de cinco médicos pediatras que en el año 1987, ante la falta de un servicio de neonatología en la ciudad de Formosa, crea el mismo con una capacidad de 6 incubadoras y 10 cunas y un servicio de atención del Recién Nacido, asistencia del parto y guardia activa permanente, por lo que se instaló en la Maternidad de Formosa.

En el año 1993, y al cerrarse el único centro de atención de pediatría de Formosa, Neoform se traslada al Sanatorio Lelong donde, además de brindar servicio de neonatología, se agrega internación pediátrica (4 camas de Unidad de Terapia Intensiva y 8 camas de internación común.)

Por último, se traslada a la Clínica Doctor Jorge Vrsalovic en el año 1997, donde funciona actualmente contando con 8 incubadoras y 10 cunas en el servicio de neonatología, y 6 camas de terapia pediátrica y 10 camas de internación común.

Actualmente NEOFORM S.R.L se encuentra inserta en dicha clínica polivalente que cuenta con todos los servicios (cirugía, diagnóstico por imágenes, laboratorio, traumatología, etc.)

El plantel está conformado por un jefe de pediatría y un jefe de neonatología, 6 médicos de planta y 8 médicos de guardia, con guardia pasiva en todas las especialidades.

METAS:

El objetivo de la empresa NEOFORM S.R.L fue, en su inicio, brindar a la comunidad de toda la Provincia de Formosa un servicio que hasta ese momento no

se brindaba, y para los socios tener un lugar de trabajo adecuado a las características de lo que pensaban y para lo que se habían formado.

En la actualidad, y luego de 21 años de trabajo, su misión es acercarse a la excelencia y, sobre todo, a la formación de material humano que continúe con los objetivos iniciales de la empresa.

ACTIVIDADES DIARIAS DEL SERVICIO

GUARDIA PERMANENTE: Internación y Consultorio de guardia.

MÉDICO DE PLANTA: de 8 hs a 14 hs y de 16 hs a 20 hs.

PASE DE SALA DE GUARDIA (Médico de Planta y Médico de Guardia): 9 hs y 20 hs.

PASE DE SALA GENERAL (Todos los Médicos del Servicio) 12:30 hs.

GUARDIA PASIVA (Refuerzo de guardia, reemplazo, etc.)

FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE CIRUGÍA INFANTIL

Entre quince y veinte días antes el médico-cirujano del paciente solicita un turno para la cirugía con el médico de planta de la clínica, quien tiene la función de internar a los pacientes. El día previo a la intervención quirúrgica, entre las 18 hs y las 20hs el paciente llega a la clínica con todos los estudios requeridos para la cirugía (laboratorios, electros, etc) y el médico de planta revisa al paciente para cerciorarse de que éste se encuentre en condiciones adecuadas para ser intervenido quirúrgicamente y realiza la historia clínica de ingreso.

La internación se efectúa el mismo día de la intervención a las 6 AM. y las cirugías se realizan entre las 8 hs y las 11 hs de la mañana.

La mayoría de los pacientes, casi el 80%, es dado de alta el mismo día de la cirugía o 24 hs después en horas del atardecer y el 20% restante, son pacientes que

tuvieron alguna complicación y necesitan mas tiempo de internación postquirúrgica que varía de 48 hs a una semana.

A las 24 hs o 48hs del alta, los pacientes tienen una entrevista con su cirujano por consultorio externo, quien es el encargado de llevar a adelante el seguimiento posquirúrgico.

El plantel de personal sanitario está compuesto por un médico de planta, un médico de guardia y, por cada 10 pacientes internados hay un enfermero en el piso, excepto cuando hay algún paciente en estado crítico al cual se le asigna un enfermero particular.

Además, los socios fundadores a las 12:30hs realizan lo que ellos llaman el “pase de sala general”, que consiste en una junta médica para discutir cada caso y luego proceden a visitar a cada paciente hospitalizado.

Por día, suelen ser intervenidos de 2 a 4 niños y las cirugías más frecuentes son las amigdalectomías, adenoidectomías, hernias y malformaciones congénitas. Por lo general son cirugías sencillas, pero las que pueden presentar mayores complicaciones son las malformaciones. Dentro de las que presentan mayores riesgos, pueden citarse las criptorquideas y las fimosis ya que además poseen un postoperatorio complicado y muy doloroso para el paciente.

ESTADÍSTICAS 2006/2007

INTERNACIONES ANUALES	1124
INTERNACIONES NEONATALES	168
INTERNACIONES PEDIÁTRICAS	1056
CIRUGÍAS ANUALES	502
PROMEDIO DE CIRUGÍAS PROGRAMADAS	76%
PROMEDIO DE CIRUGÍAS DE URGENCIA	24%
CONSULTAS POR GUARDIAS ANUALES	10320
PARTOS REALIZADOS ANUALMENTE	504

DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL

Para poder generar propuestas de intervención en la institución, específicamente en el servicio de cirugía infantil, resulta inevitable partir de un diagnóstico institucional que permita conocer la situación en que se encuentra dicho servicio, para así contar con la información necesaria y a partir del análisis de ésta materializar las herramientas requeridas para proceder con la intervención.

METODOLOGÍA

A continuación se describen los métodos y procedimientos utilizados con el objetivo de recabar datos e información de la institución:

➤ ENTREVISTA SEMI-DIRIGIDA:

Se pautó concretar la entrevista con el socio-gerente de la institución, el médico pediatra Amador Palavecino, ya que se considera que es quien mejor conoce a la clínica, su historia, sus necesidades y funcionamiento.

Con el fin de indagar y recabar información pertinente, la entrevista fue realizada partiendo de los siguientes ejes*:

- Historia de la institución, objetivos y metas;
- Organización y funcionamiento del servicio de Cirugía Infantil;
- Estadísticas de frecuencia de los tipos de intervención, así como las posibles complicaciones y síntomas que acarrearán;
- Las posibles demandas y necesidades que presentan tanto los pacientes como los familiares.

* Véase modelo de Entrevista en Anexo 1.

➤ CUESTIONARIO DE OBSERVACIÓN DE CONDUCTAS Y ANSIEDAD:

Los cuestionarios fueron administrados tanto a los médicos de planta como a los enfermeros del servicio de Cirugía Pediátrica, conformando una muestra total de 8 profesionales, con el fin de obtener datos que evidencien la presencia de angustias

y ansiedades en los niños-pacientes y su familia para que así se fundamente la utilidad y viabilidad del presente proyecto.

Los ejes* tenidos en cuenta para la conformación del cuestionario fueron:

- Conductas que podría manifestar el niño como consecuencia de la estadía hospitalaria;
- Reacciones conductuales y emocionales de los niños cuando son trasladados al quirófano;
- Conductas que podrían evidenciar los padres de los pacientes con relación al proceso quirúrgico de sus hijos.

* Véase modelo de Cuestionario en Anexo 2.

Durante el análisis de datos surgió que los profesionales mencionaban en porcentajes similares la cantidad de síntomas presentados por los niños en el primer y segundo eje, por lo cual se unificaron estos dos ejes para establecer los porcentajes y frecuencias de síntomas.

Por otro lado, los cuestionarios presentaban consignas denominadas Reactivas para aquellas que denotaban conductas orientadas al diálogo, estados de ánimo tranquilo y comprensión de los procedimientos; y otras, denominadas No Reactivas, que evidenciaban conductas de ansiedad manifiesta. En función de esto se establecieron dos escalas de medición relacionadas a estos indicadores para el análisis de datos, las cuales se muestran continuación:

❖ *ESCALA DE MEDICIÓN PARA LOS DOS PRIMEROS EJES:*

No Reactivos	Cant. De Síntomas	Nivel de Ansiedad
	0	No Presenta
	1 a 7	Bajo
	8 a 15	Medio
	16 a 23	Alto
Reactivos	Cant. De Síntomas	Nivel de Tranquilidad
	0	No Presenta
	1 a 2	Bajo
	3 a 5	Medio
	4 a 6	Alto

❖ *ESCALA DE MEDICIÓN PARA EL TERCER EJE:*

No Reactivos	Cant. De Síntomas	Nivel de Ansiedad
	0	No Presenta
	0 a 2	Bajo
	3 a 6	Medio
	7 a 10	Alto
Reactivos	Cant. De Síntomas	Nivel de Tranquilidad
	0	No Presenta
	0 a 1	Bajo
	1 a 2	Medio
	2 a 3	Alto

➤ CUESTIONARIO DE OBSERVACIÓN DE ANSIEDAD- ESTADO DEL NIÑO Y CUESTIONARIO DE PREOCUPACIONES PARA PADRES:

Estos cuestionarios fueron confeccionados con el mismo fin que el precedente pero para ser administrados a los padres de los niños con indicación de intervención quirúrgica.

Los cuestionarios se entregaron personalmente a los 7 padres que conformaron la muestra aleatoria, cuando éstos concurrían a la consulta con el médico de planta, el día previo a la cirugía, para así señalarles las indicaciones necesarias para responder el instrumento de manera adecuada.

Los cuestionarios fueron retirados al momento del alta de los pacientes; se indagaba sobre alguna dificultad o duda que hayan tenido los padres para contestar dicho cuestionario, y luego se procedía a la aclaración en los casos que surgieron los inconvenientes.

A continuación se exponen tanto los ejes que sirvieron de base para la estructuración de ambos cuestionarios como así también las escalas de medición que se establecieron para su posterior análisis:

❖ CUESTIONARIO DE OBSERVACIÓN DE ANSIEDAD- ESTADO DEL NIÑO:

Los ejes* que se tuvieron en cuenta fueron los siguientes:

- Estado anímico y conductual del niño una vez que fue informado de la intervención quirúrgica;
- Reacciones conductuales del niño durante la estadía hospitalaria.

* Véase modelo de Cuestionario en Anexo 3.

En lo que respecta al *primero de los ejes*, de las 12 consignas totales que lo componen, tres de ellas son Reactivos que denotan estados anímicos de tranquilidad, seguridad y alegría y las nueve restantes representan síntomas de ansiedad frente a la cirugía; por tanto la escala de medición establecida es la siguiente:

No Reactivos	Cant. De Síntomas	Nivel de Ansiedad
	0	No Presenta
	1 a 3	Bajo
	4 a 6	Medio
	6 a 9	Alto
Reactivos	Cant. De Síntomas	Nivel de Tranquilidad
	0	No Presenta
	0 a 1	Bajo
	1 a 2	Medio
	2 a 3	Alto

Para el análisis del *segundo eje* se tuvo en cuenta la presencia o ausencia de síntomas ansiógenos durante la hospitalización, ya que las 15 consignas del cuestionario representan indicadores de ansiedad.

Cant. De Síntomas	Nivel de Ansiedad
0 a 4	Bajo
5 a 10	Medio
11 a 15	Alto

❖ CUESTIONARIO DE PREOCUPACIONES PARA PADRES:

El eje en el cual se basó la confección del cuestionario es el siguiente:

- Diferentes preocupaciones que podrían sentir y experimentar los padres con relación al proceso quirúrgico del hijo.

Además, se incluyó una pregunta abierta al final del cuestionario para dar la posibilidad a los padres que describan si poseían alguna otra preocupación que no se encuentre en la lista proporcionada por el cuestionario. (Véase modelo de Cuestionario en Anexo 4.)

Para el análisis de este cuestionario se estableció la siguiente escala de medición:

Cant. De Preocupaciones	Nivel de Preocupación
0 a 5	Bajo
6 a 12	Medio
13 a 17	Alto

ANÁLISIS DE DATOS

A partir del análisis de la información recogida a través de la entrevista con el directivo como así también de los cuestionarios aplicados a los padres y a los profesionales, se encontraron varios datos significativos.

En primer lugar, se puede mencionar la buena predisposición tanto del personal sanitario como de los pacientes al ingreso de un psicólogo a la institución, ya que hubo una respuesta positiva por parte de todos ellos cuando se los contactó para la administración de los cuestionarios como así también cuando se pautó la entrevista con el socio-gerente de la clínica.

Por otro lado, el contacto directo con los pacientes y sus padres, y la apertura de éstos al diálogo evidencian las grandes posibilidades de poder llevar a cabo este proyecto ya que a éstos apuntan los objetivos de la intervención.

Así, una de las primeras características que surge del análisis es la disponibilidad de los profesionales tanto para contestar el cuestionario como para reconocer la necesidad de incorporar a la institución un profesional idóneo en materia de psicoprofilaxis quirúrgica.

Esto se denota claramente en la entrevista con el director, quien menciona la necesidad de un psicólogo para cumplir las tareas de contención emocional al paciente, que en la actualidad son realizadas por el cirujano o por los enfermeros.

Son éstos últimos quienes son abordados por los padres para preguntar o aclarar dudas sobre los procedimientos médicos, canalizando así sus ansiedades. Esto lleva a remarcar que la contención emocional, si bien es escasa e inadecuada, está orientada principalmente hacia los adultos, dejando de lado, la mayoría de las veces, el estado emocional de los niños. Todo esto es provocado por diferentes factores, como ser la falta de idoneidad de los profesionales para trabajar atendiendo a las necesidades psíquicas y emocionales del niño, la insistencia y clara manifestación de síntomas de ansiedad por parte de los padres, y por la falta de capacidades de los infantes para expresar adecuadamente de manera verbal estas emociones, lo cual es propio de la etapa evolutiva de ellos (el rango de las edades de los pacientes va de los 2 a los 10 años.)

Si bien los niños no son contenidos adecuadamente, los médicos y enfermeros sí detectan y/o visualizan síntomas de ansiedad en ellos. Esto puede

apreciarse en el gráfico 1 que refleja los datos arrojados por los cuestionarios, donde el 87,5% de los profesionales encuestados dicen que los niños presentan un nivel de ansiedad medio (entre 8 a 15 síntomas de los relevados); y el 12,5% restante plantean la manifestación de niveles altos de ansiedad (presencia de 16 o más síntomas en los niños.)

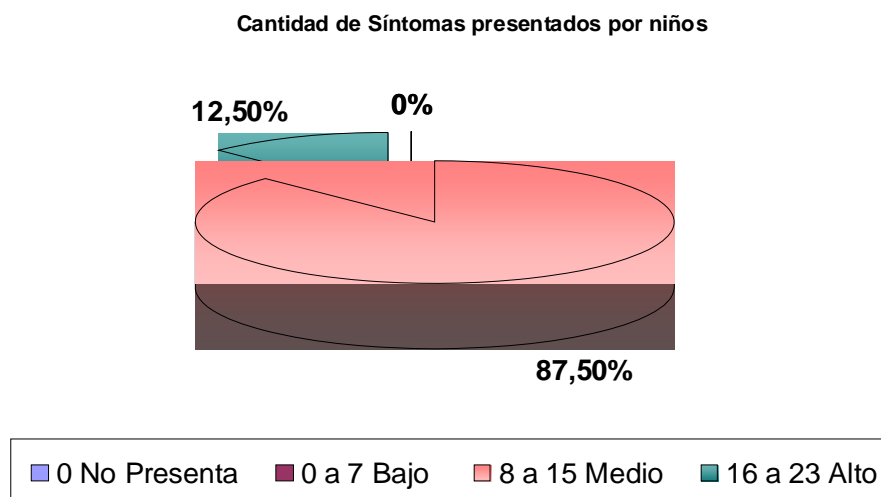


Gráfico 1. Distribución de cantidad de síntomas de ansiedad manifiesta en los niños apreciados por el personal sanitario.

Esto se traduce en que el personal sanitario observó que, por lo general, los infantes exhiben signos físicos de ansiedad (sudoración, postura rígida, inquietud motora, cambio en la tonalidad vocal, etc). Además, revelan que si bien los niños presentan con suficiente frecuencia reacciones de temor, timidez, que verbalizan miedos relacionados al proceso quirúrgico, habitualmente cumplen y respetan las normas del sistema hospitalario, tanto en lo que se refiere a la aceptación de los cuidados médicos como a la forma que deben comportarse dentro de la clínica.

Por otro lado, cabe mencionar que los profesionales sanitarios observaron que el momento más ansiógeno para los niños, se da cuando éstos son trasladados al quirófano, situación que los torna de difícil manejo ya que manifiestan desazón, llantos y se resisten a separarse de los padres.

Con respecto a la apreciación de los padres, haciendo referencia a los dos primeros ejes* que estructuraron los cuestionarios administrados, el 57,2% de los padres observaron indicadores emocionales de niveles medios y altos ansiedad en sus hijos al ser informados de la inminente cirugía. Entre los indicadores más frecuentes se pueden mencionar: inquietud, nerviosismo, temores, timidez, demanda de mayores cuidados y atención. Lo descripto puede verse claramente en el gráfico 2 que se presenta a continuación.

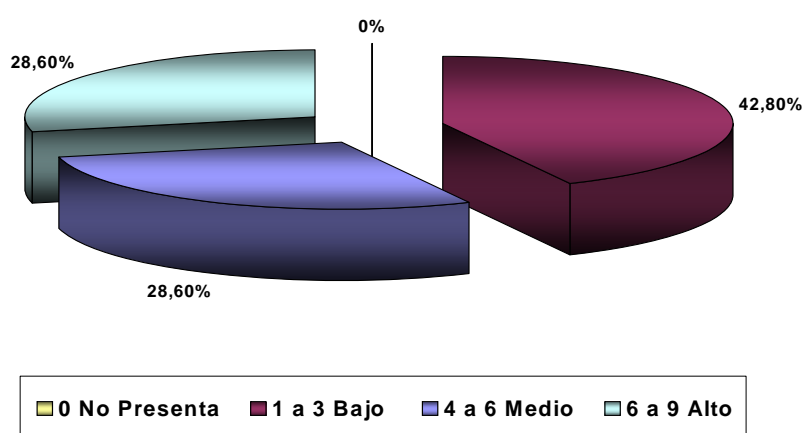


Gráfico 2. Distribución de cantidad de síntomas emocionales observados por los padres.

De la misma forma, los padres advirtieron que sus hijos manifestaban llantos, inquietud motora, apego a los adultos, temores tanto a la cirugía en sí como al personal sanitario, y la gran mayoría sostuvo que los niños hablaban con insistencia del deseo de volver a sus casas. Es decir, como se refleja el gráfico número 3, el 57,1% de los padres señalaron la presencia de 5 a 10 conductas ansiógenas (nivel medio) en los niños durante la hospitalización, mientras que el 14,3% manifestó que sus hijos presentaban niveles altos (entre 11 y 15 conductas.)

* ver anexos

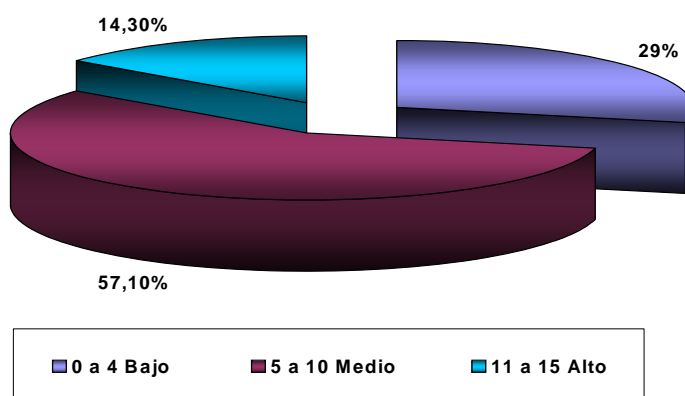


Gráfico3. Distribución de cantidad de síntomas conductuales en los niños apreciados por los padres.

Al igual que los niños, sus padres presentan síntomas de ansiedad lo cual se verifica en los datos arrojados por el análisis de los instrumentos aplicados a ellos y al personal sanitario.

En lo que se refiere a los padres, de los cuestionarios de preocupaciones que se le administraron, se puede decir que el 57,15% de los casos presentaron niveles medios de preocupación (entre 6 y 12 preocupaciones); mientras que el 42,85% manifestaron niveles altos (de 13 a 17 preocupaciones), tanto por el estado emocional como así también por el proceso quirúrgico de sus hijos, haciendo mayor hincapié a lo que alude a la anestesia y a las secuelas o eventuales complicaciones de la cirugía.

Conjuntamente, los cuestionarios incluían una pregunta abierta para dar la posibilidad a los padres de comentar si poseían alguna otra inquietud que no se haya tenido en cuenta en la lista ofrecida. Unos expusieron preocupaciones económicas, otros que los médicos no sean del todo sinceros con respecto a la salud de sus hijos e incluso algunos plantearon que les preocupaba la posible reacción del niño tras el alta.

Todos estos datos pueden ser asociados a los niveles de ansiedad que presentan los padres de acuerdo a la visión de los profesionales encuestados, como puede observarse en el siguiente gráfico número 4.

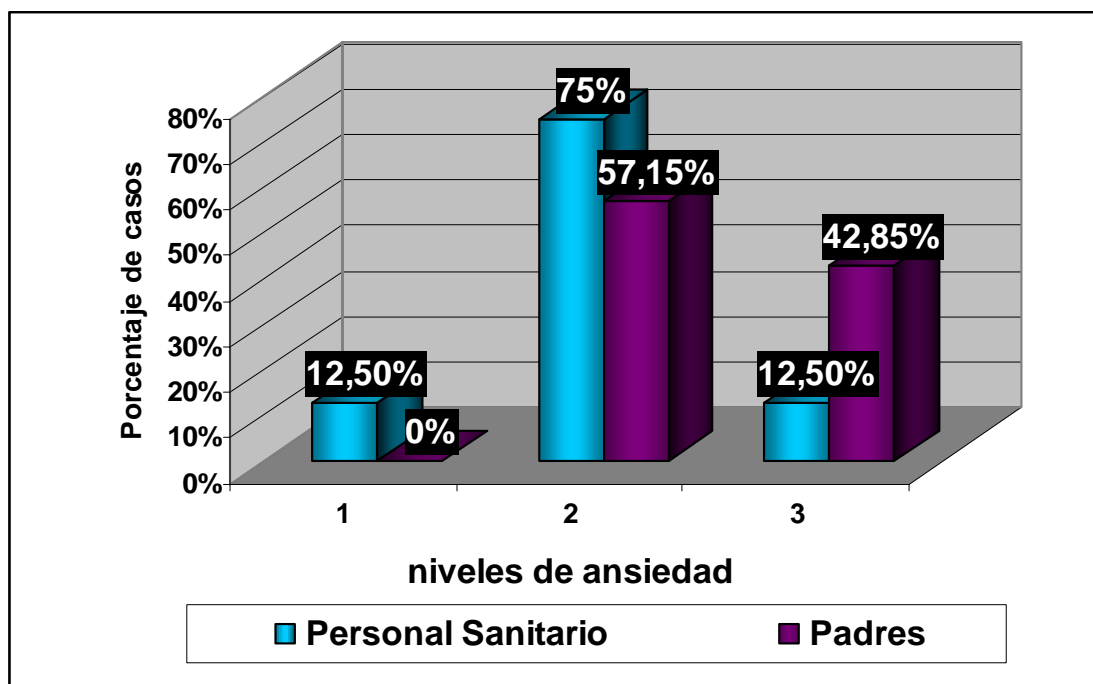


Gráfico 4. Comparación de niveles de ansiedad apreciados por padres y el personal sanitario.

Según estos resultados el 75% de los profesionales encuestados considera que los padres manifiestan niveles medios de ansiedad frente al proceso quirúrgico del niño (de 3 a 6 síntomas), y el 25% restante se divide por partes iguales (12,5%) entre los que observaron niveles bajos de ansiedad (menos de 2 síntomas) y niveles altos (más de 7) en los padres.

De todas las consignas exhibidas en el instrumento, el personal sanitario destacó como las más frecuentes entre los padres las siguientes: la constante demanda al personal, el gran consentimiento hacia los hijos evidenciando conductas de sobreprotección, signos de incertidumbre y preocupación por el estado de salud, a pesar de que la mayoría se mostraba confiado con el trato médico y, en consecuencia, cooperaban con el tratamiento.

Teniendo en cuenta la información recogida y todos los porcentajes expuestos, se puede concluir en primer lugar que tanto padres como niños presentan ansiedades manifiestas en niveles medios y altos en la mayoría de los casos. Además, considerando que la contención emocional proporcionada por la

institución no es adecuada, principalmente la dirigida a los infantes, cabe resaltar esta situación como el espacio apropiado y oportuno para desarrollar un programa de intervención como el que se desarrollará con este proyecto.

Por otro lado, en lo que concierne al momento prequirúrgico, al establecerse el primer contacto con el paciente aproximadamente 15 días antes de la cirugía y luego tener un segundo encuentro con éste el día previo a la intervención, otorga el tiempo suficiente para trabajar con las ansiedades y angustias que puedan presentar los pacientes frente al proceso quirúrgico.

Asimismo, cabe agregar que siendo las cirugías de complejidades menores y los tiempos de internación postoperatorios acotados, los niveles de ansiedad disminuyen mas rápidamente cuando los pacientes retornan a sus actividades cotidianas; por lo tanto, brindándoles una adecuada preparación psicológica durante la fase prequirúrgica se reducirían las eventuales consecuencias y riesgos psicológicos que produce el hecho de someterse a intervenciones médicas de este tipo.

Como se mencionó anteriormente una de las principales debilidades de la institución es la carencia de un gabinete psicológico o de profesionales especializados en psicoprofilaxis quirúrgica, es decir, de profesionales capacitados para contener y sostener al paciente y a su familia al momento de enfrentarse a una situación estresante como es la cirugía. Entre otras cosas, esta situación se debe a la existencia de un presupuesto económico acotado, ya que en ese sentido la clínica depende en gran medida de las obras sociales y éstas no prestan la cobertura requerida para afrontar un gabinete psicológico. Sin embargo, los directivos de la institución estarían dispuestos a invertir de los propios fondos de la clínica el presupuesto necesario para concretar este proyecto, según lo sugerido por el socio-gerente en la entrevista.

Además de la gran predisposición de los directivos de la institución para el establecimiento de un consultorio psicológico donde pueda desarrollarse el programa de psicoprofilaxis quirúrgica, también existe la disponibilidad edilicia para la instalación del mismo.

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA

A modo de síntesis, se presenta a continuación un cuadro con las conclusiones diagnósticas (F.O.D.A.) basado en la información obtenida en la institución.

FORTALEZAS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Personal sanitario predispuesto al ingreso del psicólogo; ✓ Contacto directo con el paciente y sus padres; ✓ Comienzo del contacto prequirúrgico 15 días antes de la cirugía; ✓ Poco tiempo de internación postquirúrgica;
DEBILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No hay gabinete psicológico o profesionales especializados en psicoprofilaxis quirúrgica; ✓ La escasa contención emocional existente está orientada a los padres; ✓ Presupuesto económico acotado. Dependencia de las obras sociales.
OPORTUNIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Predisposición de la institución para el establecimiento de un consultorio psicológico; ✓ Disponibilidad edilicia para la instalación de un consultorio psicológico; ✓ Reconocimiento por parte de la institución de la necesidad de incorporar profesionales especializados en psicoprofilaxis quirúrgica.
AMENAZAS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No se detectan amenazas directas.

PROYECTO DE APLICACIÓN PROFESIONAL

OBJETIVO DEL PAP:

- Elaborar una estrategia de intervención de psicoprofilaxis quirúrgica en niños pequeños como mecanismo preventivo/asistencial a nivel psicológico.

DESCRIPCIÓN:

El presente proyecto, como plan de trabajo y de abordaje preventivo/asistencial, está fraccionado en dos niveles de intervención con la finalidad de poder concretar de manera fructífera todos los objetivos, tanto el general como los específicos, que fueron detallados en la presentación y delimitación del tema (véase pág. 8).

El primer nivel de intervención, "*Psicoprofilaxis Quirúrgica en niños*", está destinado principalmente a los infantes con indicación quirúrgica programada. Es decir, se detallarán y describirán los objetivos y las actividades que se enfocan a prevenir los efectos nocivos que podrían acarrear la hospitalización y la inminente cirugía, tanto a nivel físico como a nivel psíquico, en los pacientes.

Teniendo en cuenta que el proceso quirúrgico consta de diferentes períodos (prequirúrgico, intraquirúrgico y posquirúrgico), el prequirúrgico, que en este caso tiene una duración de aproximadamente 15 días, suele ser el más ansiógeno y, por lo tanto, el período más adecuado para trabajar desde la prevención y desde el asistencialismo a nivel emocional con los niños y sus padres.

Así se establecerán encuentros semanales, en los cuales se informará sobre el proceso quirúrgico, se apuntará a estabilizar los niveles de ansiedad prequirúrgica y se proporcionarán técnicas de afrontamiento y de relajación. Las actividades que se desarrollarán tienen como fin que el niño y su familia transiten de la mejor manera posible el proceso quirúrgico y, al mismo tiempo, que lleguen con una preparación psicológica óptima al momento de la cirugía.

Si bien en el plan de actividades están estipulados cuatro encuentros previos a la intervención quirúrgica, la cantidad de sesiones dependerá de las necesidades y dificultades que el niño vaya presentando a lo largo del proceso.

El segundo nivel de intervención, llamado “*Capacitación para el Personal Sanitario*” esta dividido en tres módulos, los cuales están destinados al trabajo con los médicos y con los enfermeros que conforman el servicio de cirugía infantil de la Clínica Neo-Pediátrica NEOFORM S.R.L.

Puesto que el personal sanitario no está debidamente preparado para contener al paciente y a su familia, se propone un programa de capacitación para instruirlos y darles las herramientas necesarias para lograrlo adecuadamente.

Como la mayoría de los niños, a los cuales está destinado este proyecto de aplicación, permanecen internados aproximadamente 24 horas y, por lo tanto, no entablan relaciones de larga duración con el equipo quirúrgico, no se aplicarán talleres y/o encuentros conjuntos para ambas poblaciones, ya que esto podría favorecer al establecimiento de vínculos acentuados y resultar contraproducente para el niño.

Sin embargo, lo que se pretende es que los médicos y enfermeros sean conocidos por el infante, por ello se incluirán de manera aleatoria a los enfermeros de planta en el tercer encuentro del plan de actividades de los niños. Con esto, además, se persigue otro objetivo: instruir a los enfermeros en las técnicas de relajación y distracción; de esta manera podrán poner en práctica estas técnicas en situaciones donde los niños estén alejados de sus padres, como es el momento previo al ingreso de la cirugía, y presenten conductas de ansiedad propias de la situación que están atravesando.

A su vez, con este plan se apunta a que el personal sanitario pueda identificarse con los sentimientos y emociones del paciente y su familia, y así puedan tratarlos de manera adecuada y contenerlos emocionalmente.

Por último, se aspira a que los médicos y los enfermeros enfoquen su atención en las relaciones que mantienen entre sí, para que, luego del análisis de las mismas, observen la incidencia y el efecto de éstas en el proceso salud-enfermedad-curación del paciente, y en las consecuencias que pueden acarrear laboralmente en su rendimiento personal y como equipo. Es decir, se apunta a dar lugar a un metaaprendizaje que consiste en que el equipo clínico aprenda a observar y

reflexionar sobre los sucesos y a encontrar su sentido, sus efectos e interacciones en su ámbito de trabajo.

A continuación se describen ambas partes que conforman la propuesta y las diferentes estrategias de intervención para la concreción y ejecución del proyecto.

PRIMER NIVEL DE INTERVENCIÓN:

“PSICOPROFILAXIS QUIRURGICA EN NIÑOS”

OBJETIVOS:

- Promover en el paciente y familiares un soporte y contención emocional, que ayude en la disminución del estrés que genera cualquier intervención quirúrgica;
- Ayudar tanto al niño-paciente como a su familia a lograr una mejor adaptación a la situación pre y post quirúrgica, estabilizando los niveles de ansiedad y miedos básicos para así facilitar la recuperación física y psicológica;
- Promover la mayor aceptación posible de las limitaciones (físicas y mentales) derivadas de la enfermedad desarrollando estrategias útiles de afrontamiento.

PLAN DE ACTIVIDADES

La intervención a realizar se desarrollará en distintos momentos del período prequirúrgico siguiendo un plan de actividades distribuido en 2 encuentros semanales, dando un total de cuatro encuentros previos al momento de la cirugía, los cuales se esquematizan y describen a continuación.

Como se trabajará de manera situacional con el paciente y se apuntará a la máxima individualización del caso, es importante aclarar que el orden de las estrategias de intervención (tanto de las técnicas de afrontamiento como de las lúdicas) y el uso de las mismas no es invariable ni tampoco inamovible, más bien pretende ser una guía del plan de actividades el cual deberá ser adaptado a cada caso y paciente en particular, dependiendo esto de la edad del niño y de los niveles

de ansiedad prequirúrgica que se evidencien. Así, será el terapeuta quien deberá considerar la posibilidad de aumentar el número de sesiones y la conveniencia de algún método y/o estrategia según las características de cada paciente.

No obstante, se procederá a la derivación pertinente en el caso de los pacientes en los cuales se evidencien y/o emerjan conflictivas que no estén relacionadas con el proceso quirúrgico, ya que este proyecto fue pensado sólo para la prevención, contención y atención de situaciones y síntomas que estén directamente vinculados con la hospitalización, la enfermedad y su consecuente cirugía.

MATERIALES A UTILIZAR EN LOS DISTINTOS ENCUENTROS:

- ✓ Libros, cuentos, revistas;
- ✓ Dibujos, figuras, gráficos;
- ✓ Juegos, puzzles;
- ✓ Títeres;
- ✓ Instrumental médico (estetoscopio, vendas, mascarillas, termómetros, pinzas, catéteres, tensiómetros, etc.)
- ✓ Ambos, chaquetillas, batas blancas;
- ✓ Equipo de música y CDs;
- ✓ Hojas en blanco, papeles de colores, papel glasé;
- ✓ Lápices, crayones, témperas, pinceles;
- ✓ Goma de pegar y goma de borrar;
- ✓ Sacapuntas y tijeras de punta goma;
- ✓ Plastilinas;
- ✓ Caja de juguetes (muñecos, trapitos, animales, cubos, autitos, avioncitos, pelotas, utensilios de cocina, etc)

PRIMER ENCUENTRO:

OBJETIVOS:

- Proporcionar al paciente y a sus padres Información sobre el proceso quirúrgico;
- Rectificar y corregir la información inexacta que posean el paciente y sus padres;
- Esclarecer y clarificar las dudas que surjan en relación con el proceso quirúrgico;
- Observar e Indagar las características y recursos que posean los niños; es decir, focalizar en las conductas que manifiesta ante el proceso quirúrgico y en el estado anímico de éstos y de sus padres.

PROFESIONAL A CARGO: Médico cirujano y Psicólogo.

ACTIVIDADES:

- ✓ Informar sobre el Proceso Quirúrgico: explicar y dar a conocer los detalles sobre:
 - La enfermedad;
 - La cirugía;
 - Naturaleza de intervención;
 - Procedimientos médicos-quirúrgicos;
 - Aparataje e instrumental médico;
 - Sensaciones y conductas del paciente;
 - Funcionamiento hospitalario;
 - Cómo cuidar al niño una vez dado de alta.

- ✓ Aclarar y esclarecer dudas e interrogantes sobre la información proporcionada al grupo-paciente (niño y su familia.)

DURACIÓN: aproximadamente 45 minutos.

LUGAR: consultorio de la Clínica.

DESARROLLO:

Luego de que el médico cirujano del paciente informe a la familia que el niño debe ser intervenido quirúrgicamente y una vez que haya solicitado el turno correspondiente para realizar la cirugía, se acordará con los padres del paciente la fecha y hora en que se llevará a cabo el primer encuentro del plan de actividades en uno de los consultorios de la clínica.

Como lo “desconocido” es lo que más inquieta y preocupa, este encuentro funcionará a modo introductorio y, sobre todo, de familiarización del paciente y de su familia con lo que significa el acto quirúrgico, puesto que el control conductual de una persona se incrementa reduciendo la incertidumbre sobre la naturaleza y ocurrencia de los sucesos estresores.

Los profesionales que estarán a cargo de esta reunión serán el médico cirujano y el psicólogo, ya que el principal objetivo es *informar* sobre el acto quirúrgico; es decir, se apunta a explicar lo que implica la intervención, dar a conocer de qué se trata tanto la enfermedad como la cirugía y de cómo se realizará esta última. Se puntualizará sobre la naturaleza de la intervención, sobre los procedimientos médicos, las sensaciones producidas por éstos, los efectos colaterales, así como también sobre el funcionamiento hospitalario. Además, se aclararán las posibles dudas que posean tanto los padres como el niño.

Cabe aclarar que quien será el encargado de estructurar este encuentro será el médico, mediante la adopción de una actitud plástica y receptiva, ya que es este profesional el que posee la información idónea sobre todo el acto quirúrgico. Por lo que el psicólogo funcionará a modo de observador participante de la situación; en consecuencia su papel será observar y atender a la dinámica del niño y sus padres. Es decir, focalizará su atención por un lado sobre el contenido expresado por el paciente, su familia y el médico, y por el otro se centrará en las relaciones que éstos establezcan entre sí, para luego trabajar y diseñar una estrategia de abordaje en función de los datos obtenidos apropiada para cada caso. Además, en los casos que considere oportuno, el psicólogo podrá esclarecer y reformular la información transmitida por el médico para ayudar al mejor entendimiento de ésta por parte de los receptores.

El método de intervención será, fundamentalmente, la *información oral*, utilizando un lenguaje sencillo acorde a la edad del infante, evitando explicaciones largas y el uso de lenguaje técnico para evitar abrumar a los destinatarios de la información.

Se utilizarán, asimismo, ejemplos calificadorios para asegurarse el mejor entendimiento y captación por parte del paciente del mensaje transmitido. También se utilizará material gráfico (libros de cuentos y para colorear, dibujos, figuras) adecuado a la situación para hacer más didáctica y esquemática la comunicación.

Además, se les realizarán, tanto al niño como a los padres, preguntas dirigidas para estimular la producción de comentarios sobre sus ansiedades y miedos despertados por el proceso quirúrgico. El objetivo de esto, es profundizar sobre la información que posean para así proceder, luego, a la corrección de distorsiones y su consecuente clarificación.

El contenido del mensaje a ser transmitido será mixto, es decir incluirá información sobre:

- ✓ LA ENFERMEDAD: causas y consecuencias, epidemiología, pronóstico y tratamiento. Esta información está destinada principalmente a los padres, ya que es más pertinente y genera mayor interés en ellos que en los infantes.
- ✓ LOS PROCEDIMIENTOS (Naturaleza de la intervención): en qué consiste, cómo se realiza, cuándo y quiénes la van a realizar, que sucederá durante los periodos pre, intra y posquirúrgico. Asimismo, se incluirá información sobre el aparataje e instrumental médico: descripción material, forma de funcionamiento y de aplicación, etc.
- ✓ LA ANESTESIA: se hará hincapié en los cómo, naturaleza y riesgos de la misma, puesto que es esta práctica médica la que genera mayores

temores en los padres a causa de que involucra fantasías y creencias que rozan los límites entre la vida y la muerte.

- ✓ LAS SENSACIONES: percepción de las sensaciones más relevantes asociadas al tipo de intervención; es decir, qué se espera que sienta el paciente: dolor (intensidad, tipo, frecuencia, localización, etc.), rigidez, somnolencia, fatiga, opresión, etc. Además, se facilitará información emocional y comportamental referente a las posibles respuestas de los pacientes ante el proceso quirúrgico.

- ✓ LA CLÍNICA: el funcionamiento hospitalario, horarios, servicios, personal sanitario que los atenderá, derechos y prohibiciones.

SEGUNDO ENCUENTRO:

OBJETIVOS:

- Suministrar información y Preparar emocionalmente al niño y a sus padres;
- Nivelar los grados de ansiedad prequirúrgica y el estrés provocados por la intervención quirúrgica;
- Estimular la expresión emocional;
- Proporcionar estrategias de afrontamiento ante la situación quirúrgica;
- Evaluar el grado de comprensión y de aceptación de la información adquirida en el encuentro anterior por parte del paciente y de los padres;
- Establecer relaciones de confianza entre el niño y el personal sanitario.

PERSONAL A CARGO: Psicólogo.

ACTIVIDADES:

✓ Técnicas de Afrontamiento:

- Relajación: relajación muscular, respiración profunda, técnica “robot-muñeco de trapo”;
- Imaginería;
- Distracción: respiración, focalización de la atención, libros con actividades, actividades verbales;
- Modelado.

✓ Actividades Lúdicas:

- Juego Indirecto;
- Juegos de expresión y creatividad;
- Rol Playing;
- Juego de Fantasías.

DURACIÓN DE CADA ENCUENTRO: una hora aproximadamente.

LUGAR: consultorio de la clínica.

DESARROLLO:

Luego del primer encuentro, se realizará el acuerdo de otras dos reuniones, las cuales estarán principalmente focalizadas y dirigidas al niño. Sin embargo, deberán asistir y participar de forma activa por lo menos uno de los padres. Con esto, se pretende que los padres adquieran mayor tranquilidad y a la vez que funcionen como “herramientas terapéuticas” para consolidar el logro de los objetivos de estos encuentros. Es decir, preparar a los padres para que ellos también refuercen en sus hijos las estrategias de afrontamiento en sus hogares. De esta manera, los padres actuarían como modelos positivos de afrontamiento, facilitando información relevante y adecuada sobre los procedimientos médicos.

Las reuniones estarán a cargo del psicólogo, ya que se trabajará esencialmente sobre las manifestaciones psicológicas derivadas del proceso quirúrgico y se instruirá sobre las técnicas a desarrollar.

Los *objetivos* son proporcionar al grupo (paciente y padres) recursos para afrontar adecuadamente la situación ansiógena, estabilizar los niveles de ansiedad llevándolos a grados tolerables y convenientes, como así también disminuir los miedos que emergen a raíz del proceso quirúrgico.

Igualmente, se apunta a trabajar sobre y con la información que recibieron en el encuentro anterior, reforzándola, ampliándola y aclarando las posibles malas interpretaciones.

Uno de los objetivos principales de estos encuentros es que el infante desarrolle una actitud positiva y experimente una sensación de control y tranquilidad ante la cirugía. Por esto, al comienzo de las sesiones se apuntará a instrumentalizar diferentes ***Técnicas de Afrontamiento*** para que el niño aprenda y materialice una serie de recursos útiles para hacer frente a la situación ansiógena, ya se trate de la cirugía misma o de otros procedimientos médicos como ser inyecciones, extracciones de sangre, medicación, etc. Es decir, con estas técnicas se apunta, principalmente, a preparar al niño para que responda de manera benéfica para él ante las primeras señales de advertencia, antes de que se desencadenen los síntomas de ansiedad y estrés adyacentes.

Entre las *técnicas de afrontamiento* ha utilizar se pueden citar:

* **RELAJACIÓN:** relajación muscular, respiración profunda, etc. Con esta técnica se apunta a que el niño reduzca la ansiedad y la tensión. La ventaja de esta técnica reside en demostrarle al infante que es capaz de controlar su propio cuerpo y además ayuda a controlar el dolor reduciendo la tensión muscular y desviando la atención lejos del dolor.

Los pasos a seguir son:

- 1- Indicar al niño que ponga el cuerpo “blandito”, como si fuese un muñeco de trapo. Que coloque los brazos al costado del cuerpo dejándolos caídos, como “colgando”, como si el viento pudiese moverlos.
- 2- Luego, se le pide que respire profundamente, llevando el aire hacia el abdomen. Que se imagine que se esta inflando como un globo.
- 3- Que imagine una palabra que le guste, que lo tranquilice y que la repita mentalmente, antes de soltar el aire.
- 4- Finalmente, que largue todo el aire por la boca. Se le indica, en ese momento, que espere unos segundos y que vuelva a respirar para iniciar nuevamente el ciclo de respiración.

En los casos de niños menores a 6 o 7 años, se puede apelar a la técnica “robot-muñeco de trapo”. La misma consiste en poner los músculos rígidos como un robot durante unos segundos y luego aflojarlos lo máximo posible, como si fuera un muñeco de trapo.

Se recomienda apelar a la relajación antes de aplicar las demás técnicas, ya que es más factible que el niño demuestre mayor interés en nuestras palabras y acciones una vez que se encuentre sereno.

* **IMAGINERÍA:** Una vez que los niños hayan aprendido los métodos de relajación, se aumentara su efecto acompañándolos de imágenes o escenas relajantes que los ayuden a ponerse más tranquilos. Entre las modalidades existentes para desarrollar la imaginación se pueden citar: la visualización, las imágenes dirigidas y escuchar música.

* **DISTRACCIÓN:** Se enseñará al paciente a distraerse, a que preste atención en algo diferente al dolor y a los procedimientos médicos, por tanto le será útil al niño llevarlas a cabo durante el pre y posquirúrgico, es decir en los momentos en que se

le administren inyecciones o alguna medicación, o cuando se les extraiga sangre. Esta técnica se fundamenta en el hecho de que si cuando se siente dolor el sujeto se involucra en un nivel alto de actividad o logra dirigir la atención hacia un foco de información diferente, la experiencia consciente del dolor disminuirá. Entre las diferentes formas de distracción se pueden mencionar: ejercicios de respiración; “centrar la atención en objetos de la habitación” (estimular al niño a que cuente baldosas, por ejemplo); “libros con actividades” (en este caso se puede incitarlo a que encuentre algún animalito en un libro); “actividades verbales”, aquí se lo puede animar a cante o cuente algún verso que se le haya enseñado durante los encuentros; o apelar al uso de la música como elemento distractor.

* MODELADO: tiene como finalidad entrenar y enseñar al niño las técnicas antes descritas. Se propondrá al niño que “imite” los ejercicios en la medida en que el psicólogo los vaya desarrollando. También se pueden incluir aquí el “Rol Playing”, el cual se detalla más adelante.

Otro de los métodos para abordar estos encuentros será *el JUEGO* para ir familiarizando al niño tanto con los materiales médicos que servirán para su tratamiento e intervención quirúrgica como así también para que visualice la mecánica de la cirugía propiamente dicha.

Las distintas actividades lúdicas cumplirán importantes funciones, tales como ser un medio de detección de dificultades en el niño (miedos, problemas de comunicación, adaptación, etc.) y una vía de comprensión y preparación para los procedimientos médicos. Además, apuntarán a que tanto el niño como sus padres vayan tomando la situación quirúrgica con más naturalidad y se modifiquen los posibles mitos que giran alrededor de ésta.

Una vez ejercitadas las prácticas de afrontamiento, se podrá apelar a la técnica de JUEGO INDIRECTO, donde se utilizarán juegos, puzzles, cuentos, canciones o actividades que, indirectamente, se centren en temas médicos. Con esto se pretenderá ir aclimatando al niño con los temas que se trabajen durante el encuentro.

Luego podrían implementarse JUEGOS DE EXPRESIÓN Y DE CREATIVIDAD, los cuales ofrecen al infante la posibilidad de crear muñecos, figuras, dibujos, objetos,

cuentos o historias relacionados con la hospitalización. Esta técnica fomenta la imaginación y la asunción de un rol activo.

Asimismo, con el DIBUJO se busca identificar los pensamientos equívocos, ya que en algunos niños las preocupaciones no son reales sino más bien producto de su imaginación. Entonces, al solicitar al paciente que dibuje cómo supone que será la cirugía, permite conocer cómo él se la imagina y a partir de allí poder modificar sus ideas erróneas.

Al finalizar las sesiones se podría utilizar la técnica del ROL PLAYING, juego de hacer "como si". Así, el niño podrá adoptar el rol de médico o de enfermero y simular una experiencia médica. Este juego se acompañara de instrumental médico (vendas, mascarillas, termómetros, batas blancas, etc) o de juguetes referidos a temas relacionados con la hospitalización y/o cirugía (muñecos de enfermeras y médicos, botiquines, juegos de mesa, etc.) Entre otras cosas, con esta actividad se facilitará la proximidad emocional entre el paciente y el personal sanitario y la reducción de los temores que el infante generalmente asocia con estos profesionales.

También, se podrá apelar al uso del JUEGO DE FANTASÍA si el niño manifiesta temores o se rehúsa al contacto directo con instrumentos médicos. Esta técnica lúdica consiste en un juego imaginativo sobre situaciones médicas, con el apoyo de material o juguetes "no" médicos. Al implicar menores grados de ansiedad y de miedos, se podrá ir disminuyendo los temores y así continuar con las actividades mencionadas anteriormente.

En lo que se refiere específicamente a los padres, se irá trabajando con ellos sobre la importancia que tienen como figura protectora para el niño y sobre el papel activo que se requiere que cumplan durante el plan de actividades. Para esto, se invitará a los progenitores a que ellos también realicen las técnicas de afrontamiento y a que participen en los diferentes juegos que su hijo vaya desarrollando a lo largo del proceso.

En consecuencia, otro de los objetivos de estos encuentros es el incremento de las habilidades maternas y paternas con el propósito de, por un lado, facilitar la enseñanza de estrategias positivas a sus hijos, actuando ellos como modelos y, por otro lado, que ellos a su vez aprendan a controlar el estrés a lo largo de la intervención.

Además, lo que se busca con la participación activa de los progenitores es que ellos puedan “reproducir” cómo el psicólogo va guiando a los infantes en los diferentes ejercicios de afrontamiento y de juego. Esto último tiene como objetivo que, en los casos en que se necesite aplicar algunas de las técnicas durante un procedimiento médico y el psicólogo no este presente, sean los mismos padres quienes las lleven a cabo y así ayuden a sus hijos.

Conjuntamente, al participar de los encuentros irán aprendiendo cómo informar a sus hijos, es decir, podrán discernir que tipo de información y la cantidad de ésta que es conveniente transmitir al niño y cuál es el vocabulario más adecuado para hacerlo. Igualmente, aprenderán, gracias al trabajo conjunto con el psicólogo, a no actuar de una forma demasiado especial, corregirán los modos de interacción inadecuados, como ser la sobreprotección del hijo, que puedan provocar complicaciones e interfieran con los objetivos del programa. Así, también, aprenderán cómo manejarse y comportarse durante la etapa postquirúrgica, sobre todo en lo que hace a los cuidados médicos.

Por último, en los casos de ser necesario se pautará una entrevista a solas con los padres, dependiendo esto de cómo ellos vayan comportándose durante los encuentros y de los grados de preocupación y ansiedad que manifiesten.

TERCER ENCUENTRO:

Este encuentro tiene los mismos objetivos y actividades descritos para el segundo encuentro con la diferencia que aquí no será necesaria la participación de los padres, ya que se estima que el niño, en este momento del plan de actividades, se encontraría familiarizado con el psicólogo y con el desarrollo del proceso de psicoprofilaxis quirúrgica.

No obstante, se incluirá la participación activa de alguno de los enfermeros del Servicio de Cirugía Infantil de la Clínica para que ellos, al igual que los padres en el encuentro anterior, aprendan y desarrollen las distintas técnicas de afrontamiento y las lúdicas. Con esto se pretende familiarizar al paciente con el personal de enfermería y, a su vez, que estos profesionales adquieran estrategias para contener a los niños durante la aplicación de algún procedimiento médico.

Asimismo, se buscará que ese enfermero, que participará y jugará con el paciente, sea quien acompañe durante el traslado al quirófano a ese niño en particular. Así, se cubriría uno de los momentos del proceso quirúrgico más angustiantes para el infante que es el periodo intraquirúrgico, puesto que el estresor se hace efectivamente presente y, por lo tanto, es cuando el niño necesita mayor contención emocional. De esta manera se le brindará un punto de apoyo para sentirse acompañado, que lo prestará ese enfermero al que ya conoce y con quien ya ha establecido algún tipo de relación, facilitándose así un importante efecto tranquilizador.

CUARTO ENCUENTRO:

OBJETIVOS:

- Ultime el trabajo de preparación psicológica y de familiarización del niño con todo lo que el proceso quirúrgico implica (hospitalización, cirugía, instrumental médico, personal sanitario, etc.);
- Comprobar que los niños y sus padres hayan comprendido y captado de manera adecuada la información que les fue transmitida;
- Aclarar las dudas que hayan quedado sin resolver sobre los contenidos informados;
- Afianzar las estrategias que se les enseñaron en los encuentros anteriores.

PERSONAL A CARGO: Psicólogo.

ACTIVIDADES:

- ✓ Resolver y canalizar ansiedades y dudas no solventadas mediante un espacio de reflexión y diálogo.
- ✓ Visita pre-quirúrgica a la Clínica: se invitará al grupo (niño y padres) a recorrer las instalaciones:
 - habitación;
 - enfermería;
 - sala de espera;
 - ante-sala quirúrgica;
 - consultorios, etc
- ✓ Presentación del personal sanitario con el niño-paciente y sus familiares.

DURACIÓN: una hora aproximadamente.

LUGAR: consultorio de la clínica.

DESARROLLO:

El día previo a la cirugía, una vez que el niño haya sido revisado por el médico de planta, se concretará el último encuentro con el psicólogo.

El objetivo de esta sesión es establecer un momento de reflexión y diálogo para dar la posibilidad al paciente y sus padres de canalizar y expresar dudas, miedos, y ansiedades que puedan haber quedado sin resolver durante los encuentros anteriores. En base al material que vaya surgiendo, se irá trabajando sobre éste ya sea apelando a clarificaciones como así también a la transmisión de información apropiada a la ocasión y/o a la contención emocional de los pacientes.

De este modo, se logrará que el niño llegue lo mejor preparado posible al momento quirúrgico y así se evitarán las secuelas que podrían emerger en el posquirúrgico a nivel emocional.

Además, se hará una presentación oficial del personal sanitario que atenderá al paciente y se llevará al niño y a los padres a hacer una recorrida por el hospital para que conozcan el establecimiento, las personas y los lugares característicos; mostrándole la habitación donde estará internado, la enfermería, el quirófano, etc. Esto permitirá al infante familiarizarse con los sitios que tendrá contacto el día de la intervención y por tanto le resultará menos angustiante la situación al ser trasladado al quirófano ya que se enfrentará a algo ya conocido por él. Esto, además, permitirá y facilitará un mayor contacto del niño con el personal sanitario.

Para finalizar, es necesario destacar que el mismo día de la cirugía el psicólogo estará a disposición tanto de los familiares como del niño para ayudar a canalizar las ansiedades y contenerlos emocionalmente en los casos que los pacientes lo requieran.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
DEL PRIMER NIVEL DE INTERVENCIÓN
(sujeto a modificaciones)

ENCUENTROS	ACTIVIDAD	DURACIÓN	PROFESIONAL A CARGO	DIA/HORARIO	LUGAR	MATERIAL A UTILIZAR
Primer Encuentro	Información sobre el Proceso Quirúrgico	45 min. Aprox.	Médico cirujano y Psicólogo	Lunes 18:00 hs.	Consultorio de la Clínica	Libros de cuentos y para colorear; dibujos; figuras; hojas; lápices; lapiceras, etc.
Segundo Encuentro	Preparación Psicológica con participación de los padres (técnicas lúdicas y de afrontamiento)	60 min. Aprox.	Psicólogo.	Viernes 18:00 hs.	Consultorio de la Clínica	Caja de juguetes; juegos varios; instrumental médico; Equipo de música y cds; papeles; hojas; lápices; témperas, etc.
Tercer Encuentro	Preparación Psicológica con participación de un enfermero (técnicas lúdicas y de afrontamiento)	60 min. Aprox.	Psicólogo.	Lunes 18:00 hs.	Consultorio de la Clínica	papeles; hojas; lápices; témperas, etc.
Cuarto Encuentro	- Espacio de reflexión y dialogo. - Visita pre-quirúrgica a la Clínica. - Presentación del personal sanitario.	60 min. Aprox.	Psicólogo.	Viernes 19:00 hs.	La Clínica.	-

SEGUNDO NIVEL DE INTERVENCIÓN:

“CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL SANITARIO”

OBJETIVOS:

- Dotar al personal sanitario de medios adecuados para afrontar y saber manejar la intervención quirúrgica de niños;
- Asesorar sobre cómo tratar a los pacientes y a sus familiares de la mejor manera posible desde el punto de vista emocional;
- Apoyar y Mejorar los procesos de información y comunicación entre paciente, familiares y personal sanitario (pediatras, cirujanos, anestesistas, enfermeras, etc.) y de atención con técnicas psicológicas específicas.

PLAN DE ACTIVIDADES

A continuación se detallan y describen los objetivos específicos y las actividades correspondientes a los 3 módulos establecidos para esta sección del proyecto de aplicación profesional.

La modalidad de llevar a cabo este plan de actividades es la siguiente: en un principio se procederá a la implementación del primer modulo a lo largo de un mes, el cual consta de cuatro encuentros distribuidos en forma semanal. Luego se ejecutará el cumplimiento del segundo y tercer módulo paralelamente. De esta manera, como se mencionó anteriormente, el segundo módulo se realizará en conjunto con el tercer encuentro del plan de actividades propuesto para el primer nivel de intervención y el tercer módulo se desarrollará una vez por mes.

PRIMER MODULO:**OBJETIVO:**

- Informar al personal sanitario sobre todo lo relacionado a la Psicoprofilaxis Quirúrgica en niños de 2 a 10 años.

DESTINATARIOS: Médicos y enfermeros del servicio de cirugía infantil de la Clínica Neo-Pediátrica NEOFORM. S.R.L

PROFESIONAL A CARGO: Psicólogo.

MODALIDAD: cuatro encuentros (uno por semana) de aproximadamente una hora de duración cada uno.

ACTIVIDADES:

- ✓ Charlas informativas a cargo del psicólogo.
- ✓ Intercambio de ideas y experiencias por parte del personal sanitario.

La modalidad de abordaje para las charlas informativas se basará en el trabajo y reflexión en grupo. Primero el psicólogo coordinador de la actividad presentará y desarrollará las temáticas para cada encuentro, y durante la exposición todos los participantes podrán hacer preguntas o intervenir aportando testimonios desde la propia experiencia. Una vez finalizada la presentación de la información por parte del psicólogo, se incitará a los participantes a que reconozcan en su experiencia laboral situaciones que hayan identificado y coincidan con lo que el psicólogo presentó durante la exposición. Por otro lado, todos los participantes se sentarán en ronda con la finalidad de facilitar una interacción directa y una dinámica participativa.

LUGAR: consultorio de la Clínica.

PRIMER ENCUENTRO:TEMÁTICAS A TRATAR:

- Informar sobre todo lo relacionado con el estado psíquico del niño y cómo ven éstos el proceso quirúrgico según las diferentes edades y etapas evolutivas:
 - ✓ Las principales preocupaciones, ansiedades y miedos de los niños de acuerdo a cada etapa evolutiva;
 - ✓ Ideas que poseen los niños con respecto a la enfermedad y las relaciones que establecen sobre el proceso de salud-enfermedad;
 - ✓ Repercusiones de la hospitalización con sus consiguientes estresores en la experiencia hospitalaria;
 - ✓ El significado y el impacto de la cirugía en el estado emocional del paciente;
 - ✓ Cómo ven los niños al personal sanitario y sus creencias en relación al papel que cumplen, tanto médicos como enfermeros, en el estado de salud-enfermedad.

SEGUNDO ENCUENTRO:TEMÁTICAS A TRATAR:

- Dar a conocer las modalidades conductuales y emocionales generales del niño y de sus padres:
 - ✓ Reacciones más comunes tanto de los niños como de sus padres;
 - ✓ Los modos de afrontamiento de los niños ante el proceso quirúrgico en relación a las diferentes edades;
 - ✓ Papel que tienden a adoptar los padres durante la hospitalización y la cirugía de los hijos;
 - ✓ Estilos de afrontamiento de los padres ante el proceso quirúrgico.

Siguiendo la dinámica de trabajo descrita para las actividades de este primer módulo, en el primer y segundo encuentro se considerarán los aspectos positivos potenciales de salud y recursos que poseen los niños y sus padres como así también los aspectos problemáticos o conflictivos significantes del proceso quirúrgico.

Se otorgará información sobre los modos de representación de la enfermedad, la hospitalización, la cirugía y el personal sanitario, y además, sobre los miedos y ansiedades básicas que presentan, en general, los niños de acuerdo a las edades y etapas evolutivas. Con esto se apunta a proveer al equipo clínico de un mayor conocimiento sobre las reacciones, tanto las conductuales como las emocionales, del paciente y su familia con el fin de que puedan llevar a cabo conductas tranquilizadoras y, en consecuencia, consigan una mayor efectividad en la atención de la salud.

Con todo, el principal objetivo de estos encuentros, es que el personal sanitario perciba que el estrés que padecen los pacientes quirúrgicos y su familia es fruto de una interacción de varios factores que hacen que existan diferencias individuales tanto en la manera de hacer frente a las situaciones ansiógenas como en sus repercusiones en el proceso de salud-enfermedad.

TERCER ENCUENTRO:

TEMÁTICAS A TRATAR:

- Relaciones médico-paciente.
- Formas adecuadas para abordar a un paciente menor.
- Cómo transmitir la información de manera correcta para cada edad y en función de las características personales del niño.

En este encuentro se informará sobre los modos adecuados de entablar las relaciones con los pacientes y la importancia e influencia de éstos vínculos al momento de atender tanto a los niños como a sus padres.

Del mismo modo, se incentivará a la toma de consciencia por parte de los profesionales sobre las discrepancias entre lo que dicen que hacen y su comportamiento real con los pacientes y sobre cómo influye esto en sus relaciones con los enfermos.

Además, la exposición del psicólogo funcionará a modo de entrenamiento en la transmisión de la información de modo tranquilizador por parte del equipo clínico. Es decir, se hará hincapié en que al hablar y al comunicar la información y las instrucciones a los pacientes es necesario apelar al uso de términos comprensibles

para éstos de acuerdo a su edad, nivel de conocimiento, etc. De esta manera, los médicos y enfermeros podrán discernir cuánto deben decir, hasta dónde y cómo será percibida la información y cuál podría ser la reacción del niño o de sus padres ante ésta.

CUARTO ENCUENTRO:

TEMÁTICAS A TRATAR:

- Tipos de relaciones médico-equipo de enfermeros.
- Influencia de las relaciones del equipo de profesionales en el desempeño laboral de cada uno.
- Influencias de estas relaciones en el proceso de psicoprofilaxis quirúrgica.

Con este encuentro se apunta a promover un análisis de las relaciones que entablan los médicos con el personal de enfermería (y viceversa) para que comprendan y conozcan los principales mecanismos y características de los vínculos interpersonales y de los estilos comunicacionales que se instauran. Basándose en esto, se pretende hacer consciente al personal clínico de las consecuencias y de las influencias que acarrearán las malas relaciones en el ámbito laboral, con el fin de mejorar la calidad del lugar de trabajo y de los cuidados de salud que ofrecen.

Al mismo tiempo, el propósito es incentivar un intercambio de ideas entre médicos y enfermeros estimulando un feedback de información desde el punto de vista de cada profesión, para así aumentar el nivel de conocimiento de manera que resulte productivo para ambos equipos de profesionales. Es decir, se incitará al personal sanitario para que relate situaciones en las cuales se haya presentado algún punto de conflicto en la intercomunicación médico-enfermero, para luego analizarlas, bajo la mirada de la experiencia cotidiana, con la finalidad de procurar un mayor entendimiento y favorecer al cambio positivo.

SEGUNDO MODULO:

OBJETIVO:

- Entrenar al personal de enfermería en técnicas para contener emocionalmente al niño internado.

DESTINATARIOS: Enfermeros del servicio de cirugía infantil de la Clínica Neo-Pediátrica NEOFORM. S.R.L

PROFESIONAL A CARGO: Psicólogo.

MODALIDAD: dos encuentros de aproximadamente una hora de duración cada uno: uno grupal, destinado a todos los enfermeros del servicio de cirugía infantil; y otro de participación individual de un enfermero por encuentro del plan de actividades del primer nivel de intervención.

ACTIVIDADES:

Como se dijo anteriormente, es importante que el equipo de enfermería se encuentre capacitado para poder brindar apoyo y contención a los niños que se encuentran internados y a los cuales haya que realizarles prácticas médicas, ya sean exámenes clínicos (extracción de sangre, toma de presión, temperatura, etc.) o cirugías.

Para esto se han diseñado dos actividades, la primera es un encuentro donde se les informará sobre diferentes técnicas de relajación, juego y distracción, cuáles son sus objetivos y la forma de aplicación, y cuándo es conveniente aplicar una u otra técnica.

En la segunda actividad los enfermeros, de manera individual, participaran en una de las sesiones de aplicación de estas técnicas en un caso práctico, conjuntamente con el psicólogo, para observar y participar de manera activa. Con esto se apunta al entrenamiento de estos profesionales en las técnicas que serán enseñadas a los pacientes y a sus padres, para que el enfermero actúe del mismo modo o como guía para llevarlas a cabo, en los momentos en que el niño se encuentre ansioso y requiera de contención y apoyo.

LUGAR: consultorio de la Clínica.

PRIMER ENCUENTRO:TEMÁTICAS A TRATAR:

Entre las técnicas de afrontamiento a enseñar se pueden citar:

- * RELAJACIÓN.
- * IMAGINERÍA.
- * DISTRACCIÓN.
- * MODELADO
- * JUEGO:
 - JUEGO DE EXPRESIÓN Y CREATIVIDAD.
 - JUEGO INDIRECTO.
 - ROL PLAYING.
 - JUEGO DE FANTASÍA.

SEGUNDO ENCUENTRO:ACTIVIDADES:

Cada enfermero participará y jugará con el paciente bajo la supervisión y guía del psicólogo coordinador. El enfermero deberá aplicar las técnicas y guiar la hora de juego. De esta manera el enfermero incorporará la práctica de la técnica, y podrá aplicarla en las situaciones que corresponda. Respecto de la descripción del desarrollo práctico de esta actividad, se cita el Segundo y Tercer encuentro del plan de actividades para los niños. (véase pág. 68-73)

TERCER MODULO:

OBJETIVOS:

- Brindar un espacio de reflexión para los profesionales que forman el equipo de cirugía infantil de la Clínica NEOFORM S.R.L.
- Ayudar a fortalecer las relaciones interpersonales entre los profesionales que componen el equipo clínico.
- Contribuir al mejor conocimiento sobre las formas esperadas de atención a los pacientes.

DESTINATARIOS: Médicos y Enfermeros del servicio de cirugía infantil de la Clínica Neo-Pediátrica NEOFORM. S.R.L

PROFESIONAL A CARGO: Psicólogo.

MODALIDAD: Encuentro mensual de aproximadamente una hora de duración.

LUGAR: consultorio de la Clínica.

ACTIVIDADES:

La modalidad de trabajo será la de exposición por parte de los profesionales sobre los casos de la práctica que han vivenciado y que pueden servir para trabajar sobre diferentes problemáticas. A continuación se describirá una lista, no exhaustiva, de los temas disparadores sobre los cuales se desarrollará el encuentro:

- Momentos conflictivos de las relaciones entre el personal clínico;
- Transmisión de información entre médicos y enfermeros;
- Sentimientos y emociones propios de cada profesional;
- Casos clínicos;
- Acontecimientos y situaciones que involucran las relaciones del equipo clínico con los pacientes y sus familiares; etc.

El psicólogo actuará como moderador del encuentro y registrará todos los temas emergentes que sean propicios para trabajar en futuros encuentros. También

deberá tomar parte de la discusión y debate para marcar aquellos puntos conflictivos sobre los que se debe buscar una solución en conjunto y señalar aquellas conductas que están haciendo interferencia para el adecuado desempeño de todos los profesionales.

Como es recomendable que los médicos y enfermeros aprendan a adaptarse a las ansiedades y los temores que les despierta su trabajo, en especial cuando está implicada una cirugía que de por sí conlleva un elevado estrés laboral, la finalidad de este encuentro es otorgarles un espacio de reflexión y contención para que puedan modular esas ansiedades y temores. En este sentido, se prevé que, al expresar sus sentimientos y emociones y al sentirse comprendidos, se bajan los grados de omnipotencia propios de la profesión haciendo que la atención que proporcionan resulte más humanizada.

EVALUACIÓN DE IMPACTO:

Para realizar la evaluación se realizará un encuentro donde el psicólogo-coordinador, realizará preguntas que cumplen la función de disparadores que permitan a los profesionales exponer sus vivencias respecto de los encuentros.

Los encuentros de evaluación de impacto se realizarán cada 5 encuentros de los pautados dentro del tercer módulo. Durante el primer encuentro se expondrán los disparadores abajo mencionados. Una vez resuelto este, y obtenida la información necesaria, se tomarán en cuenta los emergentes para construir los cinco encuentros siguientes, después de los cuales, y en función de lo trabajado, se realizará una nueva evaluación de impacto.

Para la primera evaluación se van a tener en cuenta los siguientes disparadores:

1. ¿Cómo creen que ha influenciado los encuentros que hemos llevado a cabo, en el ejercicio diario de su profesión?
2. ¿Han notado cambios en las relaciones entre los profesionales del equipo con los cuales trabajan?
3. ¿Han notado cambios en las relaciones con los pacientes y los padres?

4. ¿Desde que se realizan los encuentros, han sentido algún tipo de cambio respecto de sus sentimientos al trabajo?
5. Muchas veces los profesionales de la salud se ven afectados por las problemáticas en las que se ve involucrado, y esto afecta su satisfacción laboral. Desde que se está implementando el proyecto, ¿Ha sentido cambios en sus sentimientos al momento de afrontar el trabajo cada día?

Por último el Psicólogo tomará unos minutos para hacer el cierre correspondiente de este encuentro. Se propondrá un debate de todos los emergentes trabajados para que éste funcione a modo de devolución, con el fin de que los participantes puedan exponer sus propias conclusiones, y, al mismo tiempo, puedan dar y recibir retroalimentación y llevarse una devolución del proceso tanto el equipo sanitario como el psicólogo-coordinador.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**DEL SEGUNDO NIVEL DE INTERVENCIÓN**

MODULOS	ACTIVIDAD	DESTINATARIOS	DURACIÓN	PROFESIONAL A CARGO	DIA/HORA *	LUGAR
Modulo 1	- Charla informativa sobre psicoprofilaxis quirúrgica en niños. - Intercambio de ideas y experiencias.	Médicos y Enfermeros del Servicio de Cirugía Infantil de la Clínica Neo-Pediátrica NeoForm S.R.L.	60 min. Aprox.	Psicólogo	Sábados 16:00hs.	Consultorio de la Clínica.
Encuentros						
Primer Encuentro	- Estado psíquico de los niños; - como experimentan el proceso quirúrgico según las edades.					
Segundo Encuentro	- Modalidades conductuales y emocionales de los niños y sus padres.					
Tercer Encuentro	- Relación médico- paciente; - Formas adecuadas de atender los pacientes; - Formas correctas de transmitir la información.					
Cuarto Encuentro	- relaciones médico- equipo de enfermería y sus influencias en la atención.					

* Sujeto a modificaciones.

MODULOS	ACTIVIDAD	DESTINATARIOS	DURACIÓN	PROFESIONAL A CARGO	DIA/HORA *	LUGAR
Modulo 2	Entrenamiento para enfermeros en Técnicas de Contención Emocional.					
Encuentros						
Primer Encuentro	- Información y demostración sobre las Técnicas de Afrontamiento y las Lúdicas.	Equipo de Enfermería del Servicio de Cirugía Infantil de la Clínica Neo-Pediátrica NeoForm S.R.L.	60 min. Aprox.	Psicólogo.	Sábados 16:00 hs	Consultorio de la Clínica
Segundo Encuentro	- Participación de un enfermero en el 3° encuentro del plan de actividades de los niños.	Enfermero/a del Servicio de Cirugía Infantil	60 min. Aprox.	Psicólogo.	Lunes 18:00 hs	Consultorio de la Clínica
Modulo 3	Espacio de reflexión para fortalecer relaciones y mejorar la atención a los pacientes. Evaluación de Impacto.	Médicos y Enfermeros del Servicio de Cirugía Infantil de la Clínica Neo-Pediátrica NeoForm S.R.L	60 min. Aprox.	Psicólogo (como modulador)	Sábados 16:00 hs	Consultorio de la Clínica

* Sujeto a modificaciones.

EVALUACIÓN DE IMPACTO

Una vez hecho efectivo el plan de intervención preventivo/asistencial, se considera en primer lugar que tanto los niños como sus padres llegarán mejor preparados al momento quirúrgico, puesto que habrían alcanzado una adecuada adaptación psicológica preoperatoria.

De tal modo, tras haber asistido a los encuentros programados por este proyecto, los pacientes y familiares contarían con las herramientas necesarias para que sus niveles de estrés y de ansiedad no resulten nocivos para su salud, evitándose así las complicaciones, tanto físicas como psicológicas, que podrían emerger del acto quirúrgico y de la hospitalización.

Así, para verificar que lo mencionado haya sido concretado y que el plan de actividades haya alcanzado los objetivos propuestos, una vez transcurrido entre 15 y 20 días del alta de los pacientes se les aplicará un Cuestionario de Conductas Poshospitalarias para evaluar las consecuencias emocionales y conductuales en los niños que fueron sometidos a cirugías programadas.

Es decir que el cuestionario, al evaluar el grado en que se manifiestan las emociones y conductas que emergen tras la intervención quirúrgica, se convierte en una fuente de información sobre los niveles de ansiedad y estrés que evidenciarían los niños tras el alta médica (véase modelo del cuestionario en anexo 5). Cabe aclarar que el cuestionario fue elaborado basándose en el "Cuestionario de Conductas Pre y Poshospitalarias" de Vernon, Schulman y Foley (1966), revisión de McClowry y McLead (1990).

Por lo tanto, si los datos arrojados por análisis tras la aplicación de dicho cuestionario revelan que los pacientes poseen niveles bajos de ansiedad, se estimaría que el presente proyecto resultó efectivo y beneficioso para los niños, cumpliéndose, en consecuencia, los objetivos para los cuales fue elaborado.

Conjuntamente, con la aplicación del proyecto se lograría una mejora en la atención médica brindada a los pacientes y familiares, ya que directamente los médicos y enfermeros sentirían los beneficios del proyecto. Es decir, al capacitar al personal sanitario para contener a nivel emocional a sus pacientes pediátricos y, además, al ofrecerles un espacio para la reflexión y expresión de sus ansiedades, se les estaría aliviando la tarea de contener y asistir al paciente emocionalmente y, en

consecuencia, se reducirían los niveles de estrés y de responsabilidad que actualmente conlleva su labor.

Por otro lado, y en función de los encuentros que se realizarán con los profesionales, es necesario hacer una evaluación de impacto respecto de cómo los profesionales se ven afectados por los mismos, tanto en el ejercicio de la profesión como en las relaciones con los pacientes y profesionales del quipo. Para esto, se propuso destinar uno de los encuentros del tercer modulo del plan de capacitación, en el cual se tenderá a la expresión verbal por parte del equipo sanitario de sus sentimientos, actitudes y emociones como una forma de devolución y/o críticas y sugerencias referidas a la intervención diseñada para ellos. (Véase pág. 92)

Finalmente es importante considerar que este proyecto sólo es el comienzo de lo que se puede realizar en la institución, entre ellas se esbozarían los primeros caminos hacia la conformación e incorporación de un futuro servicio psicológico dentro de la Clínica.

Por otro lado, y de acuerdo a las actividades propuestas a lo largo del PAP, se puede rescatar que el mismo afectará de manera positiva al equipo de profesionales, e indirectamente a la institución, ya que permitirá disminuir el nivel de estrés laboral (y en caso de mayor gravedad el Síndrome de Burnout) como así también aumentar el nivel de satisfacción de los profesionales respecto de su trabajo, lo cual afectará tanto la manera en que efectúan su trabajo como la sensación de bienestar y el nivel motivacional para realizarlo.

Otra posibilidad que abre este proyecto, es la viabilidad de aplicar un proyecto similar con otros profesionales de otras áreas, donde la patología de los pacientes sea mayor y diferente e involucre otros niveles de estrés tanto para los pacientes como para los profesionales, pudiéndose trabajar en pacientes de todas las edades. La flexibilidad que se intentó plasmar a lo largo de proyecto, es lo que permite proyectar su aplicación en áreas que no están relacionadas directamente con los pacientes, como el área de administración, farmacia o laboratorio, que si bien no se vinculan por mucho tiempo, y en algunos casos indirectamente, con el paciente, es necesario que éstas personas conozcan como tratar y beneficiar al enfermo, influyendo no sólo en éste sino también en su propia satisfacción y desempeño laboral.

BIBLIOGRAFIA:

- Bleger, J. (1966) *Psicohigiene y Psicología Institucional*. Primera Edición. Buenos Aires. Ed. Paidós.
- Berk, L. E. (1999) *Desarrollo del niño y del adolescente*. Cuarta Edición. Madrid. Ed. Prentice Hall Iberia.
- Bunge, E; Gomar, M. y Mandil, J. (2008) *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes: Manual de Técnicas*. Primera Edición. Buenos Aires. Librería Akadia Editorial.
- Fernández Ríos, L. y Buela Casal, G. El concepto de salud/enfermedad. En Buela Casal, G.; Fernández Ríos, L. Y Carrasco Jiménez, T. J. (1997). *Psicología Preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención*. Madrid. Ed. Pirámide.
- Ferrari, H. Cap.1: Salud Mental en Medicina. En Ferrari, H. (2002) *Salud Mental en Medicina. Una contribución del Psicoanálisis al campo de la Salud*. (Pp.: 15-33) Ed: La Prensa Médica Argentina, 2da Edición.
- Fiorini, H. J. (2002) *Teoría y Técnica de Psicoterapias*. Edición ampliada y actualizada. Primera Edición. Buenos Aires. Ed. Nueva Visión.
- Giacomantone, E. y Mejía, A. (1997) *Estrés Preoperatorio y Riesgo Quirúrgico. El impacto emocional de la cirugía*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Latorre Postigo, J. M. y Beneit Medina, P. J. (Coords.) (1994) *Psicología de la Salud. Aportaciones para los profesionales de la salud*. Buenos Aires. Ed. Lumen.
- López Roig, S; Pastor, M. A. y Rodríguez Marín, J. Programas de Preparación Psicológica para la cirugía. En Méndez Carrillo, F. X.; Maciá Antón, D y Olivares Rodríguez, J. (1993). *Intervención Conductual en Contextos Comunitarios I. Programas Aplicados de Prevención*. (Pp.: 169-229) Madrid: Ed. Pirámide, S. A.
- Mardarás Platas, E. (1990) *La preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas*. 2º edición. Barcelona: Ediciones Rol.
- Mucci, M. (2004) *Psicoprofilaxis Quirúrgica. Una practica en convergencia interdisciplinaria*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Ortigosa Quiles, J. M. y Méndez Carrillo, F. X (Coords.) (2000) *Hospitalización Infantil. Repercusiones psicológicas. Teoría y Práctica*. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva, S.L.

- Alonso López, J. Programa de Preparación Psicológica en Cirugía Infantil Programada. Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual 3 (2005) 56-70 <http://www.aseteccs.com/revista/pdf/v03/cirugia.pdf>
- Grupo de Atención e Investigación sobre Hospitalización Infantil. Publicaciones y otros trabajos. <http://www.um.es/gaihinfa/publicaciones.htm>
- Ortigosa Quiles, J. M; Méndez Carrillo, F. X y Pedroche, S. Cuestionario de Preocupaciones sobre la Cirugía Infantil. Psicothema, 1999. Vol. 11, nº 3, pp. 601-609 <http://www.psicothema.com/pdf/312.pdf>.
- Pedroche Palacio, S; Quiles Sebastián, M. J; Méndez Carrillo, F. X y Ortigosa Quiles, J. M. IV Congreso Internacional sobre Conductismo y Ciencias de la Conducta. 18-21 de Noviembre, 1998. Sevilla, España. Influencia del tipo de Hospitalización en la Ansiedad Infantil ante la Intervención Quirúrgica. <http://www.um.es/gaihinfa/resumenes/r1/r1.htm>
- Silvente, C; Moix, J; Sanz, A. Área de Psicología Básica, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Barcelona. Reducción de la ansiedad en la antesala del quirófano en pacientes pediátricos. 33. VOL. 13, Nº 1, 2000. Cir Pediatr 2000; 13: 30-34 [http://www.secp.org/coldata/upload/revista/CirPed2000;13\(1\)30-34.pdf](http://www.secp.org/coldata/upload/revista/CirPed2000;13(1)30-34.pdf)

ANEXOS

Anexo 1

MODELO DE ENTREVISTA CON EL DIRECTIVO DE LA INSTITUCIÓN

1. ¿Desde cuándo funciona la institución y cuáles son sus metas y objetivos?
2. ¿Cómo funciona el servicio de cirugía infantil?
3. ¿Por quiénes está compuesto?
4. ¿Cuáles son las mayores dificultades que presenta el servicio?
5. ¿Qué cosas cree que serían necesarias incorporar y/o efectuar para mejorar el servicio de cirugía infantil?
6. ¿Cuántos niños son intervenidos en promedio por día?
7. ¿Qué tipo de cirugías son las más frecuentes?
8. ¿Cuáles son las cirugías que presentan mayores riesgos?
9. ¿Cuáles presentan más dolores y molestias pre-quirúrgicas al paciente?
10. ¿Cuáles presentan más dolores y molestias post-quirúrgicas al paciente?
11. ¿Cuáles son las inquietudes y preguntas que realizan la mayoría de los padres? ¿Y los niños?
12. ¿Quiénes son los que generalmente atienden a las necesidades y demandas emocionales, psicológicas que hacen los pacientes?

Anexo 2**ESCALA DE OBSERVACIÓN DE CONDUCTAS Y DE ANSIEDAD DEL NIÑO DURANTE EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN**

A continuación encontrará una lista de conductas que pueden reflejar la presencia de ansiedad en el niño durante la estadía hospitalaria.

En base a su experiencia, por favor marque con una cruz (X) en la casilla correspondiente, la frecuencia en que ha observado la aparición de las siguientes conductas enumeradas:

	Siempre	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca
Presenta signos de sudoración (manos, frente, axilas y/u otras partes), ruborización o palidez.					
Respira de manera agitada, entrecortada o suspira.					
Mantiene una postura rígida del cuerpo (tensión muscular, manos retenidas)					
Evidencia inquietud motora (movimientos bruscos de pies, piernas y brazos, también temblores)					
Habla de forma temblorosa o tartamudea, habla más despacio o más deprisa de lo habitual.					
Está distraído (no presta atención a lo que se le dice, no mira a la cara cuando se le habla, mira alrededor de la habitación.)					
Protesta e intenta sobrepasar las normas hospitalarias.					
Sobreactúa (exagera) los síntomas de la enfermedad, intentando ser el centro de atención.					
Se muestra tímido, callado, dificultando la comunicación.					
Presenta reacciones de temor / miedo frente a los tratamientos médicos (inyecciones, vías, curaciones, agujas, etc)					

Habla del miedo a los tratamientos médicos y a la operación (de que no se quiere operar, del miedo a la anestesia)					
Se apega a una persona, rechazando la interacción con otros.					
Se queja, llora, chilla imposibilitando el trato con este.					
Evita las protestas, respeta las normas y coopera con el personal sanitario.					
Se muestra amigable, tiende al dialogo, favoreciendo la comunicación.					
Sonríe, hace bromas, conversa, estableciendo contacto positivo con el personal sanitario.					
Comprende los procedimientos médicos.					
Demanda constantemente la presencia de los padres y familiares.					
Habla de volver a casa (quiere ir a jugar, quiere ir a la escuela, quiere volver a hacer lo de siempre.)					

- Cuando el niño es trasladado al quirófano, éste reacciona:

	Siempre	Frecuen- temente	A veces	Casi nunca	Nunca
Llorando, Chillando					
Se muestra agresivo.					
Agitado.					
Se agarra de la camilla.					
Se resiste a separarse de los padres.					
Se muestra rígido.					
Se muestra miedoso.					

Permanece callado					
Se muestra tranquilo, sereno.					
Coopera, aceptando las indicaciones					

- En lo que se refiere a los **padres del niño**, usted observa que éstos durante el proceso quirúrgico: (Indique con una cruz (X))

	Siempre	Frecuente-mente	A veces	Casi nunca	Nunca
Evidencian conductas de sobreprotección al niño.					
Evidencian conductas de abandono y dejan al niño solo.					
Se muestran ansiosos e intranquilos.					
Presentan excesivo consentimiento hacia las conductas y demandas del hijo.					
Verbalizan temores irracionales relacionados a la enfermedad, cirugía, anestesia, posibles complicaciones, etc.					
Evidencian incertidumbre sobre su conducta en relación a la operación y cuidados del niño.					
Manifiestan sentimientos de incompetencia en relación al cuidado del niño.					
Se muestran tranquilos y confiados con el trato médico.					
Demandan constantemente al personal sanitario.					
Expresan quejas y disconformidades sobre el tratamiento hospitalario.					

Mantienen una actitud de cooperación y respeto por las normas hospitalarias.					
Solicitan y buscan información sobre el procedimiento médico.					
Se muestran negadores, evitando pensar en el procedimiento médico.					

ANEXO 3

CUESTIONARIO de OBSEVACION DE ANSIEDAD - ESTADO del NIÑO
DURANTE LA HOSPITALIZACION.

Teniendo en cuenta que las siguientes conductas y emociones no sean reacciones cotidianas en su hijo/a:

* Por favor marque con una cruz (X) la intensidad de las siguientes emociones que observa en su hijo/a en relación al proceso quirúrgico:

	Nada	Algo	Mucho
Esta relajado, calmado.			
Se muestra ausente, distraído.			
Se siente nervioso, inquieto.			
Se siente seguro, satisfecho.			
Se muestra tímido, introvertido.			
Se encuentra atemorizado, asustado.			
Se muestra alegre, amigable.			
Esta irritable, de mal humor.			
Se torna desobediente, de difícil manejo.			
Esta travieso, revoltoso.			
Esta mimoso, demanda más atenciones.			
Se encuentra confuso, contrariado.			

* A continuación, por favor marque con una cruz (X) la intensidad de las siguientes conductas que observa en su hijo/a durante la estadía en el hospital:

	Nada	Algo	Mucho
Respiración agitada, entrecortada, o suspiros.			
Llanto, chillidos, protestas.			
Tics, se retuerce el cabello, se come las uñas (también otros movimientos estereotipados)			
Postura rígida del cuerpo (tensión muscular, manos retenidas)			
Inquietud motora (movimientos bruscos de pies, piernas y brazos, también temblores)			
Agresión verbal (insultos, palabrotas)			
Agresión física (resistencia física, manotazos, golpes, patadas)			
Voz temblorosa o tartamudeo.			
Habla más despacio o más deprisa de lo habitual.			
Distracción (no presta atención a lo que se le dice, no mira a la cara cuando se le habla, mira alrededor de la habitación.)			
Apego a los adultos (dice que no se quiere separar de sus padres o se aferra a ellos)			
Quejas y protestas (también si refunfuña entre dientes)			
Habla del miedo a la operación (del que no se quiere operar, del miedo a la anestesia.)			
Expresa miedo hacia los médicos y enfermeras.			
Habla de volver a casa			

ANEXO 4

CUESTIONARIO DE PREOCUPACIONES PARA PADRES

A continuación encontrará un listado de diferentes preocupaciones que podrían coincidir con la forma en que usted se siente frente al proceso quirúrgico de su hijo.

Por favor, puntúe de acuerdo a la siguiente escala:

1	2	3	4
No me preocupa	Me preocupa un poco	Me preocupa bastante	Me preocupa mucho

	1	2	3	4
El estado anímico de mi hijo/a.				
Que mi hijo/a sienta mucho dolor.				
Cómo resultara la cirugía de mi hijo/a.				
Cómo será el quirófano.				
La anestesia.				
Que mi hijo/a se despierte durante la cirugía.				
Las secuelas que podría tener la cirugía.				
Las posibles complicaciones de la enfermedad y/o de la cirugía.				
Que mi hijo/a no se recupere adecuadamente de la intervención.				
Como será el posquirúrgico.				
Sentir impotencia o falta de control frente a la situación que implica la operación.				
No poder contener mi propia ansiedad y angustias y, por lo tanto, no ser eficaz en la atención al niño/a.				

	1	2	3	4
No saber cuál es la mejor manera de comportarme durante la hospitalización.				
Como será el trato con el personal sanitario (médicos, enfermeras, mucamas, etc.)				
No recibir la atención que espero por parte del personal sanitario.				
No comprender las indicaciones médicas.				
Que sea difícil seguir los consejos del personal sanitario.				

¿Posee alguna otra preocupación en relación al proceso quirúrgico de su hijo/a?

SI

NO

En el caso de que su respuesta haya sido "SI", ¿cuáles?

.....

.....

.....

.....

.....

Anexo 5

CUESTIONARIO DE CONDUCTAS POSHOSPITALARIAS

Este cuestionario pretende obtener información sobre el comportamiento de su hijo/a después de su estadía en el hospital.

Por favor puntúe según la escala siguiente, el grado en el que su hijo/a manifiesta las conductas que se enumeran a continuación.

1	2	3	4
Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

	1	2	3	4
1. Protesta al acostarse por la noche.				
2. Protesta cuando come.				
3. Emplea mucho tiempo en estar sentado, tumbado y sin hacer nada.				
4. Parece tener miedo a salir de casa con usted.				
5. No esta interesado en lo que pasa a su alrededor.				
6. Se hace pis en la cama por la noche.				
7. Se muerde las uñas.				
8. Se altera cuando se lo deja solo/a durante unos minutos.				
9. Necesita ayuda para hacer las cosas.				
10. Difícilmente le interesa jugar a juegos reglados, con juguetes, etc.				
11. Parece evitar o teme las cosas nuevas.				
12. Tiene dificultades para decidirse.				
13. Tiene disposición a enojarse.				
14. Es difícil conseguir que su hijo/a le hable.				
15. Se chupa los dedos.				
16. Parece alterarse cuando alguien menciona a los médicos u hospitales.				

	1	2	3	4
17. Lo sigue a todas partes en casa.				
18. Dedicar mucho tiempo a lograr o a mantener su atención.				
19. Tiene miedo a la oscuridad.				
20. Tiene pesadillas de noche o se despierta llorando.				
21. Es irregular en sus evacuaciones intestinales.				
22. Tiene problemas para dormirse por la noche.				
23. Parece reservado o miedoso entre desconocidos.				
24. Tiene poco apetito.				
25. Tiende a ser desobediente.				
26. Rompe juguetes u otros objetos.				
27. Tiene miedo a los médicos, hospitales, a las intervenciones médicas (agujas, vías, curaciones, etc.)				