

NATALIA VIRUÉ

PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA
PARA NIÑOS Y SUS PADRES

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
AÑO 2011

RESUMEN

El desarrollo del presente trabajo final de graduación, constituye como objetivo principal, brindar contención psicológica y apoyo emocional a niños de 5 a 9 años, que deben ser intervenidos quirúrgicamente y a sus padres. Para ello, es necesario aminorar miedos y temores acerca de la intervención quirúrgica, brindar información acerca de todo lo que implica la misma y atenuar el riesgo de complicaciones físicas asociadas. Se propone la realización de un Programa de Psicoprofilaxis Quirúrgica, basado en dos niveles de intervención: niños y sus padres. Los encuentros se llevan a cabo una vez programada la cirugía, durante el período preoperatorio, intraoperatorio y finalmente, postoperatorio. En el caso de los niños, el abordaje es a través del juego, dibujo, la palabra y también brindando información, acompañando y ayudando. Los encuentros con los padres, se basan en trabajar sus temores, ya que ellos son los pilares más importantes para que el niño atraviese la intervención y su posterior recuperación. Se enfatiza la importancia de la prevención en Salud Mental como una herramienta de la Psicología para trabajar de manera interdisciplinaria con la Medicina.

Palabras claves: Psicoprofilaxis Quirúrgica – Niños – Padres – Preparación Psicológica

ABSTRACT

The development of this final work of graduation in the main objective, to provide psychological and emotional support to children's from 5 to 9 years, to be operated on and their parents. It is necessary to reduce fears about surgery, provide information and reduce the risk of physical complications associated. It proposes the creation of a Program of Surgical Psychoprophylaxis, based on two levels of intervention: children and their parents. The meetings are held once programmed surgery during the preoperative, intraoperative, and finally surgery. In the case of children, the approach is through play, drawing, speech, and also providing information, support and help. The meetings with parents, is based on working their fears as they are the most important pillars for the child to go through surgery and subsequent recovery. It emphasizes the importance of prevention in mental health as a tool of psychology to work in an interdisciplinary way with medicine.

Keywords: Surgical Psychoprophylaxis – Children's – Parents – Psychological Preparation

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me gustaría nombrar y mostrar mi agradecimiento a todas las personas que han hecho posible que este trabajo se llevase a cabo.

A mis padres, por su comprensión y ayuda. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, y todo ello con mucho amor.

A mis hermanas, por estar siempre unidas, por ayudarme y porque con ellas viví una infancia feliz, que guardo en el recuerdo.

A mi tía, por haber sido mi inspiración, por sentirla siempre conmigo y por recordarla todos los días con su mejor sonrisa.

A mis tíos y primos, por formar parte de mi familia y por estar presentes en todo momento.

A mi abuela, por sus enseñanzas, por su fortaleza espiritual y sabiduría.

A mi novio, por su paciencia y comprensión, por ser tal como es, por tanto amor y felicidad.

A mis amigas y amigos con los que compartí muchos momentos inolvidables y a los que quiero mucho.

A las profesoras Amalia Giorgi y Teresa Reyna, que han conformado mi Comisión Asesora y Evaluadora, por sus correcciones y sugerencias que han brindado a este trabajo.

A la Licenciada en Psicología Gloria Nazario, por haberme facilitado el contacto con el cirujano pediátrico, por su amabilidad y disponibilidad.

Al Dr. Ricardo Rassi, por haberme ayudado en las etapas preliminares de esta tesis, por su gentileza y atención.

A la Universidad Empresarial Siglo 21, por la educación brindada durante estos años.

A todos, muchas gracias.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
FUNDAMENTACIÓN	11
OBJETIVOS.....	17
OBJETIVO GENERAL	17
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
MARCO TEÓRICO.....	18
DEFINICIÓN DE PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA	18
ORÍGENES E HISTORIA	20
PSICOPROFILAXIS Y PREVENCIÓN	23
PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA INFANTIL.....	24
PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA PARA PADRES	28
PSICOEDUCACIÓN EN PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA INFANTIL	32
METODOLOGÍA.....	33
HISTORIA DE LA INSTITUCIÓN	33
FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE CIRUGÍA INFANTIL	33
PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS	35
DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS UTILIZADOS	35
ANÁLISIS DE DATOS	38
CONCLUSIONES DEL RELEVAMIENTO INSTITUCIONAL	40
ANÁLISIS FODA.....	41
ACTIVIDADES PROPUESTAS	42
MÓDULOS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA.....	42
DESCRIPCIÓN DE LOS ENCUENTROS Y ACTIVIDADES	44
PRIMER NIVEL DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA: PADRES	44
SEGUNDO NIVEL DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA: NIÑOS	51
RECURSOS	58
EVALUACIÓN	59
BIBLIOGRAFÍA	60
ANEXO N°1: Entrevista semidirigida a Cirujano Pediátrico.....	64
ANEXO N°2: CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN ANSIEDAD-ESTADO EN NIÑOS (STAIC-E)	67
ANEXO N°3: ESCALA DE OBSERVACIÓN DE ANSIEDAD DURANTE LA ESPERA A CIRUGÍA	69
ANEXO N°4: PACIENTE N°1.....	70
ANEXO N°5: PACIENTE N°2.....	71
ANEXO N°6: PACIENTE N°3.....	73
ANEXO N°7: Entrevista semidirigida a Cirujano Pediátrico para evaluar el Programa de Psicoprofilaxis Quirúrgica para niños y sus padres.	75
ANEXO N°8: Entrevista semidirigida a enfermeras para evaluar el Programa de Psicoprofilaxis Quirúrgica para niños y sus padres.	76

INTRODUCCIÓN

Las intervenciones quirúrgicas constituyen una fuente de estrés psicológico, ya que los pacientes deben enfrentarse a situaciones desconocidas. En el caso de que sean niños, debiera ser mayor contemplado este aspecto, ya que la infancia es una fase del desarrollo humano de especial vulnerabilidad ante situaciones traumáticas, porque sus funciones y capacidades psíquicas están aún, evolucionando.

Se considera que una cirugía puede ser devastadora, tanto psíquica como emocionalmente para un niño y sus padres, ya que la ansiedad excesiva y el estrés pueden afectar la salud del niño, reducir la capacidad de cooperación con los médicos, facilitar la aparición de comportamientos negativos hacia el personal de la salud y dificultar el período postoperatorio. De manera que una cirugía podría originar en el niño un desequilibrio emocional que llegue a alterar su desarrollo evolutivo. Además se debe tener en cuenta que el niño no sólo se debe enfrentar a sus reacciones de ansiedad, sino que también a las de sus padres, ya que ellos podrían experimentar estrés intenso y sentimientos de impotencia cuando sus hijos deben ser sometidos a una intervención quirúrgica.

Por todo ello, la Psicoprofilaxis quirúrgica orientada a niños es un proceso focalizado, con objetivos preventivos, dentro de un marco asistencial. Surge al intentar contener las necesidades emocionales de los niños enfermos que deben someterse a una cirugía, acompañándolos a ellos y a sus padres a atravesar ésta situación.

Dentro de dichas consideraciones, es que surge el presente Proyecto de Aplicación Profesional como una estrategia preventiva y asistencial en la Clínica Del Sol, de la ciudad de Córdoba. Está destinado a niños de 5 a 9 años que deban someterse a una cirugía y a sus padres. Para brindarle a ambas partes, una preparación y contención emocional adecuada frente a una cirugía.

Se incluye dentro de un programa de prevención para la salud mental del niño y sus padres, porque plantea contener los miedos y temores que podrían surgir desde el momento en que al niño se le comunica que debe ser operado, hasta su recuperación posterior.

El programa se centrará en la intervención y preparación en dos niveles: paciente quirúrgico infantil y sus padres, de manera que la interacción entre ambos se dé en forma saludable y activa.

La modalidad de trabajo, será de un taller, con intervención psicoeducativa, que consistirá en una serie de encuentros previos, durante y posterior a la cirugía programada. En dicho taller psicoeducativo, tanto los niños como sus padres, tendrán un lugar de encuentro de reflexión, intercambio y diálogo. Allí podrán expresar, compartir, reflexionar y redefinir sus propias experiencias, temores, inquietudes, ideas y creencias acerca de la cirugía. Serán acompañados en el proceso y se les brindará información.

Al tratarse de talleres de psicoeducación familiar, se proporcionará a los padres información detallada y clara sobre la enfermedad, datos concretos y específicos acerca de lo que ocurre durante el proceso quirúrgico.

FUNDAMENTACIÓN

La Psicoprofilaxis Quirúrgica es una práctica que se encuentra en el cruce interdisciplinario de dos ciencias: la psicología y la medicina. Se observa que dentro del ámbito de la Salud y la Medicina, existe actualmente un defasaje entre el tratamiento a nivel físico y el tratamiento a nivel emocional y psíquico de los niños que deben afrontar una cirugía. Es frecuente, en el ámbito quirúrgico, que algunos equipos profesionales privilegien la problemática orgánica, apartando y escindiendo el aspecto emocional. Esto puede deberse a que el tiempo de la cirugía es acotado y vertiginoso, se actúa sobre “lo enfermo” y no sobre “la persona del enfermo”. (M. Mucci, 2004).

La importancia del presente Proyecto de Aplicación Profesional, denominado Programa de Psicoprofilaxis Quirúrgica para niños y sus padres, radica en conformar un espacio de contención para ellos, lo que permitiría el despliegue y la posterior elaboración de fantasías, emociones y creencias acerca de todo lo que implica una cirugía. De ésta manera, se podría generar un espacio donde el niño pueda expresar de sus temores y angustias, su visión acerca de su operación. Además, sus padres podrán expresar qué sienten ellos también, descargando sus angustias en un espacio que no afecte al niño y donde se les brinde información.

Este proyecto se llevará a cabo desde la labor del psicólogo, trabajando en el contexto médico en que se realiza el acto quirúrgico. A su vez, se tiene en cuenta el soporte familiar y social del que dispone el niño, fortaleciendo los recursos con los que cuenta para atravesar dicha situación, tendiendo a su vez a reducir los efectos adversos para el psiquismo, como así también facilitar su recuperación.

Por otro lado, este proyecto plantea la importancia de la Psicoprofilaxis Quirúrgica y las eventualmente graves consecuencias de su omisión, en particular tratándose de pacientes niños.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, se considera que la Psicoprofilaxis Quirúrgica es una herramienta fundamental en la práctica de los profesionales de la salud. De esta forma, éste proyecto podría implementarse e incorporarse al servicio de Cirugía Infantil de la Clínica Del Sol, de la ciudad de Córdoba, que cuenta con un equipo interdisciplinario, requisito indispensable de la Psicoprofilaxis Quirúrgica, donde es imprescindible la colaboración entre los distintos

miembros del equipo de salud, permitiendo un abordaje integral del paciente y su familia, aliviando y conteniendo a cada uno de sus integrantes.

Con respecto a las antecedentes de Psicoprofilaxis Quirúrgica de adultos y niños, existen numerosas evidencias que documentan el serio impacto psicológico que la hospitalización y la cirugía pueden producir. Entre las primeras investigaciones, se destacan las de Janis (1958) y Egbert (1964), que demostraron que, si los enfermos recibían información acerca de los procedimientos médicos, el estado de ansiedad general disminuía.

Irving Janis (1958), citado por Mucci, M. (2004), investigó la relación entre ansiedad, temores anticipatorios e información diagnóstica en una población de enfermos quirúrgicos y estudiantes universitarios. Un aspecto que fue abordado en dicha investigación, fue el “estrés psicológico”, entendido como el temor a la cirugía y el comportamiento ante la situación. Formuló la hipótesis de que, si los pacientes expresan temores, utilizan esos miedos para iniciar un proceso que los reduce, al que llamó “trabajo de preocuparse”. El mencionado “trabajo” es una forma de auto preparación que permite acciones de carácter preventivo eficaces ante el estresor. De esta manera, Janis entendía que la ausencia de dicho trabajo era característica de pacientes que hacían un manejo inadecuado del proceso quirúrgico.

Posteriormente, Janis y Mann (1977), citado por Mucci, M. (2004), plantean que el manejo adecuado de los miedos ante la cirugía implica para el paciente un proceso de tres fases: primero, la información le genera miedos e inicia el trabajo de preocuparse, segundo, ensaya mentalmente el futuro acontecimiento y tercero, hace acopio de sus recursos para sobrellevar el proceso quirúrgico. Por su parte, Egbert, L. D. (1964), también citado por Mucci, M. (2004), plantea que la preparación influye en la recuperación postoperatoria. En su investigación, realizada en Inglaterra, participaron 97 sujetos y utilizando una estrategia preoperatoria para el estrés, el anestesista les proporcionó información. El grupo que recibió preparación reportó menos dolor y fue dado de alta antes que aquellos que no recibieron preparación en un promedio de 2,7 días menos.

Autores como Giacomantone y Mejía, Baudry y otros (1966), Rinaldi y Goldberg (1969), Glocer (1971), además de Rockwell y Rockwell (1979), todos citados por Mucci, M. (2004), han señalado que es conveniente la asistencia psicológica de los enfermos que van a ser operados, dado que el impacto emocional de las intervenciones

quirúrgicas puede influir en la evolución pre y postoperatoria. Finalmente, respecto de la preparación pre-quirúrgica los estudios de Giacomantone y Mejía (1997), por ejemplo, han demostrado que una adaptación psicológica ineficaz frente al estrés preoperatorio determina un riesgo quirúrgico adicional.

Con respecto a las investigaciones de Psicoprofilaxis Quirúrgica Infantil, se puede citar la perteneciente a Rodríguez Velázquez M., Dearmas A., Sauto S., Techera S. y Suárez A. (2005). Dichos autores, plantearon que las ideas que las personas tienen de la cirugía están impregnadas de fantasías con una excesiva carga de ansiedad que impiden un control emocional y recuperación adecuados. La hipótesis de su trabajo de investigación es demostrar que la Psicoprofilaxis Quirúrgica permite poner en funcionamiento mecanismos defensivos que amortiguan el impacto que implica la cirugía. Su objetivo era demostrar el beneficio de la Psicoprofilaxis Quirúrgica en niños de edad escolar enfrentados a una cirugía de coordinación.

En cuanto a los materiales y métodos, se estudiaron 30 pacientes del Centro Hospitalario Pereira Rossell (Uruguay) con edades entre 5 y 12 años divididos en dos grupos de 15 niños: un grupo experimental, que recibió información básica, sin intervención psicológica y un grupo de control, que recibió información detallada, con intervención psicológica. El estudio comparativo entre ambos grupos se realizó a través de la valoración psicológica y de la variación de parámetros biológicos. Los resultados arrojaron que la preparación facilitó en este grupo de niños la creación de defensas eficaces permitiendo una conducta adaptativa con un monto de ansiedad que el Yo pudo controlar, disminuyendo el potencial efecto traumático de la vivencia, demostrando ser efectiva para disminuir el impacto psicobiológico y sus efectos en la etapa de recuperación postoperatoria inmediata.

Por otro lado, Li H., López V., Lee T. (2007), en su trabajo “Efectividad de la Psicoprofilaxis Quirúrgica de los Niños y sus Padres”, plantean que su objetivo fue evaluar los efectos del juego como intervención terapéutica en la evolución de niños sometidos a cirugía ambulatoria y destacar la importancia de la participación de los padres en la Psicoprofilaxis Quirúrgica de sus hijos.

La edad de los 203 niños incluidos en el estudio fue de 7 a 12 años. En el grupo experimental, los padres de los niños debían estar disponibles para participar de las intervenciones terapéuticas una semana antes de la cirugía. Los niños recibieron intervenciones terapéuticas una semana antes de la cirugía, que consistieron en sesiones

de juego terapéutico diseñadas de acuerdo con el desarrollo cognitivo y psicosocial del niño, relacionadas con cuestiones de salud. Mientras que en el grupo control, los niños y sus padres recibieron la preparación de rutina, que consistió en la explicación de los cuidados preoperatorios y postoperatorios, que se realizó el mismo día de la evaluación prequirúrgica (1 a 2 semanas antes de la cirugía). Posteriormente, el estado de ansiedad de los niños y de sus padres se evaluó con la *State Anxiety Scale for Children* y la *State Anxiety Scale for Adults*, respectivamente.

Los resultados de los análisis realizados por los autores indicaron una diferencia estadísticamente significativa en el estado de ansiedad de los niños y de los padres de ambos grupos. Los pacientes incluidos en el grupo sometido a la intervención terapéutica mostraron puntuaciones menores en las escalas de ansiedad; del mismo modo, el grupo experimental presentó menos conductas emocionales negativas durante la inducción anestésica. Por último, los padres de los niños asignados al grupo experimental refirieron mayor satisfacción que aquellos que formaban el grupo control.

A partir de la revisión de diferentes investigaciones (J. Miró y otros, 1998; K. Cullen y otros 1990; M. Quiles 1999) se ha comprobado que la prevención y el control de la ansiedad y el estrés ante la cirugía infantil es de gran utilidad, ya que supone ayuda a disminuir complicaciones postquirúrgicas, facilitar la recuperación física postoperatoria y del ajuste psicosocial posterior a la intervención. Además de ayudar a reducir molestias físicas y problemas de conducta posthospitalarias, hasta llega a ser rentable, ya que supone un menor consumo de servicios sanitarios, debido a que padres y niño poseen herramientas para enfrentarse a los diferentes momentos de la intervención quirúrgica.

La preparación por parte de los padres, ayuda a reducir la ansiedad y estrés ante la intervención de su hijo, ya que se les asigna un papel activo; y como consecuencia transmiten tranquilidad a los niños. Los estudios de Montoya Castilla (2002), señalan que la cirugía repercute negativamente en algunos niños, tanto como las emociones de los padres y el afrontamiento que estos hagan de la situación médica.

El objetivo general de la mencionada investigación se centró en estudiar y determinar las variables que pueden ayudar a comprender la vulnerabilidad psicológica al estrés ocasionado por la Cirugía Mayor Ambulatoria, en los niños y en sus padres. Las muestras estuvieron formadas por 57 niños (entre 2 y 12 años), intervenidos de Cirugía Mayor Ambulatoria Otorrinolaringológica en el Hospital General Universitario

de Valencia (España), y por sus cuidadores familiares (51 madres y 13 padres). La patología que se intervino, mayoritariamente, ha sido vegetaciones adenoideas, como única intervención o junto con otitis media.

Respecto a las variables psicológicas, señalan que el nivel de miedo y de ansiedad se reduce tras la operación en los niños menores de 9 años y aumenta en los mayores de 9. Los niños menores de 7 años manifiestan mayores niveles de ansiedad fisiológica y motora. Los cambios comportamentales más frecuentes son los problemas de alimentación, la ansiedad por separación, la agresión hacia la autoridad y los trastornos del sueño.

Los momentos de mayor ansiedad en el cuidador familiar son el día antes de la intervención quirúrgica y el día de la misma, mostrando un monto de ansiedad significativamente mayor las madres, que los padres. En cuanto a las estrategias de afrontamiento, ambos padres antes de la operación utilizan más la estrategia de solución de problemas que después de la operación. Las madres antes de la operación también utilizan la estrategia de búsqueda de apoyo social en mayor medida que después de ésta. La ansiedad de la madre y de su hijo/a se relaciona positivamente en los niños menores de 9 años.

Esta investigación ha permitido determinar que el nivel de ansiedad y miedos del paciente y el nivel de preocupación de su madre, pueden ayudar a predecir el estado emocional del paciente durante el proceso quirúrgico. En el caso de la madre, su nivel de ansiedad y de preocupación ayudará a predecir la evolución de su estado emocional. (Montoya Castilla, 2002).

Las investigaciones muestran que entre padres e hijos se produce una transmisión de emociones que influye en su forma de afrontar las experiencias. Existen dos hipótesis explicativas de la influencia de los padres en la adaptación de los niños a situaciones médicas estresantes: el contagio emocional y la crisis parental (Tiedeman, 1997; Kain, 2000).

En este estudio descriptivo transversal, realizado por los mencionados autores, se han examinado diferentes aspectos relacionados con el estrés en la infancia durante la hospitalización en una muestra de 85 niños y sus correspondientes 85 padres, durante estadías breves en dos hospitales. La investigación ha intentado constatar la importancia mediadora de diversas variables de índole personal y familiar: la edad infantil, la

valoración paterna de los miedos infantiles, la presencia de experiencias de hospitalización y la valoración cualitativa de éstas. Se hallaron evidencias de una menor presencia de estrés en los niños de más edad, así como de la transmisión de emociones entre padres e hijos durante la hospitalización. No se encontraron diferencias significativas en estrés por hospitalización, ni en relación con la presencia o no de experiencias previas, ni en función de la valoración cualitativa de las mismas. El estudio de miedos específicos ha señalado el miedo al daño corporal y el miedo a la muerte como los más generadores de estrés. La afectación y la percepción mutua de alteraciones emocionales podrían generar una mayor presencia de miedo y estrés en padres e hijos.

Además, Matamoros Z., Machado, C. H. y De Machado, A. (1991), presentan una investigación que estudia la influencia de la preparación psicológica en niños sometidos a cirugía. Plantean que el miedo al daño corporal es la reacción psicológica más común en niños que se hospitalizan. Los resultados de este estudio apoyan el hecho de que brindar preparación psicológica a niños que serán sometidos a cirugía, resulta beneficioso para el paciente y facilita todo el proceso quirúrgico. La eficacia de la Psicoprofilaxis preoperatoria, se ve confirmada por la reducción estadísticamente significativa de la angustia en el grupo de tratamiento (experimental). En el grupo control, los parámetros de angustia se mantuvieron elevados. Por lo tanto, la conclusión de ésta investigación es que la Psicoprofilaxis Quirúrgica es el método más efectivo para disminuir la angustia, facilitar el proceso de la operación y acortar el postoperatorio.

A modo de conclusión, se plantea que las investigaciones precedentes que se han expuesto en forma conjunta e integrada, muestran que todos los autores consideran de gran importancia la existencia de un Programa de Psicoprofilaxis Quirúrgica, para niños y sus padres durante todo el proceso médico. Propone un modo de enfrentar dicho momento, haciendo que los profesionales en psicología contribuyan a que sea saludable para todos.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Brindar contención psicológica y apoyo emocional a niños que deben ser intervenidos quirúrgicamente y a sus padres para que cumplan la función de continentes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aminorar miedos y temores acerca de la intervención quirúrgica tanto en niños como en los padres.
- Brindar información al niño y su familia acerca de todo lo que implica una cirugía.
- Atenuar el riesgo de complicaciones físicas asociadas.

MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN DE PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA

El significado etimológico de la palabra profilaxis, deriva del verbo griego *profyláso*, que significa velar en defensa de, tomar precauciones contra, prevenirse contra. Mientras que el término quirúrgico, proviene del griego *kheirurgia*, que significa operación quirúrgica y relativa o perteneciente a la cirugía.

Cuando el tratamiento para una enfermedad orgánica es de resolución quirúrgica, dicha cirugía tiene diferentes características relacionadas con la enfermedad, con el órgano afectado o comprometido, con la complejidad y con el riesgo vital. Una operación es la mayoría de las veces, un hecho inesperado y sorpresivo, representando un impacto psíquico intenso, ante el cual cada uno reacciona según su personalidad. En la situación quirúrgica, el enfermo espera ayuda y alivio a su enfermedad, mientras que el médico, está habilitado y entrenado para asistirlo y ayudarlo a recuperar su salud.

Frecuentemente, se observa que los médicos, dada su formación, parecieran estar acostumbrados a pensar casi exclusivamente en lo orgánico, a diagnosticar y tratar al enfermo para que recupere su salud. Por otro lado, se deben destacar los aspectos positivos de su tarea, que es la preservación de la salud, atendiendo todo lo que implica una actitud ética en la asistencia médica. La psicología aporta a la cirugía una mirada específica que permite registrar, de otra manera la relación del paciente con su enfermedad.

Glasserman, M. R. (1969), citado por Mucci, M. (2004), describe la Psicoprofilaxis Quirúrgica desde los marcos conceptuales de prevención y promoción de la salud. Ésta técnica psicológica es aplicable individual o grupalmente tanto a niños como a adultos, con el fin de administrar información veraz, dosificada y adaptada. Dicha definición, toma en cuenta la importancia de la prevención en salud mental, como una manera de prevenir posibles daños y, a su vez, incrementar la calidad de vida de las personas.

La postura de Vázquez, G., Balsamo, S. y Marcovich, C. (1993), también está enfocada desde la prevención, ya que plantean que, para que la medicina sea efectiva, debe existir una actitud preventiva, comprensiva e interdisciplinaria, considerando al

hombre en su integridad total al medio y las demás personas. Definen la Psicoprofilaxis Quirúrgica como el estudio a nivel psicológico de las relaciones que se establecen entre los diferentes miembros de la situación quirúrgica y la conflictiva intrapsíquica que se desencadena en el paciente por la situación en sí. El fin es disminuir la ansiedad y angustia provocada por las vivencias del acto quirúrgico, evitando la aparición posterior de síntomas patogénicos.

Giacomantone, E. (1994), entiende la Psicoprofilaxis Quirúrgica como una manera de ayudar a atravesar todo lo que implica una cirugía, buscando que el paciente pueda sobrellevar esta situación de la mejor manera posible. Su finalidad es preventiva, ya que evita la aparición de posteriores complicaciones de problemas orgánicos y/o psicológicos. Se focaliza en la situación quirúrgica y está planificada para promover en el funcionamiento afectivo del enfermo recursos que lo orienten a afrontar la operación, reducir efectos, eventualmente adversos y facilitar su recuperación física y psíquica.

Por otro lado, Maguire y Murray Parkes (1998), definen la Psicoprofilaxis Quirúrgica como campo de trabajo especializado, brindando asistencia psicológica a enfermos que deben ser sometidos a cirugía. Se trata de una estrategia focalizada y planificada, que tiene principio, desarrollo y final. Esta práctica posibilita considerar los aspectos emocionales que pueden llegar a afectar el curso de la enfermedad y la operación.

Ferraro, A. (2000), plantea la Psicoprofilaxis Quirúrgica como la preparación pre y post quirúrgica de aquellas personas que deben atravesar una operación de cualquier índole. Es la atención y tratamiento preventivo del acto quirúrgico que se debe enfrentar.

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. La preparación antes de la cirugía, se centra en las dificultades emocionales que se experimentan para enfrentar la intervención. Apunta a diluir hasta hacer desaparecer los temores, las fantasías y las posibilidades de dolor. En cambio la post quirúrgica, que se viene preparando desde la pre-quirúrgica, se centra en la disminución de las percepciones de dolor y de molestias postquirúrgicas y en la preparación anímica necesaria para que el paciente actúe de manera óptima, positiva en su propia y rápida rehabilitación.

Según Mucci, M. (2004), la Psicoprofilaxis Quirúrgica es un campo especializado que cobra sentido y obtiene su lugar como estrategia de intervención psicológica ante una situación médica específica (cirugía). El proceso de objetivos preventivos, está focalizado en la situación quirúrgica y planificada para promover, en el funcionamiento afectivo, cognitivo e interaccional del enfermo, recursos que lo orienten a afrontar la operación. Es decir, determina que es posible una psicoprofilaxis como proceso clínico preventivo, ya que si bien no “cura” la enfermedad orgánica, ni “salva” de la operación, posibilita mitigar, mejorar, contener, otorgar sentido a la situación para el enfermo, abriéndole de esta manera un espacio en el que pueda poner en palabras lo que siente frente a la operación.

El trabajo de psicólogos en Psicoprofilaxis Quirúrgica se realiza a través de diferentes técnicas como observación, entrevistas semidirigidas, test proyectivos, actividades lúdicas, etc. La evaluación del paciente les permite saber cómo enfrentaron los pacientes otras situaciones de crisis anteriores, la estructura previa de la personalidad, el grado de fortaleza yoica, la importancia que tenga el órgano operado para sí y para los demás, las funciones defensivas del Yo, la regulación y control de los impulsos, y las estrategias para abordar la contención de acuerdo al tipo de cirugía o intervención médica que se realice.

Las definiciones, coinciden en parte con lo planteado por la mayoría de los autores mencionados anteriormente, considerando la importancia de la Psicoprofilaxis Quirúrgica desde la prevención, en el marco de la promoción de la salud, es decir, el aumento de salud mental de las personas, mediante la disminución del riesgo de enfermedad psicológica.

ORÍGENES E HISTORIA

La historia de la Psicoprofilaxis Quirúrgica plantea dos vertientes: una, corresponde con el desarrollo de la cultura y la sociedad, y otra, que está ligada a la psicología científica.

Los desarrollos de Eduardo Mardarás Platas (1980) describen cinco etapas históricas: el primer período “brujeril”, que se desarrolla en sociedades y culturas

primitivas. Brujos y hechiceros brindaban protección a los enfermos a través de conjuros, exorcismos, ritos, etc. Se establecía una relación entre magia, rituales, curación y el rol del hechicero – médico, que con poderes divinos curaba las enfermedades.

El segundo período religioso, se origina en las creencias en el poder divino, las oraciones y la imaginería. El enfermo confía en sobrellevar su dolencia con entereza, contención y esperanzas, a través de la fe y rezos.

El tercer período de las relaciones humanas, desde el siglo XIX se centró en aplicar los conocimientos y métodos de la química y la física a la vida humana. La práctica médica se basaba en diagnosticar, clasificar, prever el curso de la enfermedad e indicar el tratamiento.

El cuarto período, de las relaciones humanas deterioradas, adviene con el surgimiento de las especialidades, los cambios en el sistema de salud, la medicalización excesiva, los avances de la tecnociencia. Se profundiza la cosificación y objetivación del paciente, el reduccionismo físico, acompañado de una tendencia a minimizar el sufrimiento psíquico. Así se produce un deterioro de la relación médico-paciente, ya que los avances tecnológicos amplían la distancia entre el enfermo y el médico.

Finalmente el último período, llamado psicologista, se caracteriza por el error de reducir la situación de enfermedad a lo psíquico, desde una concepción distorsionada. Implica la inclusión del psicólogo en situaciones médicas, apelando a los recursos de la psicología para que actúen como “prótesis”. No se privilegia a la persona, sino que continúa siendo un individuo anónimo.

En la actualidad, se ha evolucionado al período llamado “de interdisciplinariedad”, en el que se integra el psicólogo a los servicios médicos y contribuye al desarrollo de tareas asistenciales. (M. Mucci, 2004).

En cuanto a lo que ocurre en Argentina, Rinaldi (2001) sitúa los antecedentes de la prevención psicósomática quirúrgica infantil, en los progresivos cambios que surgieron a partir de las observaciones de algunos profesionales que detectaron la intensa angustia, el dolor y los profundos sentimientos de desvalimiento que las internaciones y operaciones provocaban en los pequeños.

En 1958 surge, en el Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, un movimiento liderado por el Dr. Florencio Escardó, quién desarrolló las grandes innovaciones de la

pediatría en Argentina. En aquellas primeras incursiones, las madres de bajos recursos se internaban junto con sus hijos para que la recuperación del niño no fuese tan traumática.

El mencionado doctor, manifestaba un rechazo total hacia la ortodoxia médica tal cual estaba planteada, tanto en ámbitos asistenciales como en académicos. Para él, la llamada medicina del niño era una medicina infantil, donde el lugar que la madre del paciente ocupaba era molesto; no de alguien que podía formar parte del equipo como agente de curación para transitar, con capacitación mediante, el espacio de la asistencia afectiva.

De acuerdo con dicho autor, debió redefinir la pediatría, entendiendo que el médico, al hacerse cargo de un niño enfermo debe ser también el médico del grupo familiar. Su trabajo tuvo como eje principal el interés por los aspectos emocionales, familiares y sociales, ya que entendía a los pequeños como un conjunto bio-psico-social. Esto le permitió al Dr. Escardó intuir que era necesario internar a las madres con sus hijos, y revolucionó la medicina infantil proponiendo que la internación fuera conjunta (madre e hijo).

Para este autor, la función del médico reside en llevar a los padres a reconocer que se trata de una enfermedad de la familia, expresada en el niño por su ubicación afectiva intrafamiliar. Comprendía que la familia se enferma en conjunto como estructura biológica y que, por lo tanto, la enfermedad del niño es un desequilibrio total que radica en su grupo familiar. Si el puente que relaciona al niño con su grupo es el afecto, allí debían estar guardados los “otros” remedios que el niño necesitaba para su total recuperación. De ésta manera, se introdujo el servicio de psicólogos en el quehacer diario y también existía un servicio de consultorios externos de atención pediátrica y psicológica. Así fue, que un equipo de profesionales del Área de Salud Mental comenzó a trabajar con pediatras, todo niño que llegaba a la consulta o era internado, era recibido por un pediatra y un psicólogo, quienes realizaban una entrevista conjunta.

Posteriormente, los trabajos de Eva Giberti (1968), complementaron los pensamientos de Escardó. Para esta autora, la familia es un sistema estructurado por la organización de sus miembros con roles determinados, cuya misión es brindar posibilidades para que puedan mejorar la evolución y el progreso en los niveles de perfeccionamiento personal y del grupo al cual pertenecen.

Paralelamente van surgiendo interesantes aportes al tema como los de Florinda Glocer (1971), quien describe la neurosis quirúrgica, posible de darse ante miedos no superados, esencialmente el miedo a la muerte desencadenado por la situación quirúrgica.

PSICOPROFILAXIS Y PREVENCIÓN

La palabra prevención, del verbo prevenir, es definida como “*preparación, disposición que se toma para evitar algún peligro. Preparar con anticipación una cosa*” (Diccionario de la lengua española, (2001), Pág. 1831). El concepto de prevención remite a la anticipación de un daño o perjuicio que pueda ocurrir en el futuro con la finalidad de evitarlo.

La Psicología como disciplina científica plantea dentro de la prevención, el cuerpo de conocimientos profesionales teórico-prácticos que pueden anticiparse y así desarrollar programas que propongan la Promoción de la Salud. Para lograr disminuir el riesgo de enfermedades psicológicas y a su vez, aumentar el nivel de salud de la población.

La Psicoprofilaxis Quirúrgica se sitúa claramente en el campo de la psicología preventiva, ya que el trabajo del psicólogo, consiste en colaborar con el paciente a elaborar lo que va a suceder para que pueda darle un sentido, en lugar de quedar expuesto a las creencias, los prejuicios o las fantasías predominantes frente a un suceso traumático. (Rinaldi, 2001).

José Bleger (1994), toma las ideas de Caplan (1964), para entender una psicología donde se propone el perfil profesional del psicólogo como agente social fundado en la promoción de la salud. El modelo de prevención en salud mental, considera el carácter multifactorial de las variables que inciden sobre la misma. Además, plantea la importancia de un enfoque amplio, abierto y flexible de la prevención. Teniendo en cuenta lo anterior, se distinguen tres niveles de prevención (Caplan, 1964):

- 1 **Prevención primaria:** su objetivo es modificar las condiciones biopsicosociales que pueden afectar negativamente la salud. Dentro de la población quirúrgica, se considera este nivel de prevención a las

actividades y recursos técnicos que logran informar y conocer las características del acto quirúrgico y sus efectos. Esto se podría llevar a cabo a través de cuadernillos informativos, entrevistas, videos, recorrido del quirófano, internado, etc.

- 2 **Prevención secundaria:** su propósito es localizar y poder identificar los trastornos psíquicos en sus inicios, es decir, diagnosticar para luego llevar a cabo un tratamiento temprano. De ésta manera, lograr la reducción de la duración de los trastornos y prevenir secuelas e incapacidades. En el caso de pacientes que deben someterse a una cirugía, el objetivo es impedir que la misma posibilite la aparición de una organización psicopatológica propiamente dicha.
- 3 **Prevención terciaria:** su objetivo es la rehabilitación biopsicosocial cuando la incapacidad y el deterioro ya se han producido. En la población quirúrgica, se podría plantear un tratamiento posterior a la cirugía y el retorno a su vida o también en el caso de pacientes que necesiten otras cirugías en un futuro.

En lo que concierne a la Psicoprofilaxis Quirúrgica, D'Alvia (1995) considera que ésta incluye los tres tipos de prevención, ya que se trata de evitar complicaciones (prevención primaria), retornar al estado de salud perdido (prevención secundaria) y adaptar al paciente para enfrentar su nuevo estado en el caso de que la cirugía hubiese dejado alguna complicación (prevención terciaria).

Para Rinaldi (2001), la tarea preventiva debe cumplir los propósitos de satisfacer el derecho que tiene el paciente a ser informado sobre todo lo implica la cirugía, su necesidad, los riesgos, el dolor y particularmente los cambios corporales previsibles, incluyendo la evolución postoperatoria. O sea, brindarle el esclarecimiento y la contención emocional adecuada, para que enfrente la cirugía en las mejores condiciones psicobiológicas posibles.

PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA INFANTIL

Una de las situaciones traumáticas más comunes en la infancia es la indicación quirúrgica. Esta situación genera siempre altos niveles de estrés, tanto físico como psíquico, porque el desarrollo emocional del niño es incompleto y aún no ha adquirido un control estable sobre la realidad.

La sumatoria de dos eventos (la internación y la operación) incide sobre el niño y necesita de un manejo propio y específico. Desde que comienzan los estudios diagnósticos para saber qué le pasa o cuál es su enfermedad hasta el momento de la cirugía, tanto ellos como su familia, se encuentran en una situación de alto estrés psicofísico. Ante estas situaciones, surgen preguntas que muchas veces quedan sin respuestas, como por ejemplo por qué le pasa esto, qué hizo para merecerlo, si le va a doler, cómo va a quedar, etc.

Aberastury (1978), describe el proceso de trabajo con niños, considerando relevante la información sobre la anestesia y la operación en sí, ya que la falta de esclarecimiento, incrementa la ansiedad. Esta aplicación permitió que con información, ellos fueran mejor preparados y, que a su vez, resultara preventivo ya que las entrevistas postquirúrgicas servían para incorporar la nueva imagen corporal. Dicha incorporación implicaba elaborar la pérdida de una parte del cuerpo o bien en cirugías reparadoras la pérdida de un defecto.

Palomo, (1995) plantea que la preparación psicológica en niños debe tener como objetivos: incrementar el sentimiento de bienestar mediante la adaptación a la situación, reducir la vulnerabilidad del niño y los padres a la ansiedad y la hospitalización, promover la participación de los padres como apoyo y tener en cuenta la individualidad del niño. Para esto se les brinda información y, de la misma forma que en los adultos, se evalúa el riesgo quirúrgico a nivel psicológico, acompañando y ayudando a disminuirlo. También se trabaja con los padres y hermanos, preparándolos, informando, trabajando sus temores ya que ellos son los pilares más importantes para que el niño atraviese la intervención y su recuperación. (Mucci, 2004).

Los más pequeños, experimentan sus dolores como consecuencia de un ataque y, por lo tanto, se sienten agredidos, en peligro y amenazados. Según la significación psíquica de la experiencia dolorosa que realice el niño, reaccionará no sólo con ansiedad, sino también con rabia y enojo. Asimismo, es importante considerar las fantasías y ansiedades respecto a la operación y, para ello, es necesario intentar

esclarecer las mencionadas fantasías y ansiedades pre, intra y postoperatorias relacionadas con la anestesia, con la enfermedad y la situación quirúrgica.

Las fantasías más comunes se asocian a temores como despertarse durante la cirugía, o relacionadas directamente con el dolor, con ser operados estando aún despierto, también pueden aparecer fantasías relacionadas a la muerte, sobre todo la posibilidad de no despertar de la operación. Hay que considerar que todas estas fantasías y miedos están vinculados con los riesgos de la operación y, también, con las características individuales del paciente y de su propia historia. (Rinaldi, 2001).

El abordaje a través las técnicas apropiadas (juego, material verbal y no verbal, el dibujo) que permitan la expresión de conflictos y temores, permite detectar como el niño maneja la situación, la transforma y le atribuye sus propios significados, y de esta manera permite al psicólogo ayudar en la elaboración del miedo y las fantasías que aparecen en relación a la cirugía.

Winnicott (1979), habla de “jugar” y no de juego, como una actividad primaria y originaria a partir de la creatividad originaria que poseen los infantes humanos. El jugar busca producir estimulación sensorial, cognitiva y emocional, es hacer subjetividad, construir sujeto; el jugar tiene un lugar y un tiempo, no se encuentra adentro ni tampoco afuera. La posibilidad de asignar un lugar al juego, postula la existencia de un espacio transicional entre la realidad (realidad externa) y la imaginación y fantasía (mundo interno).

El niño que juega habita en una zona que no es una realidad psíquica interna pero tampoco es del mundo exterior, allí es donde el niño reúne objetos o fenómenos de la realidad exterior, los utiliza como elementos de proyección de la realidad interna, y desarrolla un fenómeno transicional plasmado en el juego.

De acuerdo a Winnicott, el juego es por sí sólo una terapia, conseguir que los niños jueguen es ya una psicoterapia de aplicación inmediata y universal. Lo principal es que el juego es una experiencia que siempre es creadora, y por otro lado, el juego corresponde a lo saludable y facilita el crecimiento.

Por otro lado, Rodolfo (1993), plantea que en los distintos momentos de la estructuración subjetiva se observan variantes y transformaciones en la función del jugar. También acentúa la importancia de diferenciar, como lo hace Winnicott, la palabra “jugar” de “juego” y así plantea el carácter de práctica significativa que tiene esa

función. Este concepto es el hilo conductor para entender la compleja constitución subjetiva.

Las funciones del juego, son mas arcaicas y primitivas que las del fort/da (Freud. 1920/ Ed. 1999) y se observan a lo largo del primer año de vida. Desde la perspectiva del significante de sujeto, al referirnos a la necesidad de extraer materiales para fabricar el cuerpo, que deben ser arrancados al cuerpo del Otro. Las primeras funciones del jugar son ese proceso mismo, partiendo desde este punto, Rodolfo (1993) plantea que a partir del jugar, el niño obsequia un cuerpo a sí mismo. De esta manera, la primera función del jugar es construir superficie, es decir, extraer materiales para fabricar el cuerpo, que deben ser arrancados del cuerpo del Otro, acá se observan juegos de enchastre y embadurnamiento por ejemplo.

La segunda función del jugar se refiere al segundo momento en la estructuración del cuerpo y corresponde a entubar superficie propia y ajena (generar superficie). Consiste en la formación de un tubo, caracterizado por una relación continente-contenido. Esta relación es totalmente reversible, así coloca un objeto dentro de otro y puede recolocar esos elementos a la inversa. Esta segunda función del jugar pone de manifiesto en un espacio bidimensional, cierta dimensión del volumen.

La tercera función del jugar aparece generalmente en el último cuarto del primer año. Se refiere a entender la aparición y desaparición de objetos. Entonces acá se ponen de manifiesto juegos de escondite, practicas de aparición y desaparición. Lo significativo es que la desaparición antes no provocaba ningún placer y ahora pasa a ser un acontecimiento libidinal.

Hasta ese momento, las funciones del jugar era pre simbólico, a partir de ahora aparece el juego simbólico (generar símbolo). Es decir, puede distinguir la realidad de lo que imagina.

Lo importante para Rodolfo (1993) es que el jugar representa una función tan esencial, que el niño se va curando por si solo respecto a una serie de puntos potencialmente traumáticos. A lo largo del proceso de estructuración y en la medida de ella, el jugar se va resignificando.

Teniendo en cuenta lo que plantean sobre el juego, autores como Winnicott y Rodolfo, se entiende que el trabajo con niños que deben ser intervenidos quirúrgicamente, se realiza a través de técnicas lúdicas, dada la función que cumplen

durante la infancia y su capacidad creativa. En ese contexto, los niños que resultan directamente afectados por una cirugía pueden llegar a sufrir traumas psicológicos. Al utilizar distintos tipos de materiales (libros, gráficos, visitas), permiten establecer el grado de comprensión del niño y el alcance de los tratamientos o procedimientos a los que se someterá, ofreciéndole apoyo y un espacio donde expresar enojo, dudas o temores.

PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA PARA PADRES

La intervención quirúrgica de un niño, es una “situación familiar”, ya que afecta a toda la familia. Los padres suelen sentir la necesidad de fortalecer la protección y/o sobre estimular al niño, además, también pueden experimentar agotamiento, angustia y ansiedad. El niño percibe la ansiedad de los padres más allá de las palabras, ya que los temores y fantasías de ellos se traducen en el trato con el hijo (sin darse cuenta). Por ello, es importante tener en cuenta el estado emocional y sus reacciones dada su implicación en el proceso de afrontar la cirugía. Ante la intervención de un hijo, los padres suelen sentir ira, culpa, temor, ansiedad, preocupación, frustración e incertidumbre (Benavides, 2000).

Los progenitores pueden entender la enfermedad y la hospitalización de un hijo de diversas formas: como un cambio, un enemigo que invade el cuerpo del niño, un castigo por una falta cometida, un signo de debilidad o fallo personal, evitación de la escuela por parte del niño, una estrategia de captación de afecto o atención, una pérdida irreparable o disfuncionalidad irreversible o, incluso, como una oportunidad para el crecimiento moral y el desarrollo personal (Trianes, 2002), y depende de cómo signifiquen esta situación es que van a reaccionar respecto del niño, la hospitalización, y la situación o necesidad de cirugía.

La percepción de estrés en la infancia podría estar estrechamente afectada por estados de alteración emocional en los padres. En general, se considera positiva la presencia de los padres junto al niño hospitalizado, aunque en ocasiones conlleve ciertos inconvenientes (López de Dicastillo y Cheung, 2004). En este sentido, la percepción de miedo, ansiedad o estrés en los padres, podría estar vinculada a la aparición de estas sensaciones en sus hijos. La afectación mutua conduce a pensar en la importancia de la

transmisión de emociones en la adaptación a las circunstancias amenazantes y estresantes inherentes a la hospitalización. Las repercusiones que sufren los padres por la hospitalización de un hijo pueden incluir ansiedad, temores, indefensión, alteración del ritmo de trabajo normal y, en general, de la vida diaria (Fernández-Castillo y López-Naranjo, 2006; Ochoa y Polaino-Lorente, 1999; Polaino-Lorente, Repáraz Abaitua y Ochoa Linacero, 1997).

Todas estas circunstancias podrían influir sobre la propia respuesta adaptativa del niño o su estado de temor y estrés, el cual, a su vez, incrementaría potencialmente la alteración paterna, derivando en un proceso de transmisión mutua de emociones negativas.

La internación hospitalaria implica separaciones y el abandono del hogar por parte del enfermo, por cuyo futuro temen los restantes miembros del grupo familiar. Se agregan también muchas dificultades prácticas: mayores gastos económicos, problemas en el manejo del hogar o la atención de los hermanos, la alteración del ritmo de vida familiar por la necesidad de acompañar y cuidar al paciente durante su recuperación, etc. El apoyo del grupo familiar en su interacción con el enfermo puede favorecer mucho su recuperación. En función de esto, se convierte en necesario otorgar a la familia el grado de participación que le corresponde en el proceso quirúrgico, pero a la vez corregir los modos de interacción personal y de adaptación al estrés que suelen provocar complicaciones.

En el período preoperatorio, la cirugía promueve ansiedades y temores en toda familia, y cada uno de sus integrantes los controlan según sus posibilidades. Aparecen muchos temores irracionales vinculados al recuerdo de historias familiares (enfermedades, complicaciones o muertes que amenazan con repetirse). Esos recuerdos y temores son compartidos por todos, aunque no sean explicitados. Cuando hay una adaptación familiar normal frente al estrés preoperatorio, la ansiedad del paciente es conocida y compartida por el grupo, abriendo un espacio destinado a la elaboración de la problemática. También cada integrante puede reconocer y tolerar su propia preocupación, sin recurrir a conductas defensivas rígidas. En condiciones favorables, la familia contribuye al control emocional del paciente en su recuperación tras la cirugía, ya que le ayuda a tolerar la frustración, contrarrestar la desesperanza, adaptarse a la situación, y a las inevitables privaciones psicofísicas de todo postoperatorio.

La dinámica de la interacción entre el enfermo quirúrgico y su familia durante la internación depende del tipo de vínculos preexistentes. En este sentido, un factor limitante de los efectos beneficiosos de la acción del grupo familiar lo constituye la falta de comunicación o su distorsión, al igual que una estructura familiar aglutinada o con roles fijos e inflexibles.

En su gran mayoría, la hospitalización produce en los padres incertidumbre e intranquilidad sobre su papel en el hospital, y sentimientos de incompetencia ante el desconocimiento de las labores de cuidado. Estas preocupaciones provocan altos niveles de ansiedad, que afectan negativamente al niño. La relación padres-hijos influye notablemente en el ajuste psicológico y social del paciente pediátrico en la situación hospitalaria. Durante ésta experiencia los padres desempeñan un doble papel en la hospitalización infantil, funcionando como figuras de apoyo y como modelos que los hijos imitan. Su comportamiento es un referente para los niños, por lo que un repertorio de conductas paterno adecuado contribuye al bienestar psicológico de los niños.

Como hace referencia Richmond (1982) se dan ciertas reacciones en los padres y familias ante el conocimiento de una enfermedad en un hijo. Éstas pueden ser:

- **Un shock inicial**, que suele originar sentimientos de enojo. La fase previa al diagnóstico constituye un periodo de incertidumbre, dudas y continua formulación de hipótesis. Los padres son los primeros en conocer el diagnóstico, ante el cual responden con sorpresa y les cuesta aceptar el hecho de una enfermedad en sus hijos. Las reacciones en éste momento son muy variadas, sentimientos muy fuertes de incredulidad, rabia, culpa, temor, dolor, desamparo, etc.
- **Periodo de tristeza y desequilibrio emocional**: Suelen aparecer en los padres sentimientos de depresión, malestar físico, e incapacidad para seguir funcionando con normalidad. Se trata de una fase de miedo y frustración, junto con sentimientos culpa y autorecriminación.
- **Una progresiva restauración del equilibrio normal**, que puede conducir a la participación activa de los padres en el proceso de recuperación de su hijo; o la rebeldía y resentimiento final y constante.

Si los dos primeros momentos se mantienen en el tiempo, interferirá muy negativamente en la vida de cada día y en la recuperación del niño. De hecho, cuando el

equilibrio familiar normal se altera debido a la enfermedad y hospitalización de un hijo, con seguridad surgirán cambios en los padres, en sus comportamientos, reacciones, actitudes y relaciones. Las distintas reacciones suelen ir desde un continuo que va desde la sobreprotección y el excesivo consentimiento, hasta comportamientos de rechazo, olvido y maltrato.

El hecho de mostrar conductas de sobreprotección y rigidez, pueden llegar a obtener en los niños respuestas de extremado apego y dependencia, hasta llegar a producir en ellos una invalidez crónica, la cual, a su vez, es reforzada por beneficios secundarios, tales como abundancia de juguetes, eliminación de responsabilidades, la preocupación constante por parte los padres y exceso de atención. Muchas veces, se puede llegar a una evitación de la disciplina para con el niño, incluso, a expensas de otros hijos, impidiendo la adaptación adecuada del niño enfermo a su entorno familiar social y escolar. Estos tipos de comportamientos pueden “aprisionar” y estresar a los padres, a la vez que reducir el significado de la responsabilidad y autonomía infantil, llegando incluso a que el niño se resista a su curación y quiera seguir estando enfermo.

Otra forma de reacción es la opuesta a la sobreprotección, es decir, la ira, la rabia y el rechazo. Estos tipos de reacciones en muchas ocasiones van dirigida a Dios, al personal del hospital o contra su propio hijo. Algunos padres reaccionan negando la enfermedad del niño, lo que suele llevar a la búsqueda de otras opiniones médicas, con la esperanza de que otros médicos proporcionen una explicación diferente a los síntomas.

Otra dificultad añadida con la que se encuentran los padres, es la de no saber manejarse con los beneficios secundarios reportados por la enfermedad y la hospitalización infantil. A los niños en estos momentos se les dedica más tiempo, se les compran más cosas y se les consienten más y con posterioridad a la enfermedad los niños intentan mantener esos beneficios.

Ante las diferentes reacciones que pueden llevar a cabo los padres, sería importante informarles que, aunque el niño esté viviendo una situación de mayor tensión (su ingreso en el hospital y posterior cirugía), tiene las mismas necesidades básicas emocionales, cognitivas y sociales; por eso sería aconsejable la máxima normalización en el trato. Esto reduciría el grado de estrés en el niño como en los padres.

La seguridad del niño no depende de su capacidad de protegerse, sino de la seguridad de los padres. A padres más ansiosos corresponden niños con un componente ansioso mayor que aquellos en que sus progenitores han demostrado un nivel más bajo de ansiedad. (Palau & Luque, 2007).

PSICOEDUCACIÓN EN PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA INFANTIL

Esta herramienta de la psicología es de gran utilidad en niños que deben someterse a cirugías y sus padres, quienes también deben afrontar este proceso. El objetivo de la intervención psicoeducativa es proporcionar a las familias herramientas para preparar al niño y a ellos mismos a afrontar este acontecimiento. Además de responder dudas y ayudar a procesar la información que acaba de recibir

La planificación, la educación y las explicaciones preoperatorias pueden resultar muy útiles para los niños. Esta preparación debe realizarse varios días antes del procedimiento, a fin de brindar al niño el tiempo necesario para prepararse. La identificación de los factores que resultan estresantes para el niño mientras éste se encuentra en el hospital, les permitirá a sus padres ayudarlo en la preparación para la experiencia quirúrgica.

METODOLOGÍA

HISTORIA DE LA INSTITUCIÓN

La Clínica Privada del Sol SRL abrió sus puertas en julio de 1985, con el objetivo de brindar la atención necesaria y adecuada de los pacientes, la producción de trabajos científicos y la formación de futuros especialistas médicos.

A partir de 1993, se amplió el número de camas y consultorios, incorporándose profesionales en todas las especialidades como Pediatría, Neonatología, Obstetricia y Ginecología. A medida que la institución incrementó sus pacientes, fueron incorporando nueva tecnología, garantizando responsablemente la mejor calidad de atención y asistencia de los niños y madres, procurando mantener siempre la atención personalizada y el trato humanitario que siempre los caracterizó.

Su visión es la de construir los cimientos de una Institución que fuera orgullo de propios y ajenos, que fuese señera en el campo de la Perinatología, en la que se pudiese desarrollar la mezcla ideal de la asistencia adecuada de los pacientes, sin distinción alguna; la producción de trabajos científicos y la formación de futuros especialistas, con la suma de virtudes que un buen médico debe tener: templanza, para afrontar los casos difíciles, acompañando y protegiendo a sus pacientes: justos, en el trato con los colegas, el personal y la gente: fortaleza para afrontar los cambios y los nuevos conocimientos; lealtad al juramento Hipocrático, que rige la profesión médica desde hace mas de dos milenios y de la que no deben apartarse.

Su misión en la sociedad es ofrecer calidad de atención para sus pacientes, garantizando el mejor resultado posible para los mismos, así como servir de referencia a las obras sociales en cuanto a la eficiencia de la ecuación costo/resultados, para la cual cuentan con todos los recursos de infraestructura y tecnología necesaria.

FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE CIRUGÍA INFANTIL

El Servicio de Cirugía Infantil de la Clínica del Sol de la ciudad de Córdoba, funciona con cirugías programadas y urgencias pediátricas quirúrgicas. Consta de tres cirujanos, el Jefe de Servicio, y dos cirujanos Seniors.

Cada uno de los mencionados cirujanos, realiza un consultorio por semana y las guardias son pasivas. Es decir, el cirujano acude al llamado en caso de solicitarlo el pediatra de guardia activa. Se cubren las 24 horas, los 365 días del año.

PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS

La recolección de datos para recabar información en la Institución y realizar el correspondiente relevamiento, se realizó a través de una entrevista semidirigida a un Cirujano Pediátrico (Ver ANEXO 1) y la aplicación de los siguientes instrumentos: *Cuestionario De Autoevaluación Ansiedad-Estado En Niños (STAIC-E)* (Ver Anexo 2) y *Escala De Observación De Ansiedad Durante La Espera A Cirugía* (Ver Anexo 3) a tres niños (N=3) que fueron intervenidos quirúrgicamente.

Cabe aclarar que por cuestiones institucionales y legales, no se pudo tener contacto directo con los pacientes, sus padres ni personal de enfermería del lugar. De manera que los mencionados cuestionarios fueron completados por el Cirujano Pediátrico, luego de haber intervenido quirúrgicamente a tres niños.

DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS UTILIZADOS

1) ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA

La entrevista es el instrumento o técnica fundamental del método clínico, considerada un procedimiento de investigación científica de la psicología. En cuanto técnica, tiene sus propios procedimientos o reglas empíricas con los cuales se amplía y se verifica el conocimiento científico y al mismo tiempo se lo aplica.

La entrevista psicológica es aquella en la que se persiguen objetivos psicológicos (investigación, diagnóstico, terapia, etc.). Su denominación, deriva exclusivamente de sus objetivos o finalidades, siendo un instrumento fundamental de trabajo no sólo para el psicólogo, sino también para otros profesionales (psiquiatra, asistente, trabajador social, sociólogo, etc.).

En la entrevista abierta, el entrevistador tiene la amplia libertad para las preguntas o para sus intervenciones, permitiéndose toda flexibilidad necesaria en cada caso particular. La libertad del entrevistador, reside en una flexibilidad suficiente como para permitir en todo lo posible que el entrevistado configure el campo de la entrevista según su estructura psicológica particular o que el campo de la entrevista se configure al máximo posible por las variables que dependen de la personalidad del entrevistado. El entrevistador tiene mayor flexibilidad al realizar las preguntas adecuadas a quien

responde, de manera que puede explotar áreas que surgen espontáneamente durante la misma.

2) EL CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAIC-E),

El cuestionario fue creado por Spielberger y colaboradores. (1973, 1982) en California. Spielberger (1971) inició la construcción del STAIC retomando otros cuestionarios diseñados para medir ansiedad en niños y contando con la experiencia de la construcción y desarrollo del STAI (para adolescentes y adultos). Inicialmente se elaboró un conjunto de 33 elementos de Ansiedad Estado (AE) y otro de 40 preguntas para evaluar Ansiedad Rasgo (A-R), con un modelo parecido al ya existente del STAI, pero exclusivamente para niños escolares. Posteriormente fue adaptado para población española por Seisdedos, N. (1989), y quedó compuesto por dos escalas independientes, una para evaluar la Ansiedad Estado (A-E) y la otra para evaluar la Ansiedad Rasgo (A-R). La primera contiene 20 elementos con los cuales se pretende evaluar el nivel de ansiedad del niño en un momento determinado, y la segunda pretende identificar a través de otros 20 elementos como el sujeto se siente en general, es decir que fueron diseñados para medir estados transitorios de Ansiedad.

El STAIC tiene un coeficiente de confiabilidad alto (alfa de Cronbach) de 0.82–0.87 para la escala Ansiedad Estado y 0.78 y 0.81 para la escala Ansiedad Rasgo. Así mismo posee un coeficiente de validez concurrente alto (0.75) con otras escalas de ansiedad como la Escala de Ansiedad Manifiesta Infantil (CMAS) y 0.63 con la General Anxiety Scale (GASC) (Spielberger, 1973 citado en Cambriaso & Villaseca, 1992).

Dicho instrumento, resulta útil a los propósitos de éste Proyecto de Aplicación Profesional, ya que los ítems que lo componen, fueron diseñados para medir el estado emocional transitorio (Ansiedad Estado). El mencionado estado emocional es una respuesta del organismo ante el estímulo que se caracteriza por presentar sentimientos de tensión, estresantes y amenazadores. A partir de sus respuestas, el sujeto puede expresar “cómo se siente en un momento dado”, refiriéndonos al momento previo a la cirugía.

3) ESCALA DE OBSERVACIÓN DE ANSIEDAD DURANTE LA ESPERA A CIRUGÍA

La Escala de Observación de Ansiedad Durante la Espera a Cirugía fue elaborada por Twardozs en 1986. Consta de 17 ítems sobre conductas negativas y conductas positivas. La administración es individual y dura entre 10 y 15 minutos, ya que la evaluación es dicotómica (presencia o ausencia de cada conducta). La lista de conductas podría manifestar y reflejar la presencia de ansiedad en el niño, en el momento previo a ser llevado a cirugía. El empleo de esta escala para el presente Proyecto de Aplicación Profesional, puede ser útil, ya que permite reconocer los estados de ansiedad de los niños y, a su vez, puede pensar en medidas que prevengan complicaciones provenientes de niveles elevados de ansiedad.

ANÁLISIS DE DATOS

Toda la información recabada a través de los mencionados instrumentos, permite pensar en la necesidad del siguiente proyecto de Psicoprofilaxis Quirúrgica destinado a niños que deban someterse a una intervención quirúrgica y a sus padres, que deben acompañarlos en este proceso.

ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA

Al analizar la entrevista con el Cirujano Pediátrico, observamos que de acuerdo a sus dichos, cree en la importancia de implementar un programa de Psicoprofilaxis Quirúrgica, ya que las demandas emocionales y psicológicas de los padres, son atendidas por ellos mismos y muchas veces no cuentan con el tiempo necesario para responder sus dudas e inquietudes. Además de que las mencionadas demandas, no son atendidas por profesionales de la Salud Mental. La importancia de implementar un programa de éstas características, está dada por la prevención de las secuelas emocionales del proceso, facilitando una recuperación pronta y eficaz. Además, cree necesario insistir en el objetivo final de la preparación para la situación conjunta internación y operación. Lo rescatable es la posibilidad del niño para elaborar la situación traumática, sin secuelas emocionales que perturben su futuro desarrollo

CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAIC-E) y ESCALA DE OBSERVACIÓN DE LA ANSIEDAD DURANTE LA ESPERA DE CIRUGÍA:

PACIENTE N°1: (Ver ANEXO 4)

Con respecto al análisis del CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAIC-E), los porcentajes obtenidos son: 35% mucha intensidad de sus emociones (se siente inquieto, nervioso y tiene miedo), 20% intensidad media (se siente seguro o triste) y 45% de intensidad baja o nula (se siente calmado, relajado, animado, alegre). Es decir, que las emociones caracterizadas como positivas, son las de baja o nula intensidad. Esto se condice con lo obtenido en la

ESCALA DE OBSERVACIÓN DE LA ANSIEDAD DURANTE LA ESPERA DE CIRUGÍA, ya que manifiesta un 70% de conductas negativas, como mostrarte asustado, expresar miedo, quejarse, llorar y chillar y una ausencia total de conductas positivas como saludar, conversar, sonreír, etc.

PACIENTE N°2: (Ver ANEXO 5)

Con respecto al análisis del CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAIC-E), los porcentajes obtenidos son: 30% mucha intensidad de sus emociones (se siente relajado, seguro y bien), 25% intensidad media (se siente satisfecho y calmado) y 45% de intensidad baja o nula (se siente inquieto, nervioso, preocupado y tiene miedo). Esto se relaciona con lo obtenido en la ESCALA DE OBSERVACIÓN DE LA ANSIEDAD DURANTE LA ESPERA DE CIRUGÍA, donde se observa la manifestación de conductas positivas, tales como sonreír, hacer bromas, cooperar y la ausencia total de conductas negativas, por ejemplo llorar, quejarse, resistirse físicamente.

PACIENTE N°3: (Ver ANEXO 6)

Con respecto al análisis del CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAIC-E), los porcentajes obtenidos son: 25% mucha intensidad de sus emociones (se siente inquieto, nervioso, atemorizado, angustiado), 55% intensidad media (se siente molesto, confuso, contrariado) y 20% de intensidad baja o nula (se siente satisfecho, alegre). Esto se podría relacionar con lo obtenido en la ESCALA DE OBSERVACIÓN DE LA ANSIEDAD DURANTE LA ESPERA DE CIRUGÍA, donde se observa un 60% de manifestación de conductas negativas, tales como quejarse, aferrarse a una persona y no soltarla y llorar, mientras que se observan la ausencia casi total de conductas positivas, por ejemplo conversar, saludar, sonreír.

CONCLUSIONES DEL RELEVAMIENTO INSTITUCIONAL

Dentro de las fortalezas de la institución, se enfatiza en el interés del Cirujano Pediátrico en implementar un programa de Psicoprofilaxis Quirúrgica para niños y sus padres. La razón a la que alude es principalmente el hecho de haber tenido experiencias previas con este tipo de programas en otra institución y haber resultado de gran utilidad para los médicos, ya que ofrecía un espacio de contención para los niños y sus padres. Además, la institución posee un servicio de Psicoprofilaxis de parto que funciona desde hace bastante tiempo y los médicos han sido abiertos y flexibles en cuanto al trabajo de los profesionales de Salud Mental con las mujeres embarazadas.

Con respecto a las debilidades, se observa que a pesar del funcionamiento del servicio mencionado anteriormente, no existe el área de Salud Mental propiamente dicha, es decir, no disponen de un espacio físico destinado a éste trabajo, sino que se realiza en otro lugar. Por otro lado, el cirujano también plantea que muchas veces los tiempos de trabajo que manejan no son suficientes para evacuar todas las dudas e inquietudes de los padres, aclarando que no pueden contener las demandas emocionales y psicológicas, ya que no están preparados para dicha tarea.

Como principales oportunidades para implementar este programa, se menciona el reconocimiento del nivel de formación profesional de los psicólogos como para incluirlos en el staff o personal de la institución. De esta manera, podrían atenderse las demandas emocionales y psicológicas planteadas anteriormente, garantizando la integralidad del tratamiento médico.

Por último, hay ciertas amenazas planteadas, que indican que el hecho de depender totalmente de la jerarquía médica, no garantiza que todos los pacientes quirúrgicos participen del programa, ya que es el médico quién aconseja o sugiere de acuerdo a su evaluación previa. Además, al ser un servicio opcional, depende del ingreso económico de la institución, determinado por las obras sociales o prepagas.

ANÁLISIS FODA

<p><u>FORTALEZAS</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Interés en implementar un programa de Psicoprofilaxis Quirúrgica para niños y sus padres.- Motivados para incorporar el servicio para trabajar de manera interdisciplinaria con el psicólogo.- Cohesión del equipo que conforma el Servicio de Cirugía Infantil.- La Institución es abierta y flexible al trabajo y papel del psicólogo en momentos de la vida que son sumamente importantes. Ej.: el Servicio de Psicoprofilaxis de parto funciona desde hace 20 años.	<p><u>DEBILIDADES</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Ausencia de unidad o servicio de Salud Mental, por lo tanto no disponen actualmente de consultorio destinado para el profesional de Salud Mental.- Los tiempos médicos no llegan a evacuar todas las dudas e inquietudes de los padres, debiendo concretar otras oportunidades.- Las demandas emocionales y psicológicas del paciente quirúrgico infantil se limitan a la contención y la información.- Las demandas psicológicas y emocionales no son atendidas por personal formado en Salud Mental.
<p><u>OPORTUNIDADES</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Reconocer el nivel de formación profesional del psicólogo e incluirlo dentro del staff o personal del hospital.- Garantizar la integralidad de la atención médica que el paciente quirúrgico infantil y sus padres reciben, al tratar y valorar no sólo su cuerpo sino su mundo subjetivo.- Plantear la creación de un órgano que coordine, regule, brinde una metodología de acción, planifique y evalúe todas las actividades relativas a la atención psicológica del paciente quirúrgico infantil y sus padres.- Integrarse al trabajo interdisciplinario de los diferentes servicios de la institución.	<p><u>AMENAZAS</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Dependencia total de la jerarquía médica.- Fluctuación en el ingreso económico de la Institución, ya que está determinada por obras sociales privadas.

ACTIVIDADES PROPUESTAS

MÓDULOS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

El Programa de Psicoprofilaxis Quirúrgica está compuesto por 2 niveles de intervención: uno para niños de entre 5 y 9 años y otro, para sus padres.

En el nivel dirigido a sus padres, se llevarán a cabo de 5 encuentros previos a la fecha de cirugía programada por el cirujano. Además de la presencia del profesional en Psicología ese día, para poder contenerlos y apoyarlos durante la cirugía. Por último, serán 2 encuentros más en el período postoperatorio, para hacer el cierre del programa.

En el nivel dirigido a los pequeños, se llevan a cabo 4 encuentros que se van intercalando luego de la primera entrevista y reunión con los padres. Durante el período intraoperatorio, el profesional en Psicología, observará y tratará de acompañar y apoyar al niño. Por último, se planifican 2 encuentros más en el período postquirúrgico.

Dichos encuentros se realizan intercalando las reuniones con el niño y con sus padres, para trabajar durante todo el proceso en conjunto.

A continuación, se expone un cronograma estimativo de los encuentros a realizarse:

			Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6	Semana 7	Semana 8
Encuentro con los Padres	Período Preoperatorio	Encuentro 1								
		Encuentro 2								
		Encuentro 3								
		Encuentro 4								
		Encuentro 5								
	Período Intraoperatorio	Encuentro 1								
	Período Postoperatorio	Encuentro 1								
		Encuentro 2								
Encuentro con el niño	Período Preoperatorio	Encuentro 1								
		Encuentro 2								
		Encuentro 3								
		Encuentro 4								
		Encuentro 5								
	Período Intraoperatorio	Encuentro 1								
	Período Postoperatorio	Encuentro 1								
		Encuentro 2								

DESCRIPCIÓN DE LOS ENCUENTROS Y ACTIVIDADES

PRIMER NIVEL DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA: PADRES

En éste primer nivel de intervención, se trabaja con los padres del niño/a que debe someterse a una cirugía. En caso de no poder contar con alguno de los dos, o que se encuentren separados, se lleva a cabo con un integrante.

La frecuencia que se establecerá, será de un encuentro por semana. El plan de trabajo se adecua a las necesidades de los padres, por lo que si es necesario que sean mayor cantidad de encuentros, se organizan para que sean dos veces por semana.

PERÍODO PREQUIRÚRGICO:

Primer encuentro:

Objetivos:

- Informar y explicar en qué consiste el Programa de Psicoprofilaxis Quirúrgica.
- Conocer a ambos padres.
- Conocer la historia clínica del paciente quirúrgico infantil.

Se recibe a los padres en el consultorio a la hora pactada con anterioridad. Se comienza por explicarles con claridad cuáles son los objetivos del Programa de Psicoprofilaxis Quirúrgica, en qué consisten sus encuentro, además de establecer con ellos la frecuencia de los mismos. Luego, continuamos con una entrevista semidirigida, con preguntas personales para empezar a conocerlos. Las preguntas están relacionadas con la familia, la vida laboral, de pareja, de sus otros hijos si los hay, familia extensa, etc.

Más adelante, pasamos a conformar la historia clínica de su hijo. Empezando por los datos personales, motivo de consulta, antecedentes de la enfermedad, otras enfermedades y otros datos significativos de la historia vital. Se indaga como se conduce el niño en el ámbito familiar y como responde a la enfermedad, accidentes,

cirugías y anestесias anteriores y su tolerancia al dolor, así como cualquier otro dato significativo ante el acto quirúrgico.

Luego, continuamos preguntando específicamente acerca de la enfermedad que lo aqueja. Cuál fue el origen y si hubo antecedentes quirúrgicos y/o internaciones previas. De ésta manera, averiguamos cómo comenzó todo este proceso, desde que sintió el primer dolor e hicieron la consulta médica. Estos testimonios nos permiten acceder directamente a datos clínicos de la enfermedad. Es importante escuchar ambos testimonios, ya que la manera en que lo relatan, nos permite inferir de qué forma lo vivenciaron individualmente.

Luego pasamos a informarles necesidad de la cirugía, explicándoles cuáles son las razones por las que el niño necesita esta operación. Habitualmente, cuando los padres hablan con los médicos de la operación de su hijo se encuentran tensos y esta tensión provoca que no puedan asimilar toda la información que se les trasmite por simple que ésta sea. En este momento puede haber repeticiones de lo dicho por el médico anteriormente, pero a su vez, nos permite observar si entendieron lo que él les haya explicado. Pueden surgir inquietudes y cuestiones acerca de la cirugía en sí, hacia la institución o hacia la persona del médico, en cuanto al trato y relación que estableció para con ellos. Mientras más conozcan los detalles, podrán sentirse más seguros y confiados.

Segundo encuentro:

Objetivos:

- Ayudarlos a transmitirle a su hijo la información de que va ser sometido a cirugía.
- Abordaje de los miedos previos.
- Brindar apoyo emocional para aminorar sus ansiedades frente a ésta situación
- Explicarles que la ansiedad de su hijo, depende en gran medida de cómo se sientan ellos frente a la cirugía.

En este segundo encuentro con los padres, comenzamos por preguntarles cómo van a darle la noticia de la cirugía a su hijo/a. Se les explica que es necesario que tengan sumo cuidado con el vocabulario y con excesivos detalles que producen confusión y ansiedad, es decir, no dar más información que la que el niño solicita.

Además, se los ayuda a que entiendan que la clave está en proporcionar a su hijo información adaptada a su nivel de comprensión, aclarar posibles malentendidos y disipar miedos y sentimientos de culpa. Se les explica que el hecho de desconocer, por parte del niño, la situación que vendrá, los deja sometidos a sus propias especulaciones, favoreciendo el incremento de la ansiedad y la aparición de fantasías muchas veces terroríficas.

Luego pasamos a dialogar acerca de los miedos previos a la cirugía. Se debe identificar qué miedos concretos tienen los padres en cada caso. Que puedan reconocer sus reacciones, que sentimientos surgen ante la enfermedad de su hijo, que los puedan expresar, elaborarlos y encauzarlos; de modo que puedan actuar de forma correcta como apoyo emocional. Se buscará que ellos puedan transmitir dudas y miedos, para que sean aclarados por los médicos, cuando sea necesario, de forma tranquilizadora

Más adelante, pasamos a hablar de los sentimientos que se generan en ellos como padres frente a ésta situación. Se comienza dejando que hablen libremente acerca de éste momento, con el objetivo de calmar la ansiedad. De esta manera observamos diferencias en el modo en que viven dicha situación. Se intenta que puedan entender que en cuanto a la ansiedad que genera una cirugía, ellos como padres poseen un papel primordial.

Tercer encuentro:

Objetivos:

- Informar acerca de la importancia de su papel.
- Brindar apoyo emocional para que puedan funcionar como figuras continentales de sus hijos.
- Explicar lo analizado previamente de los dibujos realizados por su hijo/a.

Comenzamos contándoles acerca de lo que su hijo/a ha podido expresar a través de la técnica de dibujo, con el objetivo de que entiendan cuáles son sus principales miedos y/o ansiedades y acerca de que aspecto en particular de la cirugía.

Luego, seguimos preguntándoles sobre cuáles creen que sus funciones en cuanto a su papel como padres que deben ayudar a su hijo en ésta situación. Sus respuestas nos permiten ver de qué manera piensan acompañar y contener a su hijo durante todo el proceso. Ya que esta situación no les es familiar, ellos pueden experimentar sentimientos de ansiedad, culpa, rabia y temor. Su rol cambia y muchas veces se sienten que no tienen ningún control sobre la situación de su hijo y que se encuentran en una posición de absoluta dependencia.

Se les explica la importancia de su figura, para que puedan tener un papel activo en la intervención, ya que cuando un niño debe pasar por una intervención quirúrgica, ellos son la principal fuente de seguridad y apoyo. Se hace especial hincapié en demostrarles que los niños los necesitan y que, mientras mejor preparados estén, podrán desempeñar su papel de protectores.

Cuarto encuentro:

Objetivos:

- Informarles cómo es el procedimiento el día de la cirugía.
- Explicarles el momento de separación de sus hijos previo al ingreso a quirófano.
- Describir el período de internación particular.

Comenzamos el encuentro preguntándoles sobre lo que el médico les informó acerca del procedimiento el día de la cirugía. De esta forma, podemos percibir si hay algo en lo que particularmente no están de acuerdo en cuanto al procedimiento médico o el protocolo de internación de la institución. Se intenta que puedan entender que el procedimiento previo a cirugía, pertenece al protocolo de la institución para el cuidado de los pacientes desde ese momento en que ingresan al mismo.

Más adelante, comenzamos a explicarles a partir de qué momento deberán separarse de sus hijos. Ambos entrarán hasta el quirófano acompañando a su hijo, si así lo desean. Como ya el paciente estará canalizado, se lo dormirá para luego poder aplicarle la anestesia propiamente dicha, ya que la presencia del progenitor durante la anestesia reduce el estrés prequirúrgico en pacientes pediátricos.

Es importante que intenten “suavizar” el momento de separación. Una buena forma de actuar es decirle al niño que tienen preparado un cuento, un juego o cualquier cosa que le gusta para cuando salga del quirófano, ya que decirle esto implica suponer que el niño va a volver, lo cual, en algunos casos y según la edad, los niños no lo ven totalmente seguro.

Por otro lado, también debemos informarles que una vez finalizada la cirugía, se les avisará como resultó y podrán entrar a la sala de recuperación para esperar que el niño comience a despertarse. Se les explica que podrán permanecer a su lado, tranquilizándolo después que despierte.

Posteriormente, pasamos a hablar acerca del período de internación del niño. El cirujano les ha informado el lapso de internación esperable para esta cirugía. Los padres deben hacerle llegar a su hijo la información de una manera adecuada a su edad y capacidad de comprensión, para que éste entienda los días que permanecerá internado. Un recurso que podrían utilizar es el calendario o almanaque.

Durante la internación, los padres pueden poner al alcance de su hijo su música preferida, libros y juguetes, fotografías, papeles y lápices.

Quinto encuentro: (2 días antes de la cirugía)

Objetivos:

- Orientar a los padres acerca de la situación postquirúrgica.
- Intentar que expresen los miedos y sentimiento que creen que pueden surgir durante este período.

En este último encuentro pautado previo al día de la cirugía programada, se buscará informar a los padres de todo lo que implica el período postquirúrgico en particular, que va desde el momento en que finaliza la cirugía hasta que es dado de alta y vuelve a su casa.

Se les explica que en el período postquirúrgico se procesa y elabora el acto quirúrgico. La información que se provea deberá cubrir cómo se encontrará cuando el niño despierte en el postquirúrgico, si tendrá vendajes, sondas, sueros, si sentirá dolor, qué curaciones se prevén, analgésicos, etc.

Todo lo que vinimos trabajando en cuanto a los miedos y sentimientos previos a la cirugía, pueden surgir durante éste período en que finalizó el acto quirúrgico en sí, pero que continúa en un proceso de recuperación del niño.

Se les pregunta acerca de cómo imaginan que serán esos días posteriores, durante la hospitalización y luego la vuelta a su casa. En sus respuestas pueden surgir miedos o inquietudes en cuanto al cuidado del niño, además de la ayuda y cooperación entre ambos.

También es conveniente explicar a los padres que después de la hospitalización, en muchos casos se presentan conductas problemáticas en el niño como: trastornos en el sueño o en la alimentación, comportamientos regresivos (por ej. el niño se vuelve a chupar el dedo), enuresis, ansiedad, etc.

Para finalizar el encuentro, se les plantea que más allá de éstas reuniones previas, el programa continúa con 2 encuentros postquirúrgicos que comenzarán una semana después de la cirugía.

Así mismo, queda abierta la posibilidad de más encuentros, si uno o ambas partes lo creen necesario, ya sea antes o después de la cirugía.

PERÍODO INTRAOPERATORIO

Éste período se desarrolla desde que el niño debe ser internado, hasta el traslado a quirófano para cirugía y finalización de la misma. Durante este momento los padres

aguardan en sala de espera. El psicólogo allí presente, puede ayudarlos a tranquilizarlos, contenerlos y apoyarlos hasta que la cirugía concluya.

PERÍODO POSTQUIRÚRGICO

Primer encuentro:

Objetivos:

- Escuchar sus vivencias de la cirugía.
- Analizar el manejo de dolor postquirúrgico.

En este primer encuentro luego de la cirugía del niño, nos proponemos escuchar sus testimonios de cómo fue todo el proceso, desde que comenzó el mismo día hasta el período de internación. A través de lo que van relatando, podemos entender la manera en que manejaron la situación con su hijo y como se sintieron ellos mismos. Nos permite ver si se apoyaron mutuamente o si lo vivieron de manera diferente.

Segundo encuentro:

Objetivos:

- Indicar como fue la vuelta a casa y el retorno a la vida normal.
- Resumir como se sintieron durante todo el proceso.
- Sintetizar todo lo que se logró.

En este último encuentro pactado luego de la cirugía, comenzamos indagando acerca de cómo fue la vuelta a casa después del alta médica. Sus testimonios nos

permiten entender como vivieron los primeros días en casa. De esta manera, inferimos como fue la dinámica familiar con respecto al niño operado y al resto de la familia.

En cuanto al retorno a la vida habitual, las preguntas y cuestiones giran alrededor de la vuelta al colegio y a diferentes actividades. En este aspecto, nos interesa ver de qué forma apoyaron al niño, haciéndolo sentir seguro y confiado para volver a sus actividades habituales.

Para finalizar el encuentro y programa de Psicoprofilaxis Quirúrgica, indagamos acerca de cómo se sintieron durante todo el proceso, para saber si creen que fue útil y los ayudó a sobrellevar este importante momento en sus vidas y en la de su hijo. Así llegamos a sintetizar todos lo que fuimos realizando en conjunto y con la participación activa de ellos.

Cabe aclarar que cada programa de Psicoprofilaxis Quirúrgica es diferente, por lo que sí ha surgido algún problema o complicación de la cirugía, se propone como alternativa, un seguimiento con los padres hasta tanto ellos lo crean necesario, dependiendo de la gravedad de la situación.

SEGUNDO NIVEL DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA: NIÑOS

En este segundo nivel de intervención, se llevan a cabo 4 encuentros previos a la cirugía programada. Por último, se planifican 2 encuentros más en el período postquirúrgico. Cabe aclarar, que cada niño y su circunstancia particular de enfermedad, determinará el tipo de proceso y de encuadre que deberá utilizarse.

PERÍODO PREQUIRÚRGICO:

Primer encuentro:

Objetivos:

- Conocer quién es el niño.
- Explicar en qué consiste el Programa de Psicoprofilaxis Quirúrgica.
- Brindar información real, adaptada y dosificada sobre la enfermedad del niño.

En este primer encuentro, los niños vienen acompañados de sus padres e intentamos que logren quedarse solos con el terapeuta. Si esto no ocurre, se trabaja con los mismos objetivos, bajo la mirada del padre o madre.

El psicólogo se presenta, pudiendo utilizar los primeros minutos para charlar informalmente. Luego ayuda al niño a presentarse ante él, para comenzar a conocer acerca de su vida, su familia, hermanos, compañeros de jardín o escuela, gustos, actividades, etc. El propósito del psicólogo es lograr que se sienta cómodo y se familiarice con la situación. De esta manera, se busca lograr la interacción, estimulando el nivel de confianza psicólogo-niño. Se busca establecer un clima de seguridad y confidencialidad, proporcionando apoyo. Es fundamental establecer un buen rapport y comunicación con el niño.

Luego, intentamos explicarle al niño de que se trata el Programa de Psicoprofilaxis Quirúrgica, cuantos encuentros serán, que duración y días, que actividades vamos a llevar a cabo, etc.

Continuamos hablando acerca de la enfermedad o dolor que padece, brindándole la posibilidad de preguntar lo que desee. La información que tenemos fue suministrada previamente por el Cirujano Pediátrico y los padres del niño, acerca de todo lo concerniente a la operación: tipo de anestesia, tiempo estimado de internación, riesgos, cuidados previos y posteriores a la cirugía.

Lo que se hace es adaptar esta información a un lenguaje común para ellos, para lograr que lo entiendan de la mejor manera posible. De esta manera, podemos corregir información errónea. Intentamos que el niño comprenda que la enfermedad o dolencia necesita ser curada a través del tratamiento quirúrgico.

Segundo encuentro:

Objetivos:

- Facilitar la expresión de emociones acerca de la cirugía, a través del dibujo y juego.
- Explicar la intervención quirúrgica a través de láminas ilustrativas.

Comenzamos este segundo encuentro, intentando recordar con el niño que habíamos hablado el encuentro anterior. De esta manera, se puede darle una continuidad, para observar que es lo que él recuerda de dicho encuentro y para abrir un espacio de diálogo, previo a las diferentes actividades planteadas en este encuentro.

Continuamos ofreciéndole una hoja y lápices de todos colores para pedirle que haga un dibujo sobre la enfermedad y que nos cuente una historia al respecto. La consigna es: “dibuja acerca de tu enfermedad”. Utilizar la técnica de dibujo permite la expresión de conflictos y temores; para entender cómo se siente en torno a la cirugía y ayudarlo a afrontar la misma.

Una vez que el niño finaliza el dibujo, preguntamos acerca de que lo vemos, para que pueda contarnos que es, cuáles son los colores utilizados, si dibujó a una persona, haciendo hincapié en cómo se siente esa persona y que le está pasando en ese momento.

Es sabido que determinadas características, como densidad de las líneas, número y tipo de figuras, inclusión de partes del cuerpo (dientes, ojos, miembros, cabeza y genitales) y/o lesiones en las zonas representadas pueden ser un reflejo del estado anímico del niño. Por eso, debemos retener los dibujos que haya confeccionado el niño, ya que necesitaremos analizarlos posteriormente.

Más adelante, pasamos a ofrecerles a los niños una caja de juguetes, que fueron seleccionados previamente de acuerdo a la edad. Esta caja contiene cubos, animales, muñecos/as, autos, aviones, rompecabezas, plastilina, juegos de ensamble, etc. Antes de que comience a jugar, establecemos un acuerdo acerca del uso de los juguetes y del lugar, para evitar roturas, pérdidas, etc.

Al observar los gestos, los movimientos, la expresión corporal, escuchar su lenguaje verbal mientras juega, los detalles y las variaciones que el niño introduce en el juego, lo repetitivo, lo creativo, lo placentero y/o lo angustioso, podemos entender el significado de la expresión lúdica. A través de los juguetes, el niño puede expresar sus fantasías y simbolizar las distintas situaciones del acto quirúrgico y su entorno. Al ser una actividad placentera, estimula la creatividad y contribuye al desarrollo integral del niño.

Continuamos con el suministro de las láminas ilustrativas, con el fin de explicarle la intervención quirúrgica. Para ello, se tiene en cuenta lo que el niño nos haya transmitido previamente a través de sus diferentes producciones (dibujo, juego). Esto se realiza con la finalidad de permitirle expresarse y poder elaborar con ello, la situación que vive. A su vez, nos informa como está viviendo dicha situación, lo que nos permite ir trabajando estos miedos, temores y emociones.

De manera que, a través de todo lo que manifiesta en forma verbal y no verbal, pueden inferirse los principales sentimientos en torno a la cirugía. Por eso, es importante poder cotejar el comportamiento manifiesto del niño, del comportamiento latente que podemos empezar a vislumbrar con los dichos y comentarios del mismo durante el transcurso de las láminas ilustrativas.

Las actividades planteadas en este encuentro, permiten al niño manifestar miedos, temores, fantasías, ansiedades y preocupaciones relativas a la cirugía, con el fin de disminuir o aminorar los mismos. El profesional debe ayudar al pequeño durante este proceso, permitiendo elaborar las ansiedades y respondiendo a sus preocupaciones y miedos.

Tercer encuentro:

Objetivos:

- Realizar la recorrida por la institución y la zona de quirófano.
- Familiarizarse con el procedimiento quirúrgico.
- Conocer el piso de internación.

- Presentación del personal de enfermería.

En este encuentro, tenemos planeado realizar la recorrida por la institución, donde conocerá las diferentes instalaciones y lugares de la misma. De esta forma, el niño podrá ir familiarizándose con los distintos espacios e ir conociéndolos. Al llegar a la zona de quirófano, se encontrará con el personal que allí trabaja. Además podrá conocer los diferentes instrumentos y materiales que verá durante su período de internación. Se le permitirá tocarlos y jugar con ellos. En la medida en que el niño conozca los diferentes instrumentos, sabrá implícitamente lo que va a ocurrir el día de la cirugía.

Luego, pasamos a conocer el piso de internados, que se encuentra dividido en pacientes infantiles exclusivamente. De esta manera, el niño puede conocer al personal de enfermería para empezar a familiarizarse con ellas. Así sabrá quienes lo acompañarán y atenderán durante su internación.

Cuarto encuentro: (2 días previos a la cirugía)

Objetivos:

- Aclarar dudas pendientes.
- Resolver ansiedades.
- Explicarles los efectos de la cirugía y período postoperatorio.

En este último encuentro antes de la cirugía, le proponemos al niño exprese acerca de cómo se siente luego de haber participado en los encuentros previos. Así podemos observar si existen diferencias significativas con respecto del niño que llegó el primer día al niño que vemos hoy, cuando faltan 2 días para la cirugía.

La presencia de ansiedad en el periodo preoperatorio es variable en cada niño, ya que está relacionada con una personalidad previa y, depende, a su vez, de varios factores: edad, sexo, estado físico, tipo de cirugía, temor al ambiente hospitalario, calidad de la atención médica, etc.

Luego pasamos a explicarle los efectos de la cirugía, para que sepa cómo se va a sentir cuando se esté despertando de la anestesia. Una vez finalizada la cirugía, el niño pasará a la sala de recuperación, donde podrá estar acompañado de sus padres mientras se vaya despertando. Después lo trasladarán a la habitación donde quedará internado para su recuperación. Debemos decirle que probablemente ese primer día se sentirá molesto y cansado, por lo cual le administrará calmantes y analgésicos para el dolor. Es importante que entienda que sus padres lo acompañarán durante todo el proceso, para que sepa que ellos lo cuidarán y protegerán en todo momento.

PERÍODO INTRAOPERATORIO

Éste período se desarrolla desde que el niño comienza a ser preparado para la cirugía, el traslado a quirófano y la duración de la misma. El profesional en Psicología se encarga de acompañar, ayudar, tranquilizar y contener al niño en este momento

PERÍODO POSTQUIRÚRGICO

Primer encuentro:

Objetivos:

- Procesar y elaborar los cambios corporales
- Utilizar la técnica de dibujo.

En este primer encuentro luego de la cirugía, es importante observar el lenguaje paraverbal del niño, teniendo en cuenta que sus expresiones faciales y movimientos nos

permiten inferir su estado de ánimo. Indagamos acerca de cómo vivió el día de la cirugía para saber que sintió en los momentos previos y luego durante la internación.

Además, hablamos acerca de la cicatriz que haya quedado, para empezar a elaborar estos cambios en el cuerpo y poder reencontrarse con el mismo.

Luego, les ofrecemos una caja de lápices de todos los colores y varias hojas y le proponemos que se dibuje a sí mismo hoy en día después de la cirugía. Las diferentes características del dibujo nos permiten observar como registró los cambios corporales y de qué manera se siente luego de haber atravesado la cirugía.

Segundo encuentro:

Objetivos:

- Finalizar el programa de Psicoprofilaxis Quirúrgica Infantil.
- Sintetizar todo el proceso pre y postquirúrgico.

Durante este último encuentro del programa, nos proponemos hacer el cierre general del mismo, empezando por repasar y sintetizar todo lo que ha pasado desde nuestro primer encuentro previo a la cirugía. Se busca hacer hincapié en cómo se sentía ese primer día y como se siente hoy, luego de haberse preparado para la cirugía. De esta forma, podemos identificar los cambios, ya sea a nivel comportamental, cognitivo, etc. e inferir la efectividad o no del programa. Debe haber un cierre del proceso, para conocer como está el niño actualmente.

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

- Profesionales de la Salud Mental, ya sea una persona que integre el staff o personal de la Institución o una persona que sea contratada de manera externa sólo para cumplir esta tarea.
- Niños que necesiten ser intervenidos quirúrgicamente y sus padres. (Servicio opcional).

RECURSOS MATERIALES

- Elementos de dibujo: Hojas, lápices, crayones, etc. para uso de los niños y para confección de láminas ilustrativas.
- Juguetes: animales, cubos, plastilina, muñecas/os, autos, aviones, juegos de ensamble, rompecabezas, etc.
- Cajas u otros como contenedores de elementos utilizables.

RECURSOS FINANCIEROS

- Monto anual a acordar para la compra de los recursos materiales. (Estimativo: \$700 anuales).
- Honorarios del terapeuta: \$1402,50-. Incluye Programa de Psicoprofilaxis Quirúrgica a cada niño (6 encuentros) y sus padres (7 encuentros). Fueron estimados de acuerdo al honorario mínimo ético, establecido por el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, basado en la Ley 8312, que en su artículo 3º, inciso G, que determina: “Establecer el régimen de aranceles profesionales mínimos”, y por Resolución de Junta de Gobierno 815/10 de fecha 22/12/2010, fija las siguientes categorías arancelarias: sesión individual \$85 y sesión de pareja \$127,50.

EVALUACIÓN

El programa de Psicoprofilaxis Quirúrgica para niños y sus padres, debe someterse a un proceso de evaluación con la finalidad de verificar si se desarrolló conforme a lo planeado, así como para identificar sus efectos y beneficios principales.

La eficacia de la Psicoprofilaxis Quirúrgica, responde a cuestiones clínico – preventivas. Analizar los conflictos del proceso quirúrgico, hacen de la evaluación un componente lógico del dispositivo. Al examinar si los objetivos se logran, se establece la eficacia de la intervención. Más allá de los resultados, también se comprueba si se logran aspectos como el aceptar o rechazar la asistencia, ya que es un servicio opcional.

Para evaluar la efectividad del Programa de Psicoprofilaxis Quirúrgica para niños y sus padres, al cabo de un año de la implementación del mismo, se hará un relevamiento institucional.

Dicho relevamiento se llevará a cabo a través de entrevistas semidirigidas a los Cirujanos Pediátricos (Anexo N°7) y enfermeras (Anexo N°8), con preguntas acerca de cuáles son las diferencias que observan en el comportamiento de los niños y de sus padres en cuanto al proceso quirúrgico.

Además, se concretarán entrevistas con padres de niños que hayan sido intervenidos quirúrgicamente y que hayan participado del Programa. Las preguntas estarán destinadas a indagar acerca de los beneficios de dicho programa y el comportamiento de los niños frente a la situación.

Los datos y la información derivada de este proceso son cruciales, ya que nos permitirán analizar y comprobar si los objetivos se han cumplido. A su vez, será útil para optimizar el uso de los recursos y tomar decisiones más adecuadas respecto al establecimiento de planes.

BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury, A. (1978) *El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones*. Editorial Paidós, 3ra edición: Buenos Aires, Argentina.
- Bleger, J. (1985) *Temas de Psicología. La entrevista psicológica*. Editorial Nueva Visión: Buenos Aires, Argentina.
- Blidner, J. (2008). *Preparación para cirugía infantil*. Extraído el 9 de abril de 2010 de <http://www.paideianet.com.ar/operacion.htm>
- Caplan, G. (1966). *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Editorial Paidós: Buenos Aires, Argentina.
- Children's Hospital Central California. Enciclopedia de salud. Extraído el 12 de abril de 2010 de <http://www.childrenscentralcal.org/Espanol/HealthS/P06105/P06125/Pages/P06130.aspx>
- Fernández-Castillo, A. & López-Naranjo, I. (2006). *Transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización*. Extraído el 12 de abril de 2010 de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/337/33760308.pdf>
- Galardi Andonegui, M. S. (2005) *Preparación psicológica para la cirugía infantil. Introducción*. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2005.
- Glasserman, M. R.: (1969) *Psicoprofilaxis quirúrgica: una técnica preventiva*. Editorial Paidós: Buenos Aires, Argentina.
- Giberti, E. (2009). *Historia de la escuela para padres*. Extraído el 3 de noviembre de 2010, <http://www.evagiberti.com/escuela-para-padres/historia-de-escuela-para-padres/>

- Giberti, E. (2010). *Síntesis de la historia de la escuela para padres en Argentina*. Extraído el 03 de noviembre de 2010, <http://www.evagiberti.com/escuela-para-padres/sintesis-de-la-historia-de-escuela-para-padres-en-argentina/>
- Giberti E & Escardó F. (1964). *Hospitalismo*. Editorial EUDEBA: Buenos Aires, Argentina.
- Li H. C., López V. & Lee T. L. *Efectividad de la Psicoprofilaxis Quirúrgica de los Niños y sus Padres*. Extraído el 9 de abril de 2010 de <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/pediatweb484.htm>
- Mardarás Plata, E: (1980) *Psicoprofilaxis Quirúrgica. La preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas*. Editorial ROL: Barcelona, España.
- Marín, G. (2008). *Florencio Escardó, memorias de un pediatra*. Extraído el 5 de noviembre de 2010 de <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=6052>
- Montoya Castilla, I. (2002). *Repercusiones psicológicas de la cirugía pediátrica ambulatoria en el paciente y su familia*. Disponible en: <http://www.tesisenred.net/TDX-0218104-174158>
- Morales L. & Albert A. (1989). *El paciente quirúrgico pediátrico: cuidados pre y postoperatorios*. En: Tratado de Pediatría. M Cruz. Publicaciones médicas Espax: Barcelona, España.
- Moix, J. (1994). *Emoción y cirugía*. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Mucci, M. (2004) *Psicoprofilaxis quirúrgica. Una práctica en convergencia interdisciplinaria*. Editorial Paidós: Buenos Aires, Argentina.

- Palau Barberá, R. M. & Luque Arenas, M. T. (2007). *Relación entre la ansiedad de los progenitores y la conducta del niño frente al acto quirúrgico*. Asociación española de Enfermería: Número 103, agosto, septiembre y octubre de 2007.
- Rassi, R. (2007). *Mi hijo entra al quirófano: todo lo que los padres necesitan saber en ésta situación*. Publicaciones de la Universidad Nacional de Córdoba.
- Rinaldi, G. (2001). *Prevención psicósomática del paciente quirúrgico. Causas y consecuencias impacto psicobiológico de una cirugía*. Editorial Paidós: Buenos Aires, Argentina.
- Rodríguez, M. (2005). *Trabajo de investigación en psicoprofilaxis quirúrgica pediátrica*. Extraído el 9 de abril de 2010 de http://www.sup.org.uy/Archivos/adp76-1/pdf/adp76-1_6.pdf
- Ortigosa, J. M. & Méndez, F. J. (1998). *Procedimiento de preparación psicológica a la cirugía en hospitales infantiles: un estudio de ámbito nacional*. Revista de Psicología de la Salud. Madrid, España.
- Quiles, M. J., Ortigosa J. M., Méndez F. & Pedroche, S. (1999). *Cuestionario de preocupaciones sobre cirugía infantil*. Psicothema, 1999. Vol. 11, nº 3, pp. 601-609.
- Rodolfo, R. (1993). *El niño y el significante*. Buenos Aires: Paidós.
- Vázquez, G. & Marcovich, C. (2000). *Guía para padres: tenemos que operar a nuestro hijo*. Editorial Centro Argentino de Psicoprofilaxis Quirúrgica: Buenos Aires, Argentina
- Vázquez, G., Balsamo, S. & Marcovich, C. (1993). *Psicoprofilaxis quirúrgica: un aporte a la prevención en salud mental*. Editorial El Alba: Buenos Aires, Argentina.

- Vázquez, G. & Marcovich, C. (1993). *Psicoprofilaxis quirúrgica en la infancia: aspectos clínicos*. Editorial El Alba: Buenos Aires, Argentina
- Vázquez, G. & Marcovich, C. (1996). *Psicoprofilaxis quirúrgica en la infancia II: dialogando con el cirujano*. Editorial Analytica: Buenos Aires, Argentina.
- Winnicot, D. (1979). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.

- Yale School of Medicine Patient Care (2010). *Preparación del niño en edad escolar para la cirugía*. Extraído el 22 de diciembre de 2010 de <http://www.yalemedicalgroup.org/stw/Page.asp?PageID=STW02876>

ANEXO N°1: Entrevista semidirigida a Cirujano Pediátrico

¿Cómo funciona el Servicio de Cirugía Infantil? ¿Quiénes lo componen?

Nuestro servicio funciona con cirugías programadas y urgencias pediátricas, que son las menos frecuentes. El equipo consta de 3 cirujanos, el Jefe de Servicio y 2 Cirujanos Seniors. Cada uno de nosotros realiza un consultorio a la semana. Las guardias son pasivas, es decir, el cirujano acude al llamado en caso de solicitarlo el pediatra de guardia activa. Se cubren las 24 horas y los 365 días del año.

¿Qué hace el cirujano pediátrico?

La cirugía pediátrica es una especialidad médica que trata patologías médico quirúrgicas en una etapa de la vida que va desde la concepción hasta la adolescencia, los 14 años.

Los cirujanos pediátricos diagnostican, tratan y curan problemas quirúrgicos en los niños que incluyen patologías abdominales, de tórax, cuello, partes blandas y urologías e inguinales, entre otros. Es una especialidad muy amplia.

¿Qué tipo de cirugías realiza con más frecuencia?

El cirujano infantil realiza cirugías programadas y de urgencias. Las más frecuentes son las programadas, es decir, aquellas que son captadas por el consultorio y, al detectar la patología, se da un turno para realizar la cirugía, previa realización de estudios pre operatorios como laboratorios y eco cardiograma con valoración.

Las cirugías de urgencias, son las menos numerosas, y por lo general se deben a patologías que no pueden esperar su solución en forma programada.

¿Cuántos niños son intervenidos por día en promedio?

En realidad, semanalmente en la Clínica se operan entre 8 y 10 pacientes aproximadamente, de los cuáles el 80% son cirugías programadas y el 20% restante son urgencias.

¿Cómo se les comunica a los padres y al niño la cirugía que se le va a realizar?
Transmisión de información.

En las cirugías programadas, a los padres se les explica básicamente algunos aspectos técnicos de la cirugía, además de cuánto va a ser el término aproximado de internación

del niño, en cuánto tiempo puede volver a clases y a la actividad física, cada cuánto tiempo van a ser los controles postquirúrgicos y como es la evolución natural del postoperatorio entre otras cosas. Aparte de las posibles complicaciones intra o postoperatorias que se pueden presentar.

En cuanto al niño, dependiendo de su edad, sólo nos limitamos a decirle que nos vamos a ver de nuevo para quitarle la dolencia que los aqueja y que llegado ese momento, va a estar siempre al lado de sus padres y nada les ocurrirá.

¿Hay entrevistas sólo con los padres?

En la consulta previa a cirugía, los padres normalmente expresan sus dudas, que por lo general son numerosas. Debemos responder siempre con la verdad, y dentro de lo posible, ganándonos la confianza de los mismos.

¿Qué dificultad presenta la tarea de comunicarles a los padres acerca de la cirugía?

La dificultad que presenta la tarea es que muchas veces, la gran mayoría, el tiempo disponible en consultorio no alcanza. Entonces es necesario citar nuevamente a los padres para seguir evacuándoles las dudas.

¿Cuáles son los síntomas o efectos más comunes en los niños cuando se les comunica que van a ser operados?

Las reacciones de los niños son muy variables, algunos lo afrontan con mucha angustia, incluso llorando y buscando el respaldo de sus padres. En cambio otros lo toman como un desafío a enfrentar algo nuevo e incluso con algún espíritu aventurero, por ejemplo cuando se les explica que se lo va a dormir para operarlo, apuestan a que ellos no van a dormirse. Aunque también los hay los que lo asumen como si fueran adultos con valentía y madurez, dispuestos a correr el riesgo a cambio de terminar con su padecimiento.

He notado que muchos se angustian cuando ven ese sentimiento en sus padres, por el contrario, cuando ven a sus padres seguros, se los ve muy decididos y relajados.

¿Los padres acompañan a los niños hasta que se duermen?

Siempre que el niño va a quirófano, baja en compañía de sus padres, lo hace canalizado y el anestesiólogo a través del suero lo duerme en brazos de sus padres. Los

adolescentes saludan a sus padres con un beso y entran al quirófano tranquilos, aunque a veces un poco angustiados y en ese caso, se los duerme afuera de la sala con sus padres.

¿Cómo se atienden las demandas emocionales y psicológicas del paciente y sus padres?
Tanto las demandas emocionales como psicológicas, a mi modo de ver, se atienden mediante la contención del niño y de sus padres o familiares, asegurándoles que cada paso que conduce a la cirugía se encuentra sumamente estudiado, de tal forma que los riesgos son mínimos. A mi entender todo tiene que ver con la seguridad que tenga el niño en el ámbito familiar, ya que si el menor ve a sus padres sin temores, el niño raramente se va a sentir inseguro ante la cirugía.

¿Cree que sería importante un programa de Psicoprofilaxis Quirúrgica con los niños y sus padres?

Es sumamente importante implementar un programa de éstos, ya que en mi experiencia he notado que los niños entran más tranquilos al quirófano, conociendo por donde se van a mover los médicos, con quiénes y con que se van a encontrar al ingresar a la sala de cirugía.

¿Cuál cree que sería la tarea del psicólogo en la preparación del niño para una cirugía?

A mi modo de ver, el psicólogo podría contener y acompañar al niño, asegurándole que todo va a salir bien y que de esa situación desfavorable va a salir airoso (concepto de resiliencia).

ANEXO N°2: CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN
ANSIEDAD-ESTADO EN NIÑOS (STAIC-E)

**CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN ANSIEDAD-ESTADO EN NIÑOS
(STAIC-E)**

Spielberg, Edwards, Lushene, Montuori Y Platzek (1990)

Marque con una X la intensidad con que USTED CREE QUE UN NIÑO experimenta cada una de las siguientes emociones, según esta escala:

Nada	Algo	Mucho

	UN NIÑO:	Nada	Algo	Mucho
1	Se siente calmado			
2	Se encuentra inquieto			
3	Se siente nervioso			
4	Se encuentra descansado			
5	Tiene miedo			
6	Está relajado			
7	Está preocupado			
8	Se encuentra satisfecho			
9	Se siente feliz			
10	Se siente seguro			
11	Se encuentra bien			
12	Se siente molesto			
13	Se siente agradablemente			
14	Se encuentra atemorizado			
15	Se encuentra confuso			
16	Se siente animoso			
17	Se siente angustiado			

18	Se encuentra alegre			
19	Se encuentra contrariado			
20	Se siente triste			

ANEXO N°3: ESCALA DE OBSERVACIÓN DE ANSIEDAD
DURANTE LA ESPERA A CIRUGÍA

**ESCALA DE OBSERVACIÓN DE LA ANSIEDAD DURANTE LA ESPERA DE
 CIRUGÍA
 TWARDOSZ (1986)**

A continuación se presentan una serie de conductas que podrían manifestar los niños en los momentos previos a ser llevados a cirugía. Por favor, indique con una X su presencia o ausencia.

CONDUCTAS NEGATIVAS	SI	NO
RECHAZAR INTERACCIÓN		
MOSTRARSE ASUSTADO		
EXPRESAR MIEDO VERBALMENTE		
QUEJARSE		
AFERRARSE A UNA PERSONA Y NO SOLTARLA		
PEDIR Y AMENAZAR		
LLORAR		
CHILLAR		
NO OBEDECER		
RESISTIRSE FÍSICAMENTE		

CONDUCTAS POSITIVAS	SI	NO
SALUDAR		
CONVERSAR		
SONREIR		
HACER BROMAS		
CONTACTOS FÍSICOS POSITIVOS		
COMPRENDER LOS PROCEDIMIENTOS		
COOPERAR		

ANEXO N°4: PACIENTE N°1

PACIENTE N°1

*Pte cirugía quirúrgica.
7a. ♀*

CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN ANSIEDAD-ESTADO EN NIÑOS (STAIC-E)

Spielberg, Edwards, Lushene, Montuori Y Platzek (1990)

Marque con una X la intensidad con que USTED CREE QUE UN NIÑO experimenta cada una de las siguientes emociones, según esta escala:

Nada	Algo	Mucho

	EL NIÑO:	Nada	Algo	Mucho
1	Se siente calmado	X		
2	Se encuentra inquieto			X
3	Se siente nervioso			X
4	Se encuentra descansado	X		
5	Tiene miedo			X
6	Está relajado	X		
7	Está preocupado			X
8	Se encuentra satisfecho	X		
9	Se siente feliz	X		
10	Se siente seguro		X	
11	Se encuentra bien	X		
12	Se siente molesto		X	
13	Se siente agradablemente	X		
14	Se encuentra atemorizado			X
15	Se encuentra confuso			X
16	Se siente animoso	X		
17	Se siente angustiado			X
18	Se encuentra alegre	X		
19	Se encuentra contrariado		X	
20	Se siente triste		X	

ANEXO N°5: PACIENTE N°2

PACIENTE N°2

*Pt. 9/ Apellido O⁹
11A.*

CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN ANSIEDAD-ESTADO EN NIÑOS (STAIC-E)

Spielberg, Edwards, Lushene, Montuori Y Platzek (1990)

Marque con una X la intensidad con que USTED CREE QUE UN NIÑO experimenta cada una de las siguientes emociones, según esta escala:

Nada	Algo	Mucho

	EL NIÑO:	Nada	Algo	Mucho
1	Se siente calmado		X	
2	Se encuentra inquieto	X		
3	Se siente nervioso	X		
4	Se encuentra descansado			X
5	Tiene miedo	X		
6	Está relajado			X
7	Está preocupado	X		
8	Se encuentra satisfecho		X	
9	Se siente feliz		X	
10	Se siente seguro			X
11	Se encuentra bien			X
12	Se siente molesto	X		
13	Se siente agradablemente		X	
14	Se encuentra atemorizado	X		
15	Se encuentra confuso	X		
16	Se siente animoso			X
17	Se siente angustiado		X	
18	Se encuentra alegre			X
19	Se encuentra contrariado	X		
20	Se siente triste	X		

**ESCALA DE OBSERVACIÓN DE LA ANSIEDAD DURANTE LA ESPERA DE
CIRUGÍA
TWARDOZ (1986)**

A continuación se presentan una serie de conductas que podrían manifestar los niños en los momentos previos a ser llevados a cirugía. Por favor, indique con una X su presencia o ausencia.

CONDUCTAS NEGATIVAS	SI	NO
RECHAZAR INTERACCIÓN		X
MOSTRARSE ASUSTADO		X
EXPRESAR MIEDO VERBALMENTE		X
QUEJARSE		X
AFERRARSE A UNA PERSONA Y NO SOLTARLA		X
PEDIR Y AMENAZAR		X
LLORAR		X
CHILLAR		X
NO OBEDECER		X
RESISTIRSE FÍSICAMENTE		X

CONDUCTAS POSITIVAS	SI	NO
SALUDAR	X	
CONVERSAR	X	
SONREIR	X	
HACER BROMAS	X	
CONTACTOS FÍSICOS POSITIVOS	X	
COMPRENDER LOS PROCEDIMIENTOS	X	
COOPERAR	X	

ANEXO N°6: PACIENTE N°3

PACIENTE N°3

Cirujía Plástica
7a ♀

CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN ANSIEDAD-ESTADO EN NIÑOS (STAIC-E)

Spielberg, Edwards, Lushene, Montuori Y Platzek (1990)

Marque con una X la intensidad con que USTED CREE QUE UN NIÑO experimenta cada una de las siguientes emociones, según esta escala:

Nada	Algo	Mucho

	EL NIÑO:	Nada	Algo	Mucho
1	Se siente calmado		X	
2	Se encuentra inquieto			X
3	Se siente nervioso			X
4	Se encuentra descansado		X	
5	Tiene miedo			X
6	Está relajado		X	
7	Está preocupado		X	
8	Se encuentra satisfecho	X		
9	Se siente feliz	X		
10	Se siente seguro		X	
11	Se encuentra bien		X	
12	Se siente molesto		X	
13	Se siente agradablemente		X	
14	Se encuentra atemorizado			X
15	Se encuentra confuso		X	
16	Se siente animoso	X		
17	Se siente angustiado			X
18	Se encuentra alegre	X		
19	Se encuentra contrariado		X	
20	Se siente triste		X	

**ESCALA DE OBSERVACIÓN DE LA ANSIEDAD DURANTE LA ESPERA DE
CIRUGÍA
TWARDOZ (1986)**

A continuación se presentan una serie de conductas que podrían manifestar los niños en los momentos previos a ser llevados a cirugía. Por favor, indique con una X su presencia o ausencia.

CONDUCTAS NEGATIVAS	SI	NO
RECHAZAR INTERACCIÓN		X
MOSTRARSE ASUSTADO	X	
EXPRESAR MIEDO VERBALMENTE	X	
QUEJARSE	X	
AFERRARSE A UNA PERSONA Y NO SOLTARLA	X	
PEDIR Y AMENAZAR		X
LLORAR	X	
CHILLAR		X
NO OBEDECER		X
RESISTIRSE FÍSICAMENTE	X	

CONDUCTAS POSITIVAS	SI	NO
SALUDAR		X
CONVERSAR		X
SONREIR		X
HACER BROMAS		X
CONTACTOS FÍSICOS POSITIVOS	X	
COMPRENDER LOS PROCEDIMIENTOS		X
COOPERAR		X

ANEXO N°7: Entrevista semidirigida a Cirujano Pediátrico para evaluar el Programa de Psicoprofilaxis Quirúrgica para niños y sus padres.

1. ¿Ha notado cambios en los niños en el período preoperatorio?
2. ¿Ha notado diferencias en el nivel de ansiedad de los niños en la antesala del quirófano?
3. ¿Ha notado cambios en la actitud y comportamiento de los padres en el período preoperatorio?
4. ¿Hay actualmente otro tipo de dudas e inquietudes de los padres previos a la cirugía?
5. ¿Ha habido cambios en el período postquirúrgico de los niños?
6. ¿Cree que el Programa de Psicoprofilaxis Quirúrgica para niños y sus padres es efectivo?
7. ¿Ud. modificaría algún aspecto o parte del mencionado Programa?

ANEXO N°8: Entrevista semidirigida a enfermeras para evaluar el Programa de Psicoprofilaxis Quirúrgica para niños y sus padres.

1. ¿Ha notado cambios en los niños el día de internación para cirugía?
2. ¿Ha notado diferencias en el nivel de ansiedad de los niños en la antesala del quirófano?
3. ¿Ha notado cambios en la actitud y comportamiento de los padres durante esos momentos?
4. ¿Ha habido cambios durante el período de internación del niño?
5. ¿Cree que el Programa de Psicoprofilaxis Quirúrgica para niños y sus padres es efectivo?
6. ¿Ud. modificaría algún aspecto o parte del mencionado Programa?

Identificación del Autor

Apellido y nombre del autor	Virué Natalia Soledad
E-mail:	nativirue@hotmail.com
Título de grado que obtiene	Licenciatura en Psicología

Identificación del Trabajo Final de Graduación

Título del TFG en español	Programa de Psicoprofilaxis Quirúrgica para niños y sus padres
Título del TFG en inglés	Program of Surgical Psychoprophylaxis for children´s and their parents
Integrantes de la CAE	Amalia Giorgi y Teresa Reyna
Fecha del último coloquio de la CAE	25/02/2011
Versión digital del TFG: contenido y tipo de archivo en el que fue guardado	Tesis Natalia Virué.doc

Autorización de publicación en formato electrónico

Autorizo por la presente, a la Biblioteca de la Universidad Empresarial Siglo 21 a publicar la versión electrónica de mi tesis. (Marcar con una cruz lo que corresponda)

Publicación electrónica

Después de meses

.....
Firma del alumno