

Experiencia de prevención en salud mental pediátrica: psicoprofilaxis quirúrgica en pacientes sometidos a cirugía de escoliosis.

Prevention experience in pediatric mental health: surgical psychoprophylaxis in patients undergoing scoliosis surgery

Ps. Isidora de la Fuente, Ps. Mackarena Duhalde, Ps. Ana M. Gallardo,
Ps. Cecilia V. Ulloa y Ps. Sebastián Valenzuela

Resumen

El presente artículo presenta un proyecto piloto de Psicoprofilaxis Quirúrgica en el Departamento de Traumatología, Unidad de Escoliosis, Hospital de niños Dr. Luis Calvo Mackenna.

La Psicoprofilaxis Quirúrgica, enmarcada dentro de la psicología de la salud, tiene por objetivo apoyar al paciente que será sometido a cirugía, en el manejo de emociones, actitudes y comportamientos que se derivan de la situación quirúrgica, a través de una intervención psicoterapéutica preventiva, breve y focalizada.

Se planteó una intervención psicológica para pacientes que debían ser sometidos a cirugía correctiva de escoliosis. Esta constó de 3 instancias: (a) entrevista inicial y evaluación de ansiedad, (b) intervención intrahospitalaria y (c) control postquirúrgico. En todas ellas se midió Nivel Anímico, Nivel de Actividad, Calidad del Sueño y Calidad de la Alimentación.

Los resultados sugieren que si los pacientes tienen un adecuado conocimiento del proceso al cual se enfrentarán, aumentaría su sensación de control de la situación y por ende, disminuiría su ansiedad pre-quirúrgica. No obstante, no basta informar, sino que además es necesario adecuarse a las características de cada paciente al hacer entrega de la información, siendo este factor el que permitiría el cambio en los niveles de ansiedad pre-quirúrgica.

Palabras Clave: psicoprofilaxis quirúrgica, cirugía correctiva de escoliosis, prevención en salud mental

Abstract

This article presents a trial scheme of surgical psychoprophylaxis in the Scoliosis Unit of the Traumatology department at "Doctor Luis Calvo Mackenna childrens" Hospital.

This project arises from The surgical psychoprophylaxis is to an area within Health Psychology that aims to support the patient that will undergo surgery, by performing a brief preventive psychotherapeutic intervention that helps him/her to handle possible emotions, attitudes and behaviors that may appear as a result of the surgical experience. The intervention had three stages: (a) Initial interview and anxiety assessment (b) intra- hospital intervention (c) post surgical control. In each stage mood level was measured as well as activity level, sleep quality and feeding behavior quality.

The results suggest that, if patients have adequate knowledge of the process they are going to face **their feeling** of control over the situation would increase and thus reduce preoperative anxiety. Nevertheless, informing is not enough but it is also necessary to adapt the delivery of information to each patient's characteristics, for this would be the main factor that would allow changes in preoperative anxiety levels.

Key words: surgical psychoprophylaxis, corrective scoliosis surgery, pediatric mental health prevention.

Recibido 01/05/2012. Aceptado 16/05/2012

I. INTRODUCCIÓN

Ansiedad Pre quirúrgica

El enfrentamiento con una cirugía frecuentemente trae consigo altos niveles de ansiedad, siendo esta más patente en niños y adolescentes. La forma en que la ansiedad se presenta depende de diversos factores, tales como la etapa del desarrollo en la que se encuentre el paciente, el diagnóstico médico, las experiencias con procedimientos médicos previos, la manera y duración de la hospitalización, la preparación psicológica que se le pueda dar a los pacientes antes de la cirugía y la capacidad que tienen los padres o cuidadores de apoyar a su hijo (1). Por otro lado las respuestas que estos niños y adolescentes pueden tener abarcan aspectos fundamentales, como problemas en la alimentación, en el sueño, regresiones a etapas más primitivas de comportamiento, depresión, ansiedad, conductas fóbicas a hospitales y tratamientos, entre otros (2). Estas respuestas no sólo provocan problemas en el ámbito psicológico sino también en aspectos de la salud, por interferir en los cuidados y tratamientos que se requieran antes, durante y después de una intervención quirúrgica.

Considerando aspectos desde el ámbito biológico, se sabe que el aparato cardiovascular es un efector más del sistema neurovegetativo, el cual es influenciado permanentemente por la corteza cerebral y los centros nerviosos superiores. En su trabajo de investigación, Pedreira (1988) (3), manifiesta que este funcionamiento del sistema nervioso explica que la actividad psíquica determine modificaciones en el funcionamiento de ciertos órganos del cuerpo, como el corazón y la reactividad de los sistemas vasculares periféricos. De este modo, la ansiedad prequirúrgica conllevaría efectos considerables sobre el funcionamiento global de la persona.

Así, los antecedentes mencionados indican que variables como el estrés y la ansiedad elevada no solo se ven afectadas por variables biológicas, sino que también intervienen en ellas. Según algunas investigaciones (4), la psiconeuroinmunología muestra que el estrés rompe la homeostasis hormonal, lo cual puede retardar la reparación de tejidos y dificultar la cicatrización de las heridas, entre otros efectos. Para paliar estos efectos, se hace uso de la premedicación, buscando disminuir

la ansiedad en el período preoperatorio y, junto con ello, la frecuencia de cambios de comportamiento en el postoperatorio (5). Sin embargo, no sólo la ansiedad y el estrés actúan negativamente sobre la reacción biológica, sino también la depresión. Ésta, al igual que los otros síntomas reactivos a una situación quirúrgica, afecta la recuperación de la persona, en la medida en que implica alteraciones de los niveles de corticoides en la respuesta inmunológica (6).

Por otra parte, en relación a la importancia de la ansiedad preoperatoria, la investigación llevada a cabo por Barrera y Camacho (2006) (5) explica cómo un panel de 72 anestesiólogos clasificó varios eventos anestésicos con baja morbilidad, basados en frecuencia e importancia. Los cinco eventos con los más altos puntajes fueron dolor a la incisión, náusea, vómito, ansiedad perioperatoria y malestar en la punción venosa. Estos indicadores tuvieron clara relación con el estado del paciente ante su cirugía, y revelaban que existe consenso entre los anestesiólogos a escala mundial en tratar la ansiedad preoperatoria y sus efectos.

Impacto de la cirugía de Escoliosis

En el caso de la escoliosis, se debe considerar que esta patología tiene un impacto importante tanto en el ámbito físico, como en la imagen corporal y en la calidad de vida en general. Al respecto, hay estudios que señalan en relación a la escoliosis y el uso de corsé, que es posible que en el paciente disminuya la autoestima y desarrolle pensamientos suicidas o, en casos extremos, conductas autodestructivas, por lo tanto, los médicos tratantes deberían permanecer alerta ante reacciones de ajuste más severas que pueden requerir de una intervención psicológica (7).

En cuanto a las consecuencias psicológicas de la intervención quirúrgica, además de lo anteriormente señalado en relación a las cirugías en general, en el caso de la cirugía correctiva de escoliosis, existe un evidente cambio en el esquema corporal que puede afectar al paciente de manera negativa. Incluso, existen estudios en los que se ha comparado la evolución de los adolescentes operados y no operados a largo plazo, y los resultados apuntan a que no hay diferencias relevantes entre ellos en términos de riesgo de padecer dolor de espalda, limitaciones de la actividad física

ni calidad de vida, y que sólo es distinta la "imagen mental de su esquema corporal" (8). Lo central de este concepto, es que el cambio objetivo no cobra tanta relevancia como el *significado personal* que se le atribuye a dicho cambio. Esta valoración estaría mediada por las creencias y atribuciones que cada persona tiene respecto de la imagen corporal y de sí mismo (muy influidas por factores sociales y culturales), en estrecha relación con sus estrategias de afrontamiento y características de personalidad (9).

Por otra parte, hay evidencias de que los tratamientos quirúrgicos radicales (tanto si van seguidos de reconstrucción, como si no) conllevan una mayor morbilidad psicológica y conductual que las cirugías conservadoras. Es por esto que la cirugía correctiva podría acarrear consecuencias en el ámbito psicológico, dentro de las cuales se han observado: cambios en el esquema corporal, cuadros de angustia, temores y depresión reactiva leve, tanto en el paciente como en la familia que recibe la noticia de la posible operación (9).

En consecuencia, la cirugía correctiva de escoliosis provocaría cambios en la imagen corporal a distintos niveles, a saber: perceptivo, cognitivo, fisiológico, conductual y afectivo-emocional, por lo tanto, una intervención psicológica en este contexto, pudiese resultar de gran ayuda tanto para el bienestar psíquico del paciente, como para su futura recuperación y adherencia al tratamiento.

Psicoprofilaxis Quirúrgica

Uno de los elementos que influyen en la ansiedad prequirúrgica es la información entregada al niño y a los padres, siendo este uno de los factores que pueden modificarse de forma especializada, de manera que sea no sólo un derecho del paciente, sino una herramienta para mejorar su calidad de vida, disminuyendo su ansiedad y otros problemas que pueden aparecer de una intervención quirúrgica. **Según diversas investigaciones (10)**, 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 una disminución de dolor, complicaciones posquirúrgicas, de la recuperación física postoperatoria y del ajuste psicosocial posterior a la intervención; ayudando así, a reducir molestias físicas y problemas de conducta posthospitalarias, entre otros. (10)

La información entregada de manera especializada es más efectiva en disminuir niveles de ansiedad, que la información entregada de manera tradicional (2). En el caso específico de las intervenciones quirúrgicas, muchas veces la información fluye del equipo médico a los padres, en menor medida a un paciente adolescente, y aún menos hacia los niños. Se puede pensar que esto es para "proteger" al paciente de que entienda mal la información y genere miedos desproporcionados, no obstante, si la información es entregada de manera contextualizada y atingente, es decir, analizando los contenidos a entregar y al sujeto que los recibirá, sucede justamente lo contrario: se protege al niño o adolescente de problemas psicológicos y referentes a los cuidados y tratamientos necesarios para la intervención quirúrgica (3). En consecuencia, brindar una preparación psicológica al paciente que debe enfrentar una cirugía, es darle la posibilidad de prevenir posibles complicaciones, ya sea en el área física, mental y/o la relación con el mundo externo. Cuando esto no ocurre, se producen alteraciones del sueño o de la alimentación; temores nocturnos; trastornos en el aprendizaje; miedo a nuevas consultas médicas y/o diversas alteraciones de la conducta en un tiempo inmediato o mediato (11).

Comprendiendo los niveles de estrés que la situación quirúrgica genera tanto en el niño como en la familia, la disminución en la capacidad de afrontamiento del paciente y sus cuidadores (12) y bajo la noción de que toda intervención quirúrgica es un acontecimiento desconocido que irrumpe en la vida cotidiana del niño y su familia, es que surge la *psicoprofilaxis quirúrgica*, la cual ha sido definida como "un procedimiento terapéutico, cuyo objetivo es reducir el impacto psicológico potencialmente traumático de la experiencia quirúrgica y tender al logro de una mejor adaptación a la situación pre y post-operatoria" (13).

En el caso de los niños y adolescentes, la psicoprofilaxis debe abarcar otros miedos que dependen básicamente de la edad. Los miedos que presenta los niños pequeños más comúnmente son los de separarse de los padres, enfrentarse a personas y situaciones desconocidas, además de otras relacionadas con la parte del cuerpo a ser operada, experiencias quirúrgicas del núcleo familiar y capacidad de este para apoyar al menor frente a sus temores. En adolescentes, el cuerpo es especialmente importante, por lo que normalmente la atención

de psicoprofilaxis se basa en elaborar las fantasías de imperfección, y de consecuencias en la vida sexual (14). Por otra parte, debe abordar los cambios de conductas que se generan previos y tras la operación, tal como difícil adaptación al contexto post operatorio, y síntomas como tics, llantos, fobias y/o terrores nocturnos, a largo plazo. Es por esto que la psicoprofilaxis busca entregar información verídica pero comprensible, adaptada a su edad del niño o joven, así como elaborar las fantasías que surgen, y actuar sobre los temas más sensibles de acuerdo a una evaluación psicológica (14)

En cuanto a los padres, se ha observado que cuando un hijo va a ser intervenido, suelen revivir recuerdos de la propia infancia y/o a reactivar culpas en torno a lo que les ocurre a sus hijos. Por otra parte, la hospitalización del niño (sobre todo si es prolongada) suele generar desequilibrios en la organización familiar. Por lo que el objetivo transversal de la intervención con los padres, es la contención y ayudar a organizar los propios recursos para adaptarse a la situación y enfrentar la operación del hijo o hija. Es por esto que gran parte de la intervención se basa en preguntar a los padres acerca del desarrollo del hijo o hija, indagar acerca de cirugías previas tanto en el niño o niña o familiares, de modo de afrontar temores, así como brindar un espacio de escucha y contención de temores. Una vez resueltos estos conflictos o temores, se busca que el padre también sea un agente colaborador del equipo quirúrgico para que el niño tenga una mejor capacidad de afrontamiento ante la cirugía (14). En relación a esto, la preparación de los padres ayuda a reducir la ansiedad y estrés ante la intervención, ya que se les asigna un papel activo, y, como consecuencia transmiten tranquilidad a sus hijos (10).

Por último, dentro del trabajo con el equipo quirúrgico, la labor más importante recae en las reuniones periódicas, y en la integración a las intervenciones pre y posquirúrgica, además de hacer visitas en el lugar de internación (14). Así mismo, el psicólogo tiene un rol de intermediario entre lo que el doctor dice, y lo que el paciente entiende.

El desarrollo internacional de la psicoprofilaxis quirúrgica, desde sus inicios y durante estos últimos años, muestra cómo pacientes que reciben asistencia psicológica previa a la operación reducen el uso de analgésicos postoperatorios, disminuyen niveles de

angustia y ansiedad a montos tolerables, cicatrizan más rápidamente y acortan el período de internación en un promedio de dos a tres días (15). Los autores refieren que los beneficios de la psicoprofilaxis quirúrgica en el ámbito hospitalario significan un menor costo para la institución, en el sentido de reducción de los tiempos de internación, menor ingesta de medicamentos en el post-operatorio (calmantes, anestésicos, etc.), minimización de complicaciones post operatorias, menor riesgo intra y post quirúrgico, menor utilización de recursos humanos (enfermeros y personal hospitalario), disminución de síntomas psicológicos colaterales (insomnio, fobias, irritabilidad, depresión, etc.), niveles aceptables de dolor con menor uso de psicofármacos y mejora en la recuperación quirúrgica. Asimismo, los niveles de ansiedad, angustia y estrés disminuyen a niveles tolerables, lo que conlleva una cicatrización es más rápida y menor aparición de infecciones, entre otros efectos (13)

Proyecto Piloto de Psicoprofilaxis Quirúrgica en Escoliosis

En este contexto, el objetivo del proyecto fue preparar psicológicamente a los pacientes que fueron sometidos a cirugía correctiva de escoliosis en el Hospital Luis Calvo Mackenna, promoviendo en ellos y en sus cuidadores, recursos para: afrontar la operación, reducir la ansiedad que ésta suscita y facilitar el proceso de recuperación. Así, se pretendía reducir el impacto de la cirugía previniendo posibles consecuencias psicológicas negativas derivadas de este proceso, logrando un mejor ajuste a la situación de hospitalización, confianza en el equipo médico y mayor adherencia al tratamiento.

Se decidió trabajar en el HLCM, ya que por una parte, existía conocimiento de la realidad y el contexto de este recinto hospitalario, y por otra, se trataría de uno de los establecimientos del Sistema Público de Salud que atiende la mayor cantidad de niños y adolescentes que deben someterse a cirugía correctiva de escoliosis (aproximadamente 240 al año).

El proyecto de Psicoprofilaxis Quirúrgica en Escoliosis comenzó a operar en Agosto de 2010, con el apoyo de la Ps. Sandra Oltra, psicóloga que inicialmente implementó el programa de Cuidados pre-y post operatorios en el servicio de cirugía; Dr. José Grass del

Departamento de Escoliosis, así como también personal administrativo y otros profesionales de la salud del mismo Servicio. Además se contó con la participación de cinco psicólogos de la Pontificia Universidad Católica de Chile, ex practicantes de la Unidad de Psicología del mismo hospital: Isidora de la Fuente, Mackarena Duhalde, Ana María Gallardo, Cecilia Ulloa y Sebastián Valenzuela.

II. OBJETIVOS

Objetivo general

Preparar psicológicamente a los pacientes que serán sometidos a cirugía de escoliosis en el HLCM, promoviendo en ellos, y en sus cuidadores, recursos para: afrontar la operación, reducir la ansiedad que ésta suscita y facilitar el proceso de recuperación.

Así, se pretendió reducir el impacto de la cirugía previniendo posibles consecuencias psicológicas negativas derivadas de este proceso, en miras de un mejor ajuste a la situación de hospitalización, confianza en el equipo médico y mayor adherencia al tratamiento.

Objetivos específicos

- Entregar información relevante acerca del proceso de hospitalización, con la finalidad de contrastar fantasías relacionadas y aumentar la sensación de control percibida por el/la paciente, permitiendo así reducir sus niveles de ansiedad ante la situación.
- Entregar, desarrollar y fomentar nuevas estrategias de afrontamiento ante la situación quirúrgica y período intrahospitalario, tanto en los niños como a sus padres.
- Identificar y otorgar indicaciones particulares en aquellos casos que pudiesen presentar dificultades significativas en el proceso de adaptación post operatorio, realizando interconsultas en caso de ser necesario.
- Diseñar y establecer lineamientos para futuros planes de intervención, que resulten efectivos en la

reducción de ansiedad pre operatoria, en niños(as) y adolescentes.

III. POBLACIÓN Y MÉTODOS

Cabe mencionar que debido al carácter experimental de este proyecto piloto, el foco del mismo estuvo puesto en diseñar e implementar un plan en base a los lineamientos de intervenciones en psicoprofilaxis, ya probadas a nivel internacional y bajo las condiciones y necesidades del contexto del Sistema Público de Salud chileno. Por lo tanto, dado los reportes de los pacientes, familiares y del equipo médico, detallados a continuación, es que los aspectos cualitativos de la presente experiencia cobran relevancia.

Cinco psicólogos de la Pontificia Universidad Católica, de manera voluntaria, llevaron a cabo esta iniciativa con el apoyo de Dr. José Grass (jefe Departamento de Escoliosis) y Ps. Sandra Oltra (supervisora de la Unidad de Psicología). Además, se utilizó un box del policlínico de Traumatología, folletos informativos y hojas de evolución diseñadas especialmente para este propósito.

El proyecto contó con la participación inicial de 33 pacientes voluntarios en un rango etareo de entre 11 a 23 años, con un promedio muestral de 14. El procedimiento consistió en 3 entrevistas: la 1ª entrevista de recepción, la 2da de seguimiento post-operatorio y la 3ª entrevista realizada al momento de retirada de puntos. Si bien los 33 pacientes estuvieron en la primera entrevista, sólo 12 pudieron ser entrevistados en la 2ª oportunidad, y 10 en la tercera. Este déficit en el seguimiento de los pacientes se debe principalmente a contingencias referidas a la dificultad de programar con exactitud y tiempo las cirugías de escoliosis, tanto por parte del paciente como por parte de los psicólogos. Ésta y otras dificultades se abordarán más adelante en la discusión.

1.- Primera Entrevista (30 min. p/ paciente, apróx.)

Objetivos

- Evaluar el ajuste a la situación quirúrgica, a través de la valoración cualitativa y cuantitativa de los niveles

de ansiedad, tanto en los niños (as) como en sus padres.

- Indagar sobre experiencias quirúrgicas anteriores u otros antecedentes médicos o biográficos relevantes, que pudiesen estar influyendo en el actual modo de afrontamiento a la situación quirúrgica, tanto en los padres como en el/la niños(as).
- Explorar y contrastar las preocupaciones, miedos, fantasías y expectativas respecto a la cirugía, hospitalización y recuperación, a través de la entrega de información veraz acerca del proceso.
- Evaluar discrepancias y similitudes entre las preocupaciones, miedos, fantasías y expectativas respecto a la operación, hospitalización y recuperación de la operación de escoliosis en padres y niños (as).
- Entregar, desarrollar o fomentar estrategias de afrontamiento ante las situaciones de estrés particulares para cada niño (a) y papás.
- Promover en el paciente un rol activo, que aumente su sensación de control de la situación y percepción de autoeficacia.

Metodología (Eventos e hitos del proceso)

- Aplicación de escala de autorreporte de ansiedad a niños (as) y en los padres de niños menores de 6 años.
- Aplicación de pruebas gráficas a los niños (as), con el fin de explorar en qué estadio del desarrollo se encuentra, su identidad, esquema corporal, conflictos, ansiedades, mecanismos de defensa y recursos personales con los que se enfrenta a la situación quirúrgica.
- Entrega de material psicoeducativo con información acerca de dudas frecuentes y consejos, integrados en un tríptico para que los padres pudieran apoyar a sus hijos de una manera más eficaz.
- Aplicación de una entrevista semi estructurada donde se recabó la siguiente información, que apareció en la ficha de recepción:

- Antecedentes mórbidos individuales y familiares relevantes.
- Contexto familiar y NSE
- Recepción del diagnóstico: expectativas, implicancias en la vida cotidiana, socioafectiva, familiar. Qué se ha dejado de hacer, modificaciones en las rutinas, etc.
- Indagar posible sensación de culpa de alguno de los familiares.
- Conocer a las estrategias parentales para contener la ansiedad de sus hijos (as)
- Cantidad y calidad de la información que se maneja respecto a la operación
- Rasgos de dependencia o independencia de la/el paciente
- Evaluar existencia y calidad de redes de apoyo
- Identificar posible comorbilidad psiquiátrica (pre y post operación)
- Agregar evaluación subjetiva del observador, impresión clínica.

Si bien hay factores culturales, económicos, biográficos o incluso geográficos que influyen en la ansiedad preoperatoria de niños y padres, se detectó que el factor más importante de estrés es la falta de información pertinente. Algunas de las causas reportadas de la desinformación fueron:

- Que el médico tratante efectivamente no entregó información a la familia
- Que la información entregada no fue comprendida por el paciente y/o su familia
- Que los pacientes no manifiestan sus fantasías a sus médicos tratantes

- Que la información cause gran impacto emocional que impida su comprensión a cabalidad o que hayan ciertos casos que requieran de una atención especial debido a su historia vital (por ejemplo: madre que sufrió la muerte reciente de un hijo en un hospital)

En esta entrevista se tuvo como objetivo dar cabida a los miedos y fantasías, contenerlos y contrastarlos con información veraz entregada de manera asertiva. De este modo, se observó que una vez realizadas dichas acciones, la ansiedad de los pacientes y sus familias disminuyó de manera significativa. Esto se observó a través del cambio conductual inmediato y del reporte de algunos de ellos, que manifestaron gran alivio luego de la entrevista.

En conclusión, las observaciones sugieren que si los pacientes conocen bien el proceso que enfrentarán, aumentan su sensación de control de la situación y, por lo tanto, disminuye su ansiedad pre quirúrgica. Ahora bien, no basta con la sola entrega de información, sino que entregar dicha información de acuerdo a las características de cada caso en particular es lo que permitiría el cambio en los niveles de ansiedad.

2.- Intervención Intrahospitalaria (al menos 1 visita de 20 a 30 minutos, apróx.)

Objetivos

- Evaluar la influencia de la información entregada en la primera intervención sobre la disminución de la ansiedad, tanto de los niños (as) como de los padres.
- Evaluar el ajuste a la hospitalización, considerando nivel de ansiedad y dolor actual.
- Contener la ansiedad y angustia del paciente y su familia.
- Fomentar nuevas estrategias de afrontamiento y autorregulación, que favorezcan el adecuado proceso de recuperación.

Metodología

- Realización de entrevista semi estructurada que permita conocer el nivel de ajuste a la situación actual.
- Aplicación de escala de autorreporte del nivel de dolor.
- Intervención en crisis y contención, tomando en consideración la etapa del desarrollo en que se encuentren los pacientes y el nivel de angustia de los padres.
- Entrevistar a alguno de los profesionales a cargo del cuidado del paciente, con el fin de conocer su impresión acerca del ajuste y ansiedad del niño (a)
- Enseñar técnicas de respiración e imaginación que disminuyan la sensación de displacer asociada a su situación actual.

3.- Control Post quirúrgico (15 días después de la cirugía, 30 min.)

Objetivos

- Evaluar ajuste a la vida cotidiana, tanto de los padres como del niño (a).
- Evaluar cumplimiento de las indicaciones médicas, explorando tanto los recursos como las dificultades que hayan surgido.
- Evaluar el impacto de la cirugía en la autopercepción e identidad corporal de los niños (as).
- Psicoeducar en torno a las consecuencias psicológicas de la operación, con el fin de normalizar las preocupaciones y sentimientos que experimenten los niños (as).
- Reflejar los recursos con los que tanto el/la paciente, como su familia, enfrentaron todo el proceso.
- Detectar y derivar aquellos casos que presenten consecuencias psicológicas significativas tras la operación, tales como: miedos persistentes,

reacciones regresivas intensas, rasgos depresivos, negativa rotunda a adherir al tratamiento, dificultades en la integración de la identidad luego de la operación, entre otros.

Metodología

- Entrevistas personales con los padres y el paciente, para explorar reacciones post operatorias de ambos, y el grado de ajuste mutuo frente a la nueva situación de vida.
- Aplicación de una encuesta breve para evaluar la efectividad de la intervención psicológica.

Finalmente, el objetivo de pesquisar psicopatología o complicaciones en proceso de adaptación al volver al hogar, no se cumplió, ya que se trata de un plazo muy corto, donde todas las reacciones son consideradas normales. Es por esto que se propone que este encuentro coincida con el control post operatorio a los 6 meses de realizada la cirugía.

IV. RESULTADOS

Con respecto a la evaluación cuantitativa, se midieron principalmente 4 atributos durante las distintas entrevistas: Nivel Anímico, Nivel de Actividad, Calidad del Sueño y Calidad de la Alimentación (Ver Tabla 1 en Anexos). Estos atributos fueron medidos con escalas Likert de 5 puntos, visualizadas con herramientas como tarjetas con rostros graduados de placer-displacer, o barras que representan cantidad (por el tamaño) e intensidad (por el color).

Se observó una disminución de casi medio punto en todos los niveles entre la primera (Eval1 en gráficos de Anexos) y segunda entrevista (Eval2 en gráficos de Anexos), con un aumento de casi 1 punto entre la segunda (Eval2) y tercera entrevista (Eval3 en gráficos de Anexos). Esto puede explicarse por el proceso de hospitalización, en donde se puede inferir que los pacientes se presentan primero con altos niveles de ansiedad, pero no así malestar, durante la primera entrevista (Fig. 1 en anexos). Luego, al momento de realizar la segunda entrevista, el sujeto enfrenta las consecuencias recientes de la operación, incluyendo altos niveles de dolor

que interfieren en los niveles de ánimo, la calidad del sueño y el nivel de actividad que puede tener dada las consecuencias. Para la tercera entrevista se muestra una mejoría en los niveles de sueño y alimentación, junto con un aumento del ánimo comparado con niveles pre-operatorios. El nivel de actividad no se vio incrementando, esencialmente como indicador de los cuidados inherentes a la condición post-operatoria.

Por razones éticas, no se ha podido tener un contraste cuantitativo de la intervención frente a un grupo control, pero se cuenta con información cualitativa que permite dilucidar los beneficios de la intervención, pero si se puede observar que el nivel del ánimo tuvo un incremento por sobre su nivel inicial, indicando una buena respuesta frente a la intervención en sí, en comparación con otros indicadores.

Si bien se incluyeron otras medidas como Dolor, Tolerancia al Dolor, Ansiedad Pre-intervención y Post-Intervención, no se alcanzó a recolectar un volumen de datos suficiente como para ser analizadas o para extraer algún tipo de conclusión válida. Una de las razones de esto fue el breve tiempo de implementación que tomó el programa. Sin embargo, se pretende a futuro incluirlas y usar medidas más estandarizadas y validadas para evaluar y conocer la evolución de los pacientes, de manera que se pueda apoyar el trabajo clínico realizado de manera más significativa.

V. DISCUSIÓN

A continuación, se describe el análisis de cada una de las etapas de la intervención, detallando los logros y dificultades en la implementación.

a) Primera entrevista

La primera entrevista resultó ser una etapa muy importante en el proceso previo a la cirugía. En primer lugar, porque es la única intervención que se pudo realizar sin mayores inconvenientes a todos quienes desearon participar. En segundo lugar, porque fue posible pesquisar preocupaciones y fantasías en relación a la cirugía, que efectivamente estaban influyendo sobre los niveles de ansiedad prequirúrgica, de acuerdo a lo reportado por los pacientes. Algunas de las fantasías

de los pacientes giraban en torno a la posibilidad de quedar inválidos tras la operación, a no poder moverse por muchos meses, quedar en peores condiciones y acerca de fallas en la efectividad de la anestesia. La causa principal de estos miedos fue la falta de información adecuada acerca del proceso que vivirían, o poca comprensión de la misma, y mitos compartidos entre integrantes de la familia.

Por otra parte, los padres en varias ocasiones manifestaron culpa, ya sea por no advertir a tiempo la patología o porque los pacientes, ante la resistencia a la cirugía, culpaban explícitamente a sus padres por hacerles pasar por esa experiencia.

Finalmente, en cuanto a la metodología utilizada, en primer lugar se optó por aplicar el test de la Figura Humana (FH), sin embargo, en algunos casos esta prueba no era la más adecuada en aquellos casos que presentaron altos montos de ansiedad inicial. En consecuencia, se le dio la opción a los profesionales de escoger o aplicar el test de la FH o un dibujo libre, que facilitara la intervención en crisis.

b) Intervención Intrahospitalaria

Se trató de una intervención muy acotada, en tanto las condiciones en las que se encuentran los pacientes en este período, obstaculizan una intervención de este tipo y frecuencia. Es así como la mayoría de los pacientes visitados se encontraban sedados por los calmantes administrados o sufriendo en ese instante intensos dolores, y por lo tanto, en estos casos, el trabajo se realizó fundamentalmente con los padres. Con ellos se realizó una labor de contención, ya que se observaron muy angustiados al ver a sus hijos con dolor, junto con encontrarse ellos mismos cansados física y emocionalmente de acompañarlos a diario. Además, los pacientes suelen mostrarse irritables y demandantes en esta etapa producto del impacto psicológico de la cirugía, el dolor y la hospitalización, lo que muchas veces no es bien tolerado por los familiares.

Un obstaculizador de esta etapa fue que, debido a la dificultad para coordinar horarios, los psicólogos sólo podían ir a visitar a sus pacientes una vez durante el período de hospitalización, lo que en ocasiones coincidió con los momentos en que los pacientes

dormían o los padres tomaban un descanso. Es por esto que se deberían contemplar aumentar el número de visitas, con el fin de abordar tanto a los pacientes como a sus padres.

c) Control Post quirúrgico

Realizar el seguimiento completo de cada paciente resultó muy difícil, debido a diversas causas, tales como: dificultad de coordinación horaria, cambio de fechas, etc. Además, las condiciones en que se efectuó el control no fueron las apropiadas, debido a que los pacientes ese día acuden a retiro de puntos y deben realizar acciones concretas para que les otorguen el alta. En este contexto, los padres, por lo general, se encontraban pendientes de los trámites, lo que se sumó a la falta de box o a la negativa de acudir al lugar por estar esperando a alguien del personal del hospital. En consecuencia, la evaluación debía efectuarse en el pasillo, limitando la efectividad de la misma.

Valor y aportes de la intervención

Si bien, hasta hace poco tiempo existían prácticas similares dentro del HLCM (como la psicoprofilaxis quirúrgica en Anestesia, llevada a cabo por practicantes de la Unidad de Psicología), el proyecto piloto de escoliosis, permitió conocer y aplicar esta metodología de mejor manera, haciendo más específica y sistemática su aplicación, en miras de lograr en un futuro, estándares internacionales en esta materia.

Así mismo el valor de esta experiencia radica, en primer lugar, en la aspiración de lograr entregar una atención de mejor calidad a los pacientes que se atienden en el Sistema Público de Salud, abarcando necesidades poco vistas desde paradigmas tradicionales anteriores, donde el bienestar del paciente se centraba exclusivamente en su recuperación física. Hoy por hoy, se reconoce que las intervenciones quirúrgicas en particular, y los contextos médicos en general, generan un impacto psicológico (mayor o menor, dependiendo de los factores protectores y de riesgo de cada paciente), que es posible de mitigar. Además, este objetivo es coherente dentro del "Modelo de Atención de Salud Amigable para Niños", que ha implementado este recinto de salud desde el año 2009.

Si bien los resultados cuantitativos de esta experiencia no son concluyentes en sí mismos, las entrevistas clínicas, observaciones, reportes y evaluación del personal del hospital, permitirían dar cuenta de su utilidad en términos de la experiencia subjetiva de cada paciente.

Al respecto, el Dr. José Grass, del Hospital Luis Calvo Mackenna, en comunicación personal, enero de 2010, comenta que,

“La intervención por parte de un equipo de psicólogos, en las etapas en las que se comunica al paciente que requiere una operación, durante el periodo preoperatorio inmediato y finalmente durante el post operatorio reciente y tardío, es claramente beneficioso para la salud mental de todo el grupo familiar. El Plan piloto de psicoprofilaxis quirúrgica en escoliosis, desarrollado por los psicólogos en el HLCM desde agosto a noviembre de 2010, demostró ser de mucha utilidad. Además, mejoró en forma importante la percepción que tienen los beneficiarios afectados, sobre la calidad de atención que otorga el Sistema Público de Salud. Es por esto que la permanencia del programa se hace necesaria”.

Por otra parte, para poder mejorar lo que ya se hizo y plantear iniciativas similares a futuro, se hace necesario revisar cuáles fueron las dificultades en la implementación.

Desde el hospital

1. Falta de Recursos

En un comienzo no existían salas disponibles para atenciones psicológicas, para luego hacer uso de un box dentro del mismo recinto hospitalario. Sin embargo, no poseía la infraestructura necesaria para este tipo de intervención, debido a que carece de una estructura que separe ambientes, de manera de poder atender a más de una persona a la vez, resguardando la intimidad y confidencialidad que cada paciente merece. Asimismo, resulta poco expedito conseguir salas distintas cada día, ya que tanto los pacientes como los profesionales ocupan parte de su tiempo en esperar a que se resuelva esta situación, en desmedro del tiempo destinado a la atención.

2. Dificultad en la planificación de cirugías por mes

La planificación del calendario de cirugías e ingresos está sujeta a múltiples contingencias, lo que dificulta la organización del proyecto. Algunas de éstas son: pacientes que viene de fuera de Santiago y que deben coordinar distintas instancias médicas, cambios en la fecha de cirugías (por suspensión, cupo libre, horario del médico, entre otros), paro de funcionarios públicos, actividades académicas del cuerpo médico, suspensión de ingresos en el mes de octubre, aumento inesperado de la demanda por día, suspensión de ingresos por falta de personal, entre otros.

Existe una gran variabilidad en las fechas de cirugías, lo que repercute en cambiar también las fechas de las otras intervenciones psicológicas y conseguir coordinar el horario de los profesionales, para que la mayor cantidad de pacientes posible puedan acceder a este servicio. Además, existe una gran variabilidad de los pacientes que se atienden por día, aumentando el tiempo de espera por aumento de la demanda, falta de salas y profesionales disponibles para dar respuesta a esta contingencia. En el proceso de espera, sucede también, que algunos pacientes prefieren retirarse, perdiendo la oportunidad de participar del proyecto.

3. Dificultad para realizar el seguimiento de los casos

Se desprende del punto anterior; los controles post quirúrgicos resultan especialmente difíciles de realizar, además del eventual cambio de fecha, debido a que los pacientes deben realizar ese mismo día una serie de acciones que son partes del procedimiento para obtener el alta, por lo tanto, o no tienen el tiempo suficiente o están concentrados en actividades administrativas de alta médica. Además, en ocasiones sucede que no hay disponibilidad de salas, porque existe un tope de horario con los ingresos. Por otra parte, la ficha clínica del paciente es utilizada por varios profesionales ese día, por lo que resulta dificultoso coordinar para poder dejar una copia de la ficha de registro.

Todo lo mencionado con anterioridad, podría relacionarse con el hecho de que se trató de un proyecto piloto, cuya participación fue voluntaria, por ende, no

existía un protocolo que facilitara una debida atención de pacientes.

4. Dificultad para encontrar a los pacientes en el periodo post-operatorio

Debido a la alta demanda de pacientes, se tiende a optimizar los espacios reubicándolos de acuerdo a la disponibilidad de las salas. Por lo tanto, ocurrió en algunos casos que no se pudo ubicar a los usuarios porque se encontraban en otros sectores dentro del mismo hospital.

Desde el equipo de trabajo

1. Variabilidad de horarios de los psicólogos del equipo

Debido al carácter voluntario de la participación de los psicólogos que llevaron a cabo este proyecto, fue difícil coordinar un horario y mantenerlo a lo largo del tiempo, así como poder asegurar un debido seguimiento de los casos.

2. Dificultad para valorar la ansiedad a través del auto reporte

Uno de los objetivos de la intervención fue evaluar el grado de ansiedad pre quirúrgica. Para esto se utilizó una escala de auto reporte administrado en la primera entrevista. Sin embargo, se advirtió que existe un grupo de pacientes que niegan conscientemente su ansiedad o incluso, algunos no han tomado contacto con la emoción que suscita la intervención quirúrgica. En estos casos, el auto reporte pierde validez.

3. Dificultad para pesquisar casos que presenten complicaciones psicológicas

Ya que el control coincide con el retiro de puntos, a los 15 días de la cirugía, todas las reacciones que pueda tener el paciente son consideradas "normales", por encontrarse aún muy cercana temporalmente la situación traumática. Para lograr este objetivo, se requeriría realizar otra evaluación tras 6 meses de realizada la intervención quirúrgica.

VI. CONCLUSIONES Y PROYECCIONES

El presente proyecto piloto sufrió varios cambios a lo largo de su implementación debido a que se realizaron ajustes con el fin de entregar una oferta de intervención acorde a las necesidades y condiciones en Sistema Público chileno. Así mismo, el proyecto buscó adecuarse constantemente a los lineamientos que el Hospital Luis Calvo Mackenna para ser un Hospital amigable con los niños.

A nivel cualitativo, se observa que el programa de psicoprofilaxis en el ámbito hospitalario significa un beneficio tanto para el paciente que se opera como para la familia que lo acompaña. Esto debido a la carencia de información que manejan los consultantes, como la dificultad que tienen los padres para transmitir información de alta complejidad médica de modo comprensible a sus hijos.

Así mismo, la experiencia mundial ha mostrado que la preparación psicológica previa a la cirugía, el acompañamiento durante el transcurso de esta y las intervenciones post operatorias repercute en la recuperación post-operatoria de quienes reciben atención psicoprofiláctica. Los beneficios más claros han sido la reducción en la estadía en el hospital, menor ingesta de analgésicos y una mejor relación médico-paciente.

Si bien el carácter experimental ya mencionado de esta iniciativa obstaculizó la generación de resultados cuantitativos que avalaran en términos estadísticos su efectividad, ambos antecedentes mencionados previamente permiten concluir e incentivar a que se genere una nueva área de investigación en temáticas de psicología de la salud en el ámbito hospitalario.

Así mismo, permite generar precedentes para generar e investigar en intervenciones quirúrgica menores (tales como las odontológicas) mayores (amputaciones) o patologías que pudieran abarcar múltiples cirugías (reconstructivas, oncológicas, etc.), así como en intervenciones quirúrgicas en adultos.

Una vez logrado generar mayor cantidad de antecedentes estadísticos, es posible proponer incluir sesiones de psicoprofilaxis dentro de las atenciones entregadas por FONASA.

Concluimos con algunas recomendaciones para mejorar y optimizar el servicio dentro de una posible proyección del proyecto.

1. Protocolización del proceso:

A nivel administrativo, se propone integrar la opción de asistir a una sesión de psicoprofilaxis dentro del protocolo de procedimientos prequirúrgicos, debido a que en ocasiones no se le comunica al paciente y su familia acerca de posibilidad de recibir esta prestación por lo cual los consultantes pierden la opción de tomar este servicio y que en ocasiones las familias desean evitar cualquier conversación con el paciente, motivado por la fantasía de estar evitando que el niño, niña o adolescente se preocupe por su operación, sin enfrentar adecuadamente la situación. Esto y otros aspectos son los que se quieren evitar al postular este servicio como uno de los pasos a seguir en el protocolo prequirúrgico, de manera que sea comunicado desde el comienzo ya sea por el médico tratante o por la enfermera jefe y, más tarde, sólo recordado y agendado por la secretaria.

2. Nuevo sistema de calendarización de pacientes

Se propone el uso del correo electrónico para la comunicación interna entre secretaria y psicólogos, ya que resulta difícil realizar un contacto telefónico a tiempo para realizar cambios en los horarios. Así también, se puede elaborar un calendario electrónico de uso común que permita conocer de antemano la planificación.

3. Reorganizar turnos de los profesionales

En vez de que cada profesional realice el seguimiento de sus pacientes, se propone que haya al menos un psicólogo a cargo por día, de manera que el profesional de turno sea el encargado tanto de atender los ingresos como a los controles que correspondan a ese día. Asimismo, se puede realizar más de una visita intrahospitalaria, lo que implicaría un trabajo de mayor profundidad tanto con el paciente como con su familia.

4. Control post quirúrgico a los 6 meses

Como se mencionó anteriormente, a los 15 días después de la cirugía no se pueden observar reacciones

desadaptativas, por lo tanto, se podría acoplar al control médico posterior un control psicológico. De esta manera, se podría observar de forma más objetiva las complicaciones psicológicas y/o de adaptación a la vida cotidiana que requieran de atención especializada.

5. Mejorar métodos de evaluación de ansiedad y dolor

Se sugiere incorporar nuevas formas de evaluar ansiedad y dolor, que minimicen los sesgos del auto reporte y, a la vez, entreguen información útil para el diseño de la intervención. Por ejemplo, esto se puede lograr incorporando variables que sean reportadas por el observador, como serían la dimensión cognitiva, comportamental y relacional de la ansiedad. En cuanto al dolor, se puede incorporar el uso de la escala EVA, que se encuentra validada en nuestro país.

6. Ingresar al preoperatorio con los pacientes

De acuerdo a lo reportado por los pacientes, el momento de mayor ansiedad es el ingreso a pabellón. Si bien al momento de realizar el presente proyecto se contaba con psicólogos practicantes en anestesia, por las diferencias de horario, la mayoría de las veces los pacientes que ingresan a cirugía de escoliosis se quedan sin este apoyo. Siguiendo los mismos principios dicha intervención, sería altamente recomendable que el paciente pudiese ingresar a pabellón con un profesional con el cual ya ha establecido un vínculo y represente una figura de seguridad y contención dentro del contexto hospitalario.

CONFLICTOS DE INTERESES: NINGUNO.

REFERENCIAS

1. Aguilera, P y Whetsell, M. La Ansiedad en Niños Hospitalizados. *Aquichan (Colombia)*. 2007; 7 (2): 207-218.
2. Sjöling, M., Nordahl, G., Olofsson, N., & Asplund, K. The Impact of Preoperative Information on State Anxiety, Postoperative Pain and Satisfaction with Pain Management. *Patient Educ Couns*. 2003; 51(2): 169-76.
3. Pedreira, J. Psicoprofilaxis Quirúrgica en la Infancia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatr*. 1988; 8(27): 581-593.
4. Hospital Universitario Austral [en línea]. Argentina: Ferraro; 2010 [accesado 5 Enero 2011]. Cuando lo que cura, asusta. Disponible en: <http://www.hospitaulstral.edu.ar/novedad.asp?iNoticia=385>
5. Barredo, C. y Camacho, V. Los derechos de los niños en el escenario de los cuidados quirúrgicos y anestésicos. Revisión del tema. [en línea]. Cuba: Sociedad cubana de anestesiología y reanimación; 2006. [accesado 3 Enero 2011]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/scar/vol5/no1/scar11106.pdf>
6. Laham, M. El Tratamiento Psicocardiológico. [en línea]. Instituto de Psicocardiología, Argentina: Federación argentina de cardiología; 6º congreso de cardiología; 2009 [accesado 3 Enero 2011]. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/6cvc/llave/c283/lahamm.php>
7. Stricker, S. Desalineación de la columna vertebral juvenil. Parte 1: escoliosis juvenil ideopática. *Int Pediatr*. [en línea]. 2002 [accesado 3 Enero 2011]; 17(1): [13-20]. Disponible en: <http://www.medilegis.com/bancoconocimiento/R/Revista-Int-pediatrics/Int-Pediatrics-columna.htm>
8. Fundación Kovacs. Evaluación de la eficacia y seguridad de los tratamientos no quirúrgicos de la escoliosis del adolescente. [en línea]. España; 2005 [accesado 4 Enero 2011]. Disponible en: http://www.kovacs.org/inv_medica/EscoliosisAdo.asp
9. Fernández, A. Alteraciones psicológicas asociados a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología (Pozuelo de Alarcón)*. [en línea]. 2004 [accesado 29 Enero 2012]; 1 (2-3): [169-180]. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404120169A/16214>
10. Alonso, J. Programa de Preparación Psicológica en Cirugía Infantil Programada. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*. 2005; 3 (1): 56-70.
11. Berazategui, R., Dearmas, A., Perillo, P., Rodríguez Velázquez, M., Sauto, S., Suárez, A. et al. Trabajo de Investigación en Psicoprofilaxis Quirúrgica Pediátrica. Primera experiencia nacional. *Arch Pediatr Urug*. (Uruguay) 2005; 76 (1): 27-37.
12. Li, H., Lopez, V., & Lee, T. Psychoeducational Preparation of Children for Surgery: The Importance of Parental Involvement. *Patient Educ Couns*. [en línea]. 2007 Ene [accesado 29 Enero 2012]; 65(1): [34-41]. Disponible en: <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/pediatweb484.htm>
13. Vanina, N. Las tesinas de Belgrano. Psicoprofilaxis quirúrgica en niños. [en línea]. Argentina: Universidad de Belgrano; 2003 [accesado 29 Enero 2012]. Disponible en: http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/69_solano.pdf
14. Cwaigenbaum de Hoffnung, D. La Psicoprofilaxis Quirúrgica Infantil. Una tarea preventiva. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales (España)*. [en línea]. 2001 [accesado 29 Enero 2012]; 2: [40-44]. Disponible en: <http://www.psicomotricidadum.com/>
15. Besada, M., Covaro, J.A., García, S., Lado, M. C., Makler, C., Mucci, M. Ya no se cortan solos los cirujanos. Experiencia de psicoprofilaxis quirúrgica en un hospital público [en línea] 1999 [accesado 5 Enero 2011]. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/2000/suple/psico/00-01/00-01-06/psico01.htm>

ANEXOS

Tabla 1:
Media de puntajes likert de atributos evaluados durante las entrevistas (M),
junto con sus desviaciones estándar (SD).

	Entrevista 1		Entrevista 2		Entrevista 3	
	M	SD	M	SD	M	SD
Animo	3	0,8	2,58	0,51	3,3	0,95
Actividad	3,19	0,9	2,42	0,67	2,5	0,71
Sueño	3,35	0,8	2,64	1,21	2,9	0,88
Alimentacion	3,35	0,85	2,73	0,47	3,11	0,78

Fig. 1:
Avance de los niveles de atributos evaluados. Puede observarse una depresión generalizada durante el
periodo de la tercera evaluación, junto a un aumento observable en casi todos los atributos menos el nivel
de actividad, por la necesidad de reposo.

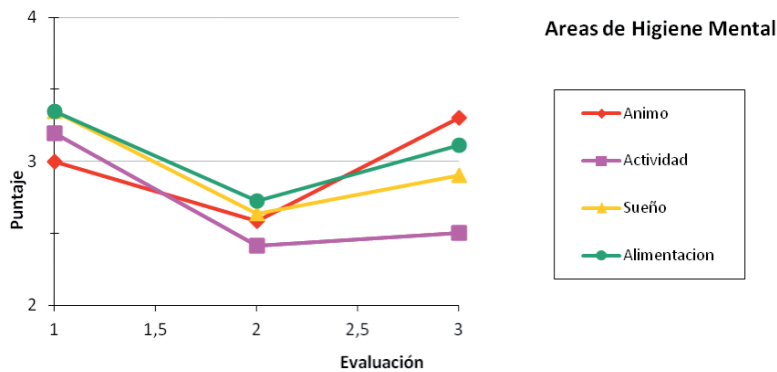


Fig. 2:
Niveles de distintas áreas de higiene mental medidas durante las evaluaciones (Eval 1, 2 y 3).

