1970

c3

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Dup

"ASPECTO PSICOLOGICO DEL PACIENTE EN EL PRE-OPERATORIO"

JOSE LEONEL RODAS OROZCO

PLAN DE TESIS:

I.- INTRODUCCION

II.- MATERIAL Y METODOS

III.- CASUISTICA

A) DEMOSTRATIVA (6 CASOS)

B) GENERAL (ESTADISTICA DE 100 CASOS)

IV.- ASPECTOS PSICOLOGICOS ENCONTRADOS

V.- DISCUSION Y CONSIDERACIONES GENERALES

VI.- CONCLUSIONES

VII.- RECOMENDACIONES

INTRODUCCION

Me parece inconcebible que en la época de la Medicina Moderna en que se hacen trasplantes de corazón, riñones, plastias de órganos delicados como el oído, cuando las pruebas de exámenes de laboratorios y exámenes radiológicos han alcanzado gran perfección, se practique intervenciones quirúrgicas a personas sin una previa evaluación de su estado psíquico, el cual está integrado por factores familiares sociales, económicos, afectivos, etc., que pueden influenciar los resultados prácticos de la cirugía en forma positiva o negativa, de acuerdo a como hayan sido investigados y orientados.

Sin embargo a pesar de que esta evaluación no se lleva a cabo como rutina, los resultados en la gran mayoría de los casos quirúrgicos no se ven afectados, debido a que el número de pacientes en los cuales el factor Psicológico puede influenciar es relativamente pequeño.

Al iniciar este trabajo surge en nuestra mente la pregunta: ¿Es realmente la afección física el problema fundamental de cada paciente? O es acaso posible ir más lejos y afirmar, como lo hace Franz Alexander que el ulceroso es un Hiperactivo ávido de responsabilidades que lucha en contra de su posibilidad fundamental, el Hipertenso un individuo de apariencia tranquila que inhibe su agresividad, el asmático un susceptible cuyo desarrollo afectivo ha sido axfixiado desde la infancia por una estrecha dependencia de la Madre o un substituto Materno. Sería preciso que dichos esquemas fueren verificados actualmente por la práctica médica en general, porque este intento de caracterización no deja de presentar un interés real, no sólo teórico sino también práctico en el que la medida de los comportamientos psicológicos provocados, a propósito ciertos tipos de neurosis vegetativas no son innatas, sino que en cierto modo son dadas por una institución determinada, o se adquieren en el curso de la evolución de un individuo, bajo la presión de hechos acontecidos y hechos institucionales, es decir, ligados a instituciones sociales, especialmente a la educación recibida en el hogar o grupo familiar.

Uno de los principales méritos del psicoanálisis y sobre todo del psicoanálisis culturalista, tal como se ha desarrollado en los Estados Unidos bajo la influencia de Fromm, Kardiner, Sullivan, es haber demostrado que tendencias psicobiológicas consideradas como efecto de la naturaleza, son en realidad producto de la cultura y dependen de la historia de las relaciones del individuo con el grupo y los otros individuos que lo componen.

El diálogo entre el biologismo y el culturalismo está lleno de enseñanzas para el patólogo psicosomático.

La tendencia a la agresividad o a la pasividad, a la dependencia o independencia, a la exhibición o inhibición, las costumbres alimentarias y sexuales y su significación simbólica en función de los hábitos adquiridos en la infancia y en el curso de la educación, no vienen determinados solo por una infraestructura psicológica y social adquirida bajo la influencia del medio y las reacciones al medio que modifican las instancias elementales.

Ahora bien esto tiene consecuencias de orden terapéutico, puesto que lo que es innato es inmutable, pero lo que es adquirido puede modificarse. No pretendemos inculpar a los cirujanos de dejar en segundo término el aspecto psíquico de su paciente, porque comprendemos que en la época actual están siendo formados a base de un entrenamiento en el que no se toma muy en cuenta el aspecto psíquico, pero sí queremos enfatizar que dichos aspectos deben adquirir cada vez más relevalncia en beneficio del paciente mismo.

MATERIAL Y METODOS

El material estudiado estuvo constituído por cien pacientes ingresados en salas de Cirugía del Hospital General, de los cuales cincuenta eran del sexo femenino y cincuenta del sexo masculino; no fueron seleccionados, sino que se estudiaron de acuerdo a su orden de ingreso a las salas respectivas.

El método empleado fue la entrevista personal, que considero dio resultados satisfactorios en la investigación.

Originalmente se había pensado trabajar de acuerdo al esquema del Dr. W. Zung para medir la depresión, que es el que se presenta en la página siguiente:

	Muy pocas veces	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Continuamente	
1. Me siento abatido y melancólico	(1)	(2)	(3)	(4) ✓	4
2. En la mañana me siento mejor	(4)	(3) ✓	(2)	(1)	3
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar	(1)	(2)	(3) ✓	(4)	3
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche	(1)	(2)	(3) ✓	(4)	3
5. Como igual que antes solía hacerlo	(4)	(3)	(2) ✓	(1)	2
6. Todavía disfruto de las relaciones sexuales	(4)	(3)	(2) ✓	(1)	2
7. Noto que estoy perdiendo peso	(1)	(2) ✓	(3)	(4)	2
8. Tengo molestias de constipación	(1) ✓	(2)	(3)	(4)	1
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre	(1)	(2)	(3) ✓	(4)	3
10. Me canso sin hacer nada	(1)	(2)	(3) ✓	(4)	3
11. Tengo la mente tan clara como antes	(4)	(3)	(2) ✓	(1)	2
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro	(4) ✓	(3)	(2)	(1)	4
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto	(1)	(2)	(3) ✓	(4)	3
14. Tengo esperanza en el futuro	(4)	(3) ✓	(2)	(1)	3
15. Estoy más irritable de lo usual	(1)	(2)	(3) ✓	(4)	3
16. Me resulta fácil tomar decisiones	(4)	(3) ✓	(2)	(1)	3
17. Siento que soy útil y necesario	(4)	(3) ✓	(2)	(1)	3
18. Mi vida tiene bastante interés	(4)	(3) ✓	(2)	(1)	3
19. Creo que les haría un favor a los demás muriéndome	(1) ✓	(2)	(3)	(4)	1
20. Todavía disfruto con las mismas	(4) ✓	(3)	(2)	(1)	4
					55 *

* Los números entre paréntesis significan el valor semiológico para la automedición de la depresión (AMD) y la columna de números fuera del cuadro nos muestra el ejemplo de un paciente ya calificado cuya depresión es leve de acuerdo a tabla respectiva.

El esquema del Dr. W. Zung puede ser útil al médico y al cirujano en general, porque utilizando un mínimo de tiempo y con personal no entrenado en el manejo de problemas psiquiátricos, es práctico y daría una guía para orientarse en este terreno; sin embargo pensamos que hacer esta serie de preguntas a un paciente limitaba nuestra relación con él, y hacía muy escueta la información, por lo que nos decidimos por una entrevista un poco más amplia y de ésta extractar los datos que figuran en el esquema siguiente:

Edad
Sexo
Motivo de consulta
Antecedentes importantes
Idea del pte. respecto a su afección y causa probable
Actitud mental frente a operación
Psicofármacos
Metas psicológicas
Actitud durante entrevista
Capacidad intelectual
Carácter
Estado Anímico
Sentimiento respecto a hospitalización
Personalidad

CASUISTICA

En este capítulo describiremos dos partes:

A) Casuística Demostrativa de 6 casos.

B) Casuística General (Estadística de los 100 casos).

Los cien pacientes estudiados se clasificaron en cuatro grupos:

I.- Pacientes con afección orgánica crónica que ameritaba cirugía.

II.- Pacientes con afección orgánica, aguda o crónica agudizada, que ameritaba cirugía.

III.- Pacientes con afección orgánica aguda o crónica que ameritaba cirugía, pero con componente psicosomático predominante.

IV.- Pacientes con manifestaciones psicosomáticas que se presentan como cuadro clínico orgánico-quirúrgico, sin afección orgánica evidente.

De los tres primeros grupos se escogió un caso de cada sexo para discutirlo, ya que describir los cien sería tedioso, del cuarto grupo no hubo pacientes hospitalizados. Se comentará el caso típico que amerite el desarrollo del tema.

A) **Casuística Demostrativa:** Los siguientes 6 casos se describen en forma continua, habiendo sido seleccionados de los cien que fueron tabulados.

Ejemplo del grupo No. 1

(Paciente con afección orgánica crónica)

Edad:	29 años
sexo:	Masculino
Motivo de consulta, duración y urgencia:	Hace cuatro meses cuando trabajaba en la Granja de Adiestramiento para ciegos (Sta. Lucía), sintió dolor urente en región inguinal derecha, el cual se ha acentuado con el tiempo y ejercicio, por lo que lo llevaron al Hospital en donde le diagnosticaron Hernia inguinal indirecta derecha; no ha notado masa.

Antecedentes de importancia:	Ciego de nacimiento, pese a eso trabaja como agricultor por su cuenta, lee y escribe el Brayle, dos hermanos son también ciegos de nacimiento.
Idea del paciente con respecto a su enfermedad y causa probable.	Creyó que era una úlcera del estómago.
Actitud mental frente a la operación	Confía en los Cirujanos que lo van a operar, quiere que sea lo más pronto posible, pues desea volver a trabajar a su granja.
Psicofármacos:	No
Metas Psicológicas:	Lo que más desea es curarse para poder trabajar.
Actitud durante la entrevista:	Participa activamente en la conversación, se ve animado, pese a su ceguera es extrovertido.
Capacidad intelectual, instrucción:	Muy satisfactoria, lee y escribe Brayle.
Carácter:	Extrovertido, colaborador, habla bastante de sí mismo, existe cierta tendencia a la Megalomanía.
Estado Anímico:	No parece afectarle lo de la operación, es más, "Desea que sea pronto".
Sentimientos respecto a Hospitalización:	Lo tratan bien todos los médicos y enfermeros, son muy buenos pero se siente mal por estar inactivo; "Los señores enfermos son muy serviciales"
Personalidad:	Marcada tendencia *Esquizoide.*

Ejemplo del grupo No. II.

(Paciente con afección orgánica aguda)

Edad:	16 años
Sexo	Masculino
Motivo de consulta, duración y urgencia:	Dolor súbito tipo cólico en Hipocondrio derecho sin propagación o modificación en 6 días de evolución.
Antecedentes importantes	Negativo.
Idea del paciente con respecto a su enfermedad y causa probable:	Creyó que era *"Aire"*
Actitud mental frente a la operación:	Todo lo que desea es curarse.
Psicofármacos:	No
Metas Psicológicas	?
Actitud durante la entrevista:	Ansioso, facies dolorosa.
Capacidad intelectual, instrucción:	Estudia prevocacional.
Carácter:	?
Estado Anímicco:	Ansioso.
Sentimientos respecto a Hospitalización:	?
Personalidad:	?+

+ *No se pudieron completar datos porque el paciente fué intervenido de urgencia, se interrogó pues es raro ver este tipo de paciente en servicios internos de cirugía.*

Ejemplo del Grupo No. III

(Paciente con afección orgánica y componente psicosomático)

Edad:	17 años
Sexo:	Masculino
Motivo de consulta, duración y urgencia:	Salida de sangre rutilante por el ano al defecar, acompañada de material purulento, dolor de poca intensidad, de 4 meses de evolución.
Antecedentes importantes:	Papilomas, Blenorragia rectal hace 2 años; familiares: Padre muy rígido y estricto con ellos, su trato es muy seco; Homosexual, tiene un amante casi de su misma edad.
Idea del paciente con respecto a su enfermedad y causa probable:	Creyó que era una enfermedad venérea
Actitud mental frente a la operación.	Siente miedo y pena, más que todo porque tiene que estudiar; come y duerme bien.
Psicofármacos:	No
Metas Psicológicas:	Lo que más desea es operarse para poder trabajar.
Actitud durante la entrevista:	Participación activa con tendencia exhibicionista, habla de su Homosexualidad sin preocupación.
Capacidad intelectual, instrucción:	Más o menos satisfactoria.
Carácter:	Tímido, Colaborador.
Estado Anímico:	Deprimido.
Sentimientos respecto a Hospitalización:	El Hospital le parece bueno, el servicio de médicos y enfermeras es satisfactorio.

Personalidad:	Histérica.

De este caso se hará un comentario al final de la Casuística Demostrativa.

Ejemplo del Grupo No. I

(Paciente con afección orgánica crónica)

Edad:	44 años
Sexo:	Femenino.
Motivo de consulta, duración y urgencia:	3 años de evolución de dolor en Hipocondrio derecho, tipo cólico, que se exacerba con ingesta de alimentos grasos, sensación de llenura, flatulencia post-prandial, a veces se alivia con alka-seltzer.
Antecedentes importantes:	Amigdalectomía en su infancia.
Idea del paciente con respecto a su enfermedad y causa probable:	Pensó que era la vesícula o bien Gastrítis.
Actitud mental frente a la operación:	Le asusta un poco pero prefiere operarse y curarse, su apetito ha disminuído, duerme poco, ha presentado diarrea que no tenía.
Psicofármacos:	Ha tomado Anatensol y Valium en varias ocasiones por sus nervios.
Metas Psicológicas:	Quiere que sus hijos estudien y se gradúen.
Actitud durante la entrevista:	Un poco nerviosa, colaboradora, toma parte activa.
Capacidad Intelectual, instrucción:	Estudió sexto año primaria, su capacidad intelectual es satisfactoria.
Carácter:	Un poco fuerte, "dice la gente que es un poco enojada", pero es amable, colaboradora.

Estado Anímico:	Tensa, nerviosa, intranquila.
Sentimientos respecto a Hospitalización:	Se siente como en el "Aire", pero el Hospital es bueno. Le satisface el servicio médico y de enfermería, los médicos son muy capaces y tratan bien a sus pacientes.
Personalidad:	Características Compulsivas.

Ejemplo del grupo No. II

(Paciente con afección orgánica aguda)

Edad:	52 años
Sexo:	Femenino
Motivo de Consulta, duración y urgencia:	Dolor cólico en el Hipocondrio derecho, propagado al hipocondrio izquierdo y espalda en dos ocasiones en los últimos 20 días.
Antecedentes importantes:	Histerectomía abdominal, apendicectomía profiláctica hace más o menos 6 años, H.G.; Un hijo se mató ante ella "Pegándose un tiro", quería que una su hija estudiara Secretariado pero se casó y ya no lo hizo.
Idea del paciente con respecto a su enfermedad y causa probable:	Cree que fué por una cólera.
Actitud mental frente a la operación:	Desea curarse, ver lo que definitivamente tiene.
Psicofármacos:	No.
Metas Psicológicas:	Todo lo que desea es estar sana
Actitud durante la entrevista:	Tranquila, colaboradora, hay en su actitud tendencia a la coquetería.

Capacidad intelectual, instrucción:	Estudió Sexto año de Primaria, es aceptable de acuerdo a la instrucción recibida.
Carácter:	Amable, colaboradora, sin embargo tiende a llorar con facilidad.
Estado Anímico:	Deprimido.
Sentimientos respecto a Hospitalización:	Se siente feliz aquí, se quería venir para acá para liberarse de sus problemas.
Personalidad:	Tendencia Histérica.

Ejemplo del Grupo No. III

(Paciente con afección orgánica con componente Psicosomático)

Edad:	40 años
Sexo:	Femenino:
Motivo de Consulta, duración y urgencia:	Dolor en la región umbilical de 9 meses de evolución en donde había tenido una hernia desde su primer parto, la cual fué separada quirúrgicamente en 1965; el dolor se ha intensificado desde hace 4 meses.
Antecedentes importantes:	Exploración abdominal 1959; resección de tumor Ovárico en 1965. Familiares: Desde hace más o menos 4 meses ha notado que su esposo se ha alejado de ella, ignora la causa.
Idea del paciente con respecto a su enfermedad y causa probable:	Creyó que era infección del tumor por lo que solicitó operación a facultativo quien estuvo de acuerdo en que se realizara.
Actitud mental frente a la operación:	se siente conforme y contenta porque se va a curar y principalmente porque su esposo se ha tornado más fino, atento y cariñoso.

Psicofármacos:	No
Metas Psicológicas:	Todo lo que desea es vivir bien para poder alcanzar la Vida Eterna.
Actitud durante la entrevista:	Tímida, tranquila, colaboradora.
Capacidad intelectual, instrucción:	Estudió cuarto año de primaria, su capacidad intelectual es media de acuerdo a su instrucción.
Carácter:	Pasiva, tranquila, tiende a actitud profética al hablar.
Estado Anímico:	Se ve tranquila y contenta, lo único que le disgusta es que no la han operado en 8 días de estancia hospitalaria.
Sentimientos respecto a Hospitalización:	Le agrada estar en el Hospital, sólo le preocupan sus hijos que están solos en casa.
Personalidad:	Tendencia Esquizoide.

De este caso se hará un comentario al final de la Casuística Demostrativa.

COMENTARIO DE LOS CASOS

Caso No. 3 Pacientes de Sexo Masculino

Paciente de 17 años de edad que en varias ocasiones ha presentado salida de sangre rutilante por el ano, acompañada de material purulento; en su aspecto psíquico demuestra sentir culpabilidad por su conducta homosexual, la cual condenan sus hermanos y principalmente su madre; parece atribuír parte de su problema a la rigidez afectiva del padre y encuentra en su afección orgánica y tratamiento quirúrgico (Fistulectomía) una forma de castigo..

Caso No. 6 Pacientes de Sexo Femenino

Tal como lo indicaremos en la discusión del tema, en las mujeres el componente Psicológico es mucho más evidente.

Paciente de 40 años que desde hace 4 años presentaba hernia incisional que había sido asintomática, pero que 4 meses antes de su ingreso se tornó dolorosa, el dolor era de tipo urente y aumentó bastante su intensidad; el aparecimiento del dolor coincidió con el alejamiento de su esposo; al internarse en el Hospital su satisfacción era evidente, pues había logrado que su esposo volviera a ser fino, atento y cariñoso; y en cada una de las visitas que le hacía le llevaba "Regalitos".

Este caso demuestra la falta evidente de relación entre la enfermedad orgánica (Hernia pequeña incisional, no estrangulada) y la multiplicidad e intensidad de síntomas, es importante hacer notar que en este tipo de situaciones parece que el dolor, el miedo a la operación o incluso la muerte, pasa a segundo plano, ocupando el primero el componente psicológico de su enfermedad.

B) Casuística General (Estadística de los 100 casos)

1) EDAD	MASCULINO	FEMENINO
13-19 años	5-10o/o	7-14o/o
20-29 años	12-24o/o	11-22o/o
30-39 años	4-8 o/o	13-26o/o
40-49 años	11-22o/o	10-20o/o
50-59 años	9-18o/o	5-10o/o
más de 60	9-18o/o	4-8 o/o

2) *Antecedentes importantes*	*Sexo Masc.*	*Sexo Fem.*
Quirúrgicos	11-22o/o	25-50o/o
Médicos	6-12o/o	3-6 o/o
Negativos o sin importancia	18-36o/o	21-42o/o
Familiares sin correlación aparente	0-0	1-2 o/o

3) *Motivo de consulta, duración y urgencia:*

A) Pacientes con afección orgánica crónica que necesita cirugía	31-62o/o	33-66o/o
B) Pacientes con afección orgánica aguda o crónica agudizada que necesita cirugía	17-34o/o	14-27o/o

C) Pacientes con afección aguda o crónica con manifestaciones psicosomáticas predominantes	2-4 o/o	3-6 o/o
D) Pacientes con manifestaciones psicosomáticas que se presentan como cuadro clínico orgánico quirúrgico	0-0 o/o	0-0 o/o

4) *Impresión del paciente respecto a su afección y causa probable.*

a) De acuerdo a afección orgánica	32-64o/o	30-60o/o
B) Atribuible a condición psíquica (idea de castigo o sentimiento de culpabilidad)	5-10o/o	3-6 o/o
C) Atribuible a causas no especificadas por el paciente	9-18o/o	7-14o/o
D) Causa ignorada totalmente por el paciente.	4-8 o/o	10-20o/o

5) *Actitud mental frente a operación quirúrgica*

A) Optimismo, confianza	30-60o/o	21-42o/o
B) Temor (anestesia, complicaciones post-op.)	18-36o/o	29-58o/o
C) Rechazo	2-4 o/o	0-0 o/o

6) *Uso de Psicofármacos*

A) En el servicio	3-6 o/o	1-2 o/o
B) Uso habitual	3-6 o/o	5-10o/o
C) No usan	44-88o/o	44-88o/o

7) *Metas Psicológicas*

A) Salud, tranquilidad, superación	40-96o/o	50-100o/o
B) Curar con tratamiento médico	2-4 o/o	0-4 o/o

8)*Actitud durante la entrevista*

A) Activa	23=46o/o	29=58o/o
B) Pasiva	27=54o/o	21=42o/o

9)*Carácter*

A) Introvertido	36=72o/o	21=42o/o
B) Extrovertido	14=28o/o	29=58o/o

10)*Estado Anímico*

A) Sin trastornos Psicológicos aparentes	23=46o/o	24=48o/o
B) Depresión	21=42o/o	21=42o/o
C) Angustia	6=12o/o	5=10o/o

11)*Sentimiento con respecto a hospitalización*

A) Atención de personal médico y paramédico satisfactoria.	50=100o/o	50=100o/o

12)*Personalidad, características predominantes.*

A) Anancástica (tendencia compulsiva)	9=18o/o	13=26o/o
B) Paranoides	21=42o/o	4=8 o/o
C) Esquizoide	13=26o/o	10=20o/o
D) Epilptoides	2=4 o/o	3=6 o/o
E) Maníaco Depresivas	3=6 o/o	6=12o/o
F) Histérica	1=2 o/o	14=28o/o
G) No Bien definida	1=2 o/o	0=0 o/o

De los 100 pacientes, 5 hombres y 5 mujeres habían tenido ingresos previos a este Hospital y afirman que éste ha mejorado en todo sentido.

Esta observación de los pacientes es correcta y creemos que se debe a una mejor distribución de enfermos en los Hospitales Nacionales.

IV. ASPECTOS PSICOLOGICOS ENCONTRADOS

	Sexo Femenino	Sexo Masculino
Sin trastornos Psicológicos aparentes	24=48o/o	23=46o/o
Depresión	21=42o/o	21=42o/o
Angustia	5=10o/o	6=12o/o

V. DISCUSION Y CONSIDERACIONES GENERALES

Considero un poco difícil el enfoque de un tema sumamente subjetivo de un terreno eminentemente objetivo como el de la Cirugía; durante la fase de investigación del problema psicológico en el preoperatorio, se encuentran una serie de situaciones, hasta cierto punto características, (1) (2) en grupos de pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica en fecha próxima o determinada.

Estas situaciones están indudablemente determinadas en parte por problemas físicos, influencias familiares, económicas, afectivas, etc., e íntimamente ligadas a características propias de cada tipo de personalidad; en relación a esto están descritas reacciones de tipo psicótico, maníaco-depresivas, esquizofrénicas, etc., y aún más, acentuación o caracterización de tendencias latentes de personalidad que se encuentran en los pacientes.

Fuera de estas reacciones se observan mecanismos psicológicos innatos dignos de tomarse en cuenta como:

---

(1) Parets, A. D. Op. Cit. Bibliografía No. 5, p. 1400
(2) Janis, I. L. Op. cit. Bibliografía No. 2, p. 37

Miedo a la muerte: Que puede llegar a ser pánico, más si esta persona tiene informaciones que hayan sido proporcionadas por gente no relacionada con la cirugía o medicina; a veces este miedo puede ser sumergido en el subconciente, pero en el momento de enfrentarse directamente a una intervención planificada, puede aflorar a la conciencia con mucha más intensidad que antes y producir complicaciones en el tratamiento quirúrgico. (3).

Miedo a Complicaciones En el Post operatorio o durante la intervención, anestesia, etc., y a las que su muerte pueda producir a su familia esencialmente en el orden económico.

Miedo a Incapacidad: Que a veces es tan manifiesto que llega a ser tan catastrófico como la propia muerte. (4).

Miedo al Dolor: En este aspecto el paciente puede a veces dudar que el médico o cirujano sea capaz de aliviar el dolor durante la operación o en el post operatorio, y esto lo inhibe de buscar tratamiento de una afección física que lo necesite o incluso puede originar una depresión intensa, cuando se decide a hacerlo. (5)

Todas estas reacciones traen como consecuencia trastornos de las relaciones personales y a veces reacciones hostiles hacia los profesionales o personas que traten de ofrecerle curación de su afección mediante la cirugía. (6)

En este sentido tiene también importancia el concepto que el individuo tiene de la enfermedad actual y su causa probable, ya que un diagnóstico tiene significación variable según las personas; y los cambios psicológicos guardan relación directa con ese concepto, el cual puede estar influenciado por informaciones provenientes de otras personas que él suponga que tengan su misma enfermedad y/o hayan tenido experiencias desagradables. La tarea del médico es enseñar y demostrar a la persona que su afección o enfermedad no es la misma que la de otra persona, a veces es sumamente difícil evitar éstos conceptos equivocados, pero puede lograrse si estamos preparados para enfrentar estos problemas, en este sentido son de gran valor las actitudes de médicos y enfermeras que deben tratar a los pacientes como personas, porque hay reacciones emocionales causadas por los profesionales que discuten frenta al paciente los signos y síntomas de su

---

(3) Parets, Loc. cit.
(4) Parets, A. D. Op. Cit. p. 14000
(5) Parets, A. D. Loc. Cit.
(6) Titchener, J.. L. Op. Cit. p. 196

enfermedad. Cuando el cuidado médico se hace más complicado, aumenta la tendencia a olvidar que el paciente es una persona no un caso.

Con demasiada frecuencia médicos y enfermeras no logran tratar al paciente como un Ser Humano con personalidad que debe estudiarse, cuyos miedos e inquietudes deben comprenderse y cuyo estado moral ante la enfermedad y todo lo que significa para él debe orientarse, he aquí el valor de la entrevista y el tiempo que deba concedérsele, ya que es el único medio para llegar a un diagnóstico positivo de enfermedad psicofisiológica o al menos determinar la magnitud de su influencia sobre un problema que amerite cirugía.

Tal vez valga la pena aclarar que este estudio está encaminado, no hacia el psiquiatra que está acostumbrado o entrenado para investigar y resolver estos problemas, sino hacia el cirujano general que debe darles mayor importancia en su adiestramiento técnico, si quieren evitarse problemas.

Hay muchos hechos emocionales que el cirujano conoce en las personas que buscan su ayuda por ejemplo, el paciente quirúrgico de repetición es bien conocido de todos los clínicos; hay otras realidades psiquiátricas que posiblemente desconozcan, la mayor parte de cirujanos se sorprenderían al saber que más o menos el 10 o/o de los pacientes que ingresan a un servicio de cirugía están buscando alivio a sus problemas psicológicos como motivo subconsciente básico de tratamiento, aunque sufran afecciones orgánicas para las cuales está indicada la cirugía. También está comprobado que determinantes aparentemente ocultas (temor a anestesia, complicaciones, miedo a morir, etc.) hacen que personas con enfermedades que necesitan cirugía tarden más en buscar tratamiento que aquellos que sufren enfermedades de tipo médico. No es raro escuchar expresiones en toda clase de personas tales como: "No voy a ver al Doctor porque luego me va a encontrar algo y me va a querer operar". Esto significa que el cirujano ha de conocer personalmente los principios básicos de la medicina psicosomática o ha de tener acceso metódico a ellos mediante consejo psiquiátrico. Teóricamente el cirujano debería conocer el valor de la prueba emocional que la cirugía representa para el paciente, percatarse de su tipo de personalidad y las fantasías y mecanismos de defensa que pueda utilizar para resolver la preocupación que la cirugía representa y saber utilizar la energía de su personalidad, así como su autoridad científica, para ayudarlo a conservar su integridad emocional durante el período de hospitalización. (7)

La evaluación de todos estos aspectos demuestra la necesidad de estrechar la relación cirujano-psiquiátra, pero insistimos que en la mayoría

---

(7) Titchener, J. L. Op. Cit. p. 181.

de los casos el cirujano con sus conocimientos básicos de medicina psicosomática debe o deberá ser capaz de orientarse, y adoptar la conducta correcta y estudiar bien los problemas psicológicos de sus pacientes.

Esto nos hace pensar en la necesidad de la educación psiquiátrica de los cirujanos, la cual sería más provechosa si se impartiera en la práctica del internado rotatorio que es cuando se está más en contacto con los pacientes quirúrgicos que en la Escuela de Medicina; es dudoso que pueda enseñarse con amplitud a las nuevas promociones los principios psiquiátricos necesarios, pero cabe esperar que se percaten de la utilidad de la relación cirujano-psiquiatra, que indudablemente dará resultados satisfactorios para el paciente y para los especialistas mismos.

Las indicaciones para la evaluación psiquiátrica del paciente quirúrgico no siempre están claramente definidas y es en estos casos cuando es indispensable la **compaginación Cirujano-psiquiatra** que obviaría complicaciones o problemas que interfieran con los resultados positivos de la Cirugía.

El cirujano, el paciente y el psiquiatra perciben la enfermedad desde su punto de vista. El cirujano es primeramente objetivo, se interesa en la patología y la forma de erradicarla o curarla, el paciente está subjetiva y emocionalmente consciente de su enfermedad, pero ve y siente la forma en que lo tratan, incluso parece que su afección orgánica lo hace más susceptible y consciente de este trato, el psiquiatra se interesa en ambos elementos, subjetivo y objetivo, y con su capacidad ayuda a la adaptación del paciente al problema a que se enfrenta. El papel del psiquiatra en el equipo quirúrgico está bien definido, es indispensable cuando se tenga que comprender y tratar la influencia de la personalidad y sus trastornos en la enfermedad quirúrgica, podría servirnos como ejemplo, pacientes que son sometidos a gastroectomías parciales o totales por úlcera duodenal y que en varias ocasiones, si no en todas, continúan con su mismo problema. (8)

Inicialmente este trabajo se iba a basar en la tabla para medir la depresión propuesta por el Doctor W. K. Zung, pero afortunadamente pudimos darnos cuenta que era más efectiva una entrevista amplia que hacer veinte preguntas prefabricadas, ya que esto resta individualidad a cada paciente, que es lo que más interesa a nuestro trabajo

La investigación se lleva a cabo en salas de cirugía del Hospital General, cuyos jefes de servicio son conocidos por su entusiasmo y apoyo para la realización de este tipo de trabajos.

---

(8) Kolouch, F. T. Op. Cit. Bibliografía No. 4, p. 90.

Con respecto al tipo de entrevista que trató de investigar problemas familiares, sociales, afectivos, sexuales, etc., encontramos cierta resistencia a contestar este tipo de preguntas en la mayoría de personas, pero afortunadamente se les pudo convencer de la importancia que tenían y accedieron en todos los casos. La resistencia fue más marcada en cuanto a que se les practicara un segundo examen físico completo, por lo que en algunos no se hizo, pensando que podía alterar los resultados obtenidos, que para el caso son más importantes.

En cuanto a los factores investigados se hará un pequeño análisis de cada uno de ellos haciendo resaltar su importancia para el desarrollo del tema:

Edad: Este aspecto es importante pero subjetivo, tiene más valor en adultos que son conscientes del hecho al que se van a enfrentar; investigar el impacto que produce la cirugía en niños es mucho más difícil; en ancianos, se observa adaptación más tranquila o conformista de una operación, quizás porque va perdiendo interés en la vida, o porque a veces desean ser operados, independientemente de la necesidad de cirugía como un síntoma de depresión. (9)

Sexo: En mujeres la afección orgánica se acompaña de componentes psicológicos más evidentes, se aplica esto porque a la mujer se le permite más expresión de sus sentimientos. Para los hombres la afección orgánica es más importante porque limita o imposibilita su trabajo y consecuentemente afecta la situación económica familiar. (10).

Instrucción o Educación: La mayor parte de las personas entrevistadas tenían instrucción primaria, una minoría instrucción secundaria, de los analfabetos son relativamente escasos. La instrucción es un factor importante pues no sólo influye en la decisión de buscar tratamiento quirúrgico sino también en la aceptación y adaptación de la operación que necesita.

Motivo de Consulta, duración y Urgencia: es en este punto donde puede encontrarse la diferencia entre la importancia de la afección física y la importancia del componente psicosomático o afectivo como lo demostró la investigación de la duración de la enfermedad, el momento en que se decide a buscar cirugía o tratamiento y las causas que inducen a tomar esta decisión.

---

(9) Swarson, D. W. Op Cit. Bibliografía No. 6, p. 56
(10) Swanson, D. T. Loc. cit.

Antecedentes Importantes: De éstos los más importantes son los quirúrgicos y familiares, pues algunas personas pueden tener actitudes favorables o desfavorables de acuerdo a experiencias anteriores propias o de otras personas y problemas familiares que las indujeran a buscar en la cirugía el escape a su conflicto emocional.(11)

Idea de Afección Orgánica y Causa Probable: Bastante relacionado con el motivo de consulta; en la exposición de su idea acerca de la etiología de su afección, la persona evidencia o aclara la relación de problema afectivo con afección física, es frecuente observar personas que constantemente cambian sintomatología y que incluso no tienen afección orgánica evidente.

Actitud Mental Frente a la Operación: Denota el impacto psicológico que la operación quirúrgica produce sobre el estado emocional de la persona.

Psicofármacos: Se investigó buscando un parámetro entre su uso y los trastornos de la personalidad y su influencia sobre la afección orgánica.

Metas Psicológicas: La importancia estriba en que revela las aspiraciones de una población, en su mayoría de clase media, y los medios conque cuenta para realizarlas.

Carácter: Factor subjetivo que nos interesa al tratar de completar la investigación de los cambios que la idea de operación produce en el carácter o la personalidad.

Actitud Durante la Entrevista: Importante tanto la del médico que debe de tratar de dar confianza a la persona que entrevista, como la de ésta que evidencia con su actitud, problemas emocionales agudos desencadenados por la proximidad de la operación planeada y su permanencia en el Hospital.

Estado Anímico: Este es el punto capital de nuestro trabajo, pues a través de su investigación encontramos los trastornos descritos.

Sentimientos respecto a Hospitalización: La opinión pública con respecto al Hospital General aparentemente es favorable e incluso ha mejorado en todo sentido.

Personalidad: Cada uno de los trastornos psicológicos dependen del estilo y flexibilidad defensivos de la personalidad, antes de la enfermedad, o experiencia quirúrgica.

Por último consideramos este trabajo como un ensayo y esperamos que otros médicos se interesen en el tema y puedan desarrollarlo en forma

---

(11) Swanson, D. T. Op. Cit. p. 56

más completa que incluya también el postoperatorio que es de vital importancia.

CONCLUSIONES

A) De los Casos en especial:

1.- Se estudiaron 100 personas, 50 de sexo masculino, 50 de sexo femenino, ingresados en salas de Cirugía del Hospital General.

2.- **Se clasificaron en 4 grupos:**

I.- Paciente con afección orgánica crónica que ameritaba cirugía.

II.- Paciente con afección orgánica aguda o crónica agudizada que ameritaba cirugía.

III.- Pacientes con afección orgánica aguda o crónica que ameritaban cirugía, pero, con componente psicosomático predominante.

IV. Pacientes con manifestaciones psicosomáticas que se presentaban como cuadro clínico quirúrgico, sin afección orgánica evidente.

3.- Del grupo IV no encontramos pacientes ingresados debido posiblemente a que se clasifican en consulta externa previo ingreso.

4.- Consideramos bueno el esquema del Dr. W. Zung para la automedición de la depresión, pero para nuestro trabajo creemos mejor una entrevista más amplia.

5.- Por razones de espacio se extractaron de esta entrevista los datos más importantes para el tema. En casuística se describen 6 casos: 3 de personas de sexo masculino y 3 de sexo femenino, comentándose los que tengan componente psicosomático más evidente y se transcribe la estadística de los cien casos y no la tabulación completa.

B) Conclusiones del Tema:

1.- Consideramos incompleto el estudio del paciente quirúrgico y del paciente hospitalizado en general, sin una evaluación de su aspecto Psíquico.

2.- Afortunadamente el porcentaje de pacientes quirúrgicos, en que es necesario esta evaluación es pequeño.

3.- Creemos indispensable la compaginación cirujano psiquiatra, especialmente para este pequeño porcentaje para poder obtener mejores logros en la práctica quirúrgica.

4.- Existe una gran mayoría de pacientes que no sufren alteración aparente de su estado psíquico al saber que van a ser intervenidos quirúrgicamente.

5.- El síntoma más frecuente en nuestra casuística y en estudios revisados es la **Depresión.**

6.- Es bastante bajo el porcentaje de pacientes que rechazan en forma definitiva la cirugía, aunque ésta sea imperativa o necesaria.

7.- Este porcentaje ha disminuído considerablemente debido a los progresos de la cirugía y anestesiología, y a la mayor divulgación y comprensión de éstas por el paciente a través del cirujano.

RECOMENDACIONES

1.- Mejor estudio del estado psíquico del paciente por el cirujano y en casos especiales por el psiquiatra, antes de ser intervenido quirúrgicamente.

2.- Mejor educación o divulgación al público, y en especial al paciente sobre los progresos de la cirugía y anestesiología.

3.- Orientación psiquiátrica efectiva a nuevas promociones de cirujanoos.

4.- Establecimiento de un departamento de psiquiatría en todos los Hospitales Generales, ya que de este departamento se beneficiaría no sólo el paciente quirúrgico sino todo paciente Hospitalizado.

5.- Creemos conveniente que en el futuro se hagan otros estudios que incluyen el aspecto psíquico del paciente en el período post-operatorio que es de vital importancia.

BIBLIOGRAFIA

1.- American Psychatric Association, Diagnostic and statistical manual. Mental disorders Boston, Massachusets, Mental Hospital Serv. 1952. 130 p.

2.- Janis, Irving I. The Psychoanalitic study of surgery In: Psychological stress. New York, John Wiley & Sons, 1958. pp. 33-43.

3.- Kaplan, Stanley M. Problemas Psicológicos comunes en Medicina. **In:** Hofflin, Charles K. Tratado de psiquiatría. Trad. por Luis Augusto Méndez. México, Interamericana 1963. pp. 1-23.

4.- Kolouch F.T. Indication for psichiatric evaluation of the surgical patient. J. Lancet. 88:87 90. Apr. 68.

5.- Parents, Albut D. Reacciones emocionales a enfermedades físicas crónicas. Clin. Med. Norteamérica Nov. 1967. pp. 1399-1408.

6.- Swanson, Davis W. Clinical Psichiatric problems associated with general surgery. Int. Psych Clin 4 (2): 53-73, 19.

7.- Fitchener, James L. La Psiquiatría en la práctica de la Cirugía y las especialidades. Series somatopsíquicas. **In:** Hoffling, Charles K. Tratado de Psiquiatría. Trad. Por Luis Augusto Méndez. México, Interamericana 1965. pp. 180-220.

8.- Fitchener, James L. And Maurice Levine. Surgery as a human experience; the psichodynamics of Surgical Practice. New York, Oxford University Press, 1960. 285 p.

Ruth Ramírez de Amaya
Bibliotecaria

Br. José Leonel Rodas Orozco

Dr. Carlos E. Azpuru
Asesor

Dr. Octavio Aguilar
Asesor

Dr. Enrique Morales Ch
Revisor

Dr. Carlos A. Bernhard
Secretario

Dr. César Augusto Vargas
Decano