

Psicoprofilaxis quirúrgica en neurocirugía: experiencia en el Hospital de Clínicas “José de San Martín”

Silvana Garcia, Gilda Di Masi, Juan José Mezzadri, Roberto Zaninovich, Mariano Socolovsky

Hospital de Clínicas José de San Martín, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Introducción: El presente estudio busca evaluar el rol del psicólogo en una unidad de neurocirugía a través de la psicoprofilaxis quirúrgica, una psicoterapia breve diseñada para el paciente quirúrgico durante su internación.

Objetivo: Describir y analizar el trabajo realizado sobre psicoprofilaxis quirúrgica durante 8 años en la División Neurocirugía del Hospital de Clínicas José de San Martín de la Ciudad de Buenos Aires.

Método: Se utilizó un protocolo de asistencia psicoterapéutica que consta de entrevistas clínicas al paciente y su familia durante la internación, asistencia del psicoterapeuta al pase de sala matinal diario, confección periódica de escalas de ansiedad, depresión y tests cognitivos, entrevistas con la familia por separado del paciente y reuniones informativas junto al equipo tratante y la familia. Se tomaron como parámetros de evaluación a la ansiedad, la depresión, la comunicación de la información, los miedos universales y la opinión de los pacientes sobre la utilidad de la misma.

Resultados: Entre los años 2010 y 2018 recibieron psicoprofilaxis quirúrgica 1517 pacientes, todos ellos intervenidos quirúrgicamente por diferentes patologías. El 50% de los pacientes reportaban síntomas de ansiedad antes de la cirugía, dichos síntomas disminuyeron en un 83% después de la intervención psicológica. Lo mismo sucedió con los síntomas de depresión, del 36% del reporte inicial, un 52% mostró mejoría en sus síntomas después de recibir la psicoterapia durante la internación. En cuanto a la comunicación de la información y el tratamiento de los miedos básicos universales, el 84% de los pacientes pudieron recibir la información de forma pausada, con el tiempo suficiente para procesarla y acomodarla sumado al espacio de escucha a sus miedos universales, facilitando su procesamiento. El 82% de los pacientes asistidos calificaron como positiva la presencia de un profesional de la psicología durante la internación.

Conclusión: El balance positivo entre los parámetros objetivos (ansiedad y depresión) y los subjetivos (comunicación de la información, miedos y opinión del paciente) muestran la utilidad de la presencia de un profesional de la psicología en un servicio de neurocirugía hospitalaria de alta complejidad.

Palabras claves: Psicoprofilaxis; Ansiedad; Depresión; Neurocirugía

ABSTRACT

Introduction: The present study evaluated the role of a psychologist in a neurosurgery unit practicing surgical psycho-prophylaxis, a brief psychotherapy intervention designed for surgical patients during hospitalization.

Objective: To describe and analyze the usefulness of surgical psycho-prophylaxis over eight years in the Neurosurgery Division at Hospital de Clínicas José de San Martín.

Method: A protocol of psychotherapeutic assistance was used, consisting of clinical interviews with patients and their families during hospitalization, assisting during morning rounds, evaluating patients anxiety and depression using standardized scales, cognitive testing, and arranging information meetings between the treatment team and patients' families. Evaluated parameters were anxiety, depression, how well information is communicated and universal fears addressed, and patients' opinions about the intervention's usefulness.

Results: Between 2010 and 2018, 1517 patients received surgical psycho-prophylaxis, all of whom underwent surgery for different pathologies. Fifty percent of these patients reported symptoms of anxiety before surgery, which decreased by 83% post psychological intervention. Much the same transpired with symptoms of depression initially reported by 36% and improved in 52% after psychotherapy during hospitalization. Regarding information communication, 84% of patients were able to receive the information slowly, with enough time to process and accommodate it, in addition to affording them ears to hear their fears, facilitating their processing. Overall, 82% of the patients rated the presence of a psychology professional during hospitalization positively.

Conclusion: Addressing both clinical parameters like anxiety and depression, and subtler parameters like the communication of information, and patients' fears and opinions, the presence of a psychology professional in the neurosurgery unit of a tertiary-care hospital was found to be both useful and appreciated by patients.

Key words: Psycho-Prophylaxis; Anxiety; Depression; Neurosurgery

INTRODUCCIÓN

Dentro del ámbito de la psicología de la salud, y más específicamente en el marco de la psicología hospitalaria se desarrolla la psicoprofilaxis quirúrgica, una psicoterapia breve que se brinda al paciente involucrado en un proceso quirúrgico desde el diagnóstico y/o internación hasta que abandona el hospital⁴. Los objetivos de la psicoprofilaxis quirúrgica deben ser a corto plazo:

1. facilitar la incorporación de la información a un nivel

Gilda Di Masi

gildadimasi@gmail.com

Recibido: Julio de 2019. Aceptado: Julio de 2019.

2. proporcionar recursos para afrontar la situación y las preocupaciones que la enfermedad y el tratamiento traen consigo,
3. detectar y tratar los síntomas psíquicos concomitantes,
4. crear un espacio de escucha y contención ante los temores básicos y universales que generan la enfermedad, y
5. acompañar al paciente y entorno para prevenir organizaciones psicopatológicas que la situación quirúrgica pueda acarrear^{3,6}.

OBJETIVO

El objetivo de este artículo es describir y analizar el trabajo realizado sobre psicoprofilaxis quirúrgica durante 8 años en la División Neurocirugía del Hospital de Clínicas José de San Martín de la Ciudad de Buenos Aires.

MATERIAL Y MÉTODO

La División Neurocirugía del Hospital de Clínicas “José de San Martín” de la Ciudad de Buenos Aires se encuentra organizada en secciones: base de cráneo, oncología, vascular, epilepsia, columna, funcional, neurofibromatosis y nervios periféricos. Entre enero de 2010 y enero de 2018 se realizaron 2263 intervenciones neuroquirúrgicas para 2166 pacientes. El 70% de dichos pacientes, es decir 1517, recibieron atención psicológica durante su internación. La población asistida presentó un rango de edad de entre 18 y 96 años, e incluyó la intervención psicoterapéutica del paciente y sus familiares presentes desde su internación hasta la externación. Se ha trabajado también con el entorno del paciente (familia y amigos) en el 94%, un total de 1425 casos. Se deja claro que, en el caso de los pacientes pediátricos, si bien no fueron incluidos en el presente estudio, en muchas ocasiones se brindó asistencia a sus padres o abuelos, de acuerdo a las necesidades particulares de cada caso. El 29% restante -649 pacientes- incluyen individuos que no recibieron atención psicológica por diferentes motivos como ser deterioro del sensorio, derivación posquirúrgica inmediata o muy corta estadía de internación, procedimientos ambulatorios, o cirugías de urgencia. Sólo tres pacientes en el período analizado rechazaron la atención psicológica por tener su propio terapeuta (2 casos) o por motivos religiosos (1 caso, que refirió no requerir la asistencia por estar ya contenido por su fe y sus compañeros).

El protocolo de asistencia psicoterapéutica utilizado se basó en su flexibilidad, pudiendo adaptarse fácilmente a las características del cuadro de cada paciente en particular. El mismo consta de entrevistas clínicas al paciente y su familia durante la internación, asistencia del psicoterapeuta al pase de sala matinal diario, confección periódica de escalas de ansiedad, depresión y test cognitivos (el Mini-Mental State Examination² fue el más utilizado por su simpleza y rapidez), entrevistas con la familia por separado del paciente y reuniones informativas junto al equipo tratante y la familia. Obviamente los pacientes con deterioro cognitivo o del sensorio fueron excluidos del presente reporte, pero es dable mencionar que ello de ninguna manera implicó que sus familias -o el mismo paciente en caso de recuperar la lucidez- no recibieran apoyo psicológico de ser necesario en el momento adecuado.

El trabajo comenzó siempre con una primera entrevista, cuando el paciente se interna antes de la cirugía y se establece un vínculo terapéutico que facilita la tarea posterior. Durante la misma se escuchó el relato del paciente sobre su enfermedad, el tratamiento quirúrgico indicado, su estado de ánimo al respecto, los miedos que la cirugía y la internación le generen a él o su entorno, las expectativas que poseen sobre su tratamiento, y las variables socioeconómicas y psicológicas que puedan influir en el mismo. Asimismo, se indagó sobre la existencia o no de un historial psiquiátrico del paciente y sus familiares. Durante esta primera consulta se le pidió al paciente que hiciera un auto reporte de los miedos que le generaban su situación de salud (por escrito), con el fin de abordarlos terapéuticamente uno por uno antes de la cirugía. Es importante señalar que habitualmente las internaciones preoperatorias en la División Neurocirugía son cortas (máximo un día), lo cual genera la necesidad de realizar todos estos pasos en dicho período temporal.

Se seleccionaron como indicadores a analizar la ansiedad, la depresión, los miedos básicos universales, la comunicación de la información y encuestas anónimas realizadas por un tercero (residente de la sala) sobre la utilidad del rol del psicólogo en un servicio de neurocirugía. Para objetivar el estado de ánimo y la ansiedad ha sido seleccionada la escala de Goldberg para la ansiedad y la depresión (GAD)⁵ ya que es de fácil utilización, puede realizarse en forma verbal como parte del cuestionario que se le hace al paciente durante la entrevista, y representa un buen indicador del estado de ambas variables. De ser necesario para objetivar éstos y otros síntomas, se reevaluaron con más profundidad y especificidad mediante pruebas especialmente designadas a tales efectos, como el Test de Beck para la depresión, el cuestionario de ansiedad estado-rasgo (conocido por sus siglas en inglés: STAI), la batería para evaluación de frontalización (FAB), escalas de medición del dolor, etc. El examen llamado “Mini Mental State Examination” para el estudio cognitivo básico fue realizado siempre de rutina ya que figura en la historia clínica de la división como parte de la evaluación rutinaria al ingresar un paciente.

Luego de la cirugía el paciente fue visitado cada día de internación para chequear su evolución y hacer un seguimiento con el fin de reforzar las indicaciones psicoterapéuticas en forma diaria, así como para evaluar su estado de ánimo, ansiedad, expectativas y el manejo de la información sobre su estado de salud y los pasos a seguir.

Previo a la externación se realizó la encuesta anónima antes descripta. El rol del psicólogo en neurocirugía fue evaluado a través de preguntas sencillas como: “¿le sirvió hablar con un psicólogo?” o: “¿en qué lo ayudó?”. El seguimiento ulterior se realizó en los controles inmediatos

en consultorios externos de psicología, donde la misma profesional que realizó el tratamiento durante la internación, continúa las evaluaciones pertinentes. Controles a largo plazo fueron programados, siempre que sea posible dado que muchos pacientes viven fuera del área metropolitana de Buenos Aires (AMBA).

RESULTADOS

De los pacientes tratados en el programa de psicoprofilaxis perioperatoria, 759 pacientes (50%) presentaron síntomas de ansiedad de acuerdo a los resultados de las entrevistas y los test realizados, con el insomnio como síntoma predominante, seguido de preocupación excesiva. Asimismo, 546 pacientes (36%), mostraron síntomas de depresión, siendo leve a moderada en 501 de ellos (91%). La tendencia al aislamiento fue el síntoma preponderante, seguida de pensamientos negativos con respecto al futuro. Sólo 46 (8,4%) de los 546 pacientes que presentaron síntomas de depresión durante el período perioperatorio habían padecido una depresión mayor tratada farmacológicamente como antecedente registrado anterior al inicio de la enfermedad de base.

Con respecto al manejo de la información, 1274 pacientes (84 % de los tratados) se inclinaron por conocer en detalle su diagnóstico, tratamiento y los pasos a seguir clínica y quirúrgicamente. Casi todos prefirieron que su cirujano de cabecera sea quien los informe y los mantenga al tanto de su cuadro y tratamiento con un lenguaje simple y claro, sin utilizar palabras excesivamente técnicas.

En cuanto al reporte de miedos, el temor al futuro fue el más frecuente. Un total de 1077 individuos (71%) comunicaron temor a las posibles complicaciones y sobre todo a la posibilidad de secuelas permanentes. De ellos, 364 (24%) manifestaron miedo a una recidiva de su enfermedad o a no obtener el resultado deseado del procedimiento. El 25% de los pacientes (379), lograron expresar el miedo a la muerte de forma explícita. La mayoría expresó que dicho temor se inspiraba en imaginar una muerte dolorosa y/o con marcado deterioro de sus funciones neurológicas. El 39% (591), temía que aparezca dolor posterior a la cirugía y/o no se controle el síntoma si ya lo presentaba previamente a la intervención. Asimismo, 121 pacientes (8%) manifestaron temor a la anestesia y a la pérdida de control que ella implica. Muchos individuos que padecían enfermedades crónicas como neurofibromatosis, lesiones periféricas discapacitantes, dolor crónico benigno o maligno y lesiones recidivantes temían que la enfermedad de base vuelva a causar los síntomas que los llevaron a quirófano y/o que la cirugía paliativa no brinde el efecto deseado. En el gráfico 1 resume los hallazgos descriptivos hasta aquí.

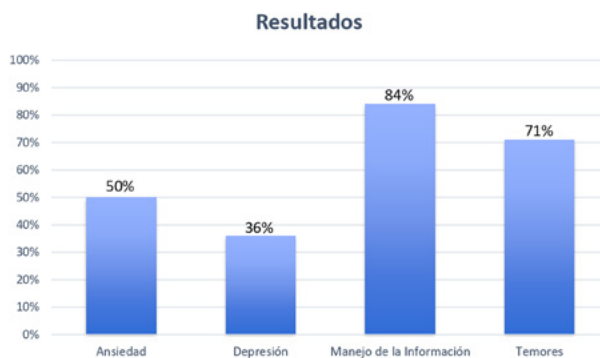


Gráfico 1.

Resultado de la intervención terapéutica

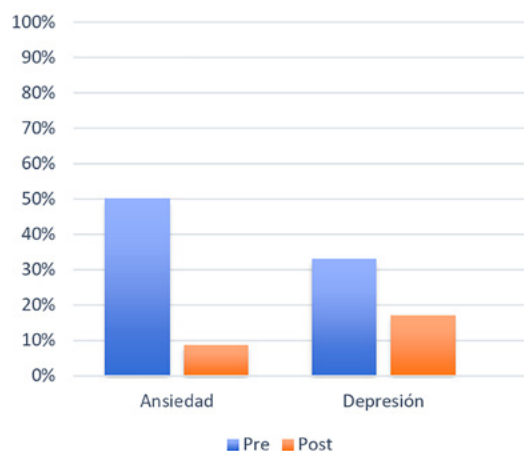


Gráfico 2.

De los 1517 individuos abordados terapéuticamente en el período estudiado, 1244 (82%), han referido encontrar útil la presencia de un profesional de la psicología durante su hospitalización.

Con respecto al control de la ansiedad, el 50% de los pacientes entrevistados reportó padecer sus síntomas durante las primeras entrevistas, así como describieron una disminución de los mismos en las entrevistas posteriores en un 83%. Para un 93%, el hecho de ser escuchados, más allá de los datos médicos, fue suficiente para bajar la ansiedad, mientras que a una pequeña minoría (7%), técnicas como los ejercicios de respiración abdominal para la relajación y el manejo del insomnio mostraron alta efectividad con el mismo resultado.

Casi lo mismo sucedió con los síntomas de depresión leve a moderada que reportaron el 36% de los pacientes. El 52% refirieron disminución de los pensamientos negativos y mejoría en la comunicación con la familia y el equipo tratante. El 3% continuó en tratamiento farmacológico por depresión luego de la externación (graf. 2).

El 84% de los pacientes manifestó preferir estar informado sobre su enfermedad y tratamiento por su cirujano de cabecera, en un ambiente tranquilo y con el tiempo necesario para que pueda procesar la información y formu-

lar las preguntas del caso.

La mayoría de los pacientes han podido manifestar sus miedos ante la inquisición directa. El auto reporte de miedos solicitado antes y después de la cirugía demostró que el 71% refiere miedos universales como el temor al futuro, al dolor y la muerte. El temor al futuro, el más común reportado, se encuentra directamente relacionado a quedar con secuelas y a perder control sobre su propia vida.

DISCUSIÓN

La población que ingresa a un hospital se encuentra en una situación particular de vida. Presenta un problema de salud, muchas veces severo y con poder de gravitar en su cantidad y calidad de sobrevivencia. Todo ello en un medio diferente del cotidiano y aislado de su rutina. En el caso del paciente quirúrgico, al cuadro de situación descripta se suma el miedo a la cirugía en sí misma y al estado posquirúrgico. La hospitalización trae consigo estados de angustia, tensión y desagrado ante el cambio que implica estar en un lugar desconocido con las nuevas reglas (horarios de visita, comida, vestimenta, sujeción a procedimientos en horarios no determinados por el paciente, etc.), sensaciones de pérdida de privacidad tanto ambiental como corporal, desconcierto ante la constante escucha de un lenguaje médico y técnico que desconoce con nuevas informaciones a acomodar, sensaciones de monotonía y encierro, o sensaciones de estar en una situación difícil e impredecible. Todo ello conlleva a un proceso de despersonalización, agravado en ocasiones por pasar a no tener nombre de pila y ser nombrado por su apellido, un número de cama o una patología. Esto genera estrés, ansiedad y la necesidad de atención, de compañía y de ser escuchado⁷. Ante ello, las respuestas psicológicas más frecuentes son la ansiedad, la

depresión, la ira, los miedos y la frustración³.

Como se ha demostrado en los resultados expuestos más arriba, la presencia de un profesional de la psicología en un servicio de neurocirugía es considerada altamente positiva por los pacientes. Pero más allá de esta apreciación que podría ser subjetiva, se ha demostrado una notable disminución de la ansiedad y el estrés, así como una visión más acabada y realista sobre la salud, el tratamiento, los pasos a seguir, y la importancia de ser escuchados y contenidos emocionalmente.

De esta forma, los pacientes pueden conocer los resultados de sus exámenes y el porqué de los mismos, saber que están en buenas condiciones de salud para afrontar la cirugía, sentirse apoyados por su familia y/o el equipo de salud, y percibir la ganancia que puede obtener al estar internado y ser intervenido quirúrgicamente. Esto redundará inevitablemente en un alivio del estado de tensión, ayudando a llegar en una mejor situación anímica a la cirugía y teniendo mejores posibilidades de cumplir con el plan de tratamiento propuesto después de la misma.

CONCLUSIÓN

De la experiencia repostada en esta serie se desprenden dos conclusiones muy importantes: los pacientes hospitalizados para someterse a una neurocirugía tienen una prevalencia muy importante de síntomas como ansiedad, stress y depresión y dichos síntomas disminuyen en forma muy notable luego de la intervención in situ de un profesional de la psicología en el perioperatorio y seguimiento ulterior por consultorios externos, si fuera necesario. Por lo tanto, se considera de suma importancia la psicoprofilaxis quirúrgica como complemento terapéutico en una unidad de neurocirugía de alta complejidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dubois B, Slachevsky A, Litvan I, Pillon B. The FAB: a frontal assessment battery at bedside. *Neurology* 2000;55:1621-1626.
2. Folstein M, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental State" a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 1975;12(3):189-198.
3. Gaillard J. Pshycoanalyxis of surgical patients. *Le Presse médicale* 1956;64(73):1663-5.
4. Glocer F. Psicoprofilaxis quirúrgica y neurosis quirúrgica: una técnica de prevención. *Revista de Psicología* 1971;9:71-89.
5. Goldberg D P, Hillier V F. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine* 1979;9(1):139-45.
6. Mucci. Psicoprofilaxis quirúrgica. Ed Paidós; 2004.
7. Zar Ros. Experiencias en psicología hospitalaria. Ed Alfépsi; 2016.

COMENTARIO

Los autores describen y analizan detalladamente su experiencia realizando psicoprofilaxis quirúrgica en Neurocirugía, en el Hospital de Clínicas "José de San Martín".

Utilizaron un protocolo de asistencia psicoterapéutica breve diseñado para el paciente neuroquirúrgico y su familia durante su internación, con seguimiento en consultorios externos. El mismo, incluyó entrevistas clínicas al paciente y a su familia, participación del psicoterapeuta en el pase de sala diario, confección de escalas de ansiedad, depresión y tests cognitivos, y reuniones con el equipo neuroquirúrgico y la familia.

Los autores evaluaron 1517 pacientes adultos, durante un periodo de 8 años, analizando los siguientes parámetros: la ansiedad, la depresión, la comunicación de la información, los miedos universales y la opinión de los pacientes sobre la utilidad de dicha psicoprofilaxis quirúrgica.

Los resultados obtenidos evidenciaron un elevado porcentaje de pacientes con ansiedad (50%) y depresión (36%) causados por su enfermedad; así como una disminución de la ansiedad en 83% y de la depresión en 52% de los casos, luego de recibir la psicoterapia durante la internación. La comunicación de la información y el tratamiento de los miedos básicos universales también evidenció un resultado positivo para el paciente. Esta asistencia psicoterapéutica durante la internación fue considerada útil por el 82% de los pacientes.

El ser humano que se interna en un centro de salud para un tratamiento neuroquirúrgico atraviesa un estado de dolencias físicas, pero también emocionales.

Considero que todas las intervenciones que tenga el personal de salud deben ser empáticas con el paciente, pudiendo conectarse con su sufrimiento; permitiéndole de esta forma poder reducir los factores estresantes. No obstante, es fundamental la asistencia psicoterapéutica por un profesional idóneo, que acompañe y contenga al paciente y a su familia para que transiten su tratamiento quirúrgico de forma más favorable.

Felicito a los autores por su iniciativa, dedicación y trabajo multidisciplinario en la importante tarea que tenemos de tratar las dolencias físicas y emocionales de personal, sin deshumanizarlas.

Sebastián G. Jaimovich
Hospital de Pediatría "Prof. Dr. J. P. Garrahan"
Instituto de Investigaciones Neurológicas FLENI, C.A.B.A., Argentina.

COMENTARIO

Este trabajo trata de la psicoprofilaxis quirúrgica en neurocirugía. Este aspecto, que muchas veces no es tomado en cuenta por los neurocirujanos, resulta de extrema importancia para la calidad y el éxito de las cirugías que realizamos. El aspecto psicológico juega un rol fundamental en la recuperación de los pacientes e inclusive en los niveles de dolor post operatorio.¹

Existen pocos reportes vinculados a la psicoprofilaxis en neurocirugía, por lo destaco este trabajo realizado en el Hospital de Clínicas que debería servir de impulso para incorporar estos equipos a otras instituciones.

Pablo Ajler
Servicio de Neurocirugía, Hospital Italiano de Buenos Aires. C.A.B.A., Argentina.

BIBLIOGRAFÍA

- 1-Aspari A., Lakshman, K. (2017). Effects of Pre-operative Psychological Status on Post-operative Recovery: A Prospective Study. World Journal of Surgery. 42. 10.1007/s00268-017-4169-2.