



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**"ALTERACIONES EN LA PERSONALIDAD
DURANTE EL PERIODO POSTOPERATORIO
EN PERSONAS SOMETIDAS A CIRUGIA DEL
CORAZON BAJO CIRCULACION EXTRA-
CORPOREA"**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A :

SANTA ELVIA DIAZ VELAZQUEZ

MEXICO, D. F. FEBRERO

1983



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

LA PERSONALIDAD
(POSTOPERATORIO
DAS A CIRUGIA DEL
CULACION EXTRA-

75653.08
UNAM. 16
1983

M. - 20145

tps. 970

2 1 2

OBTENER EL TITULO DE
ADA EN PSICOLOGIA
S E N T A
LVIA DIAZ VELAZQUEZ

Proyecta lo difícil
partiendo de donde aun es fácil.
Realiza lo grande
partiendo de donde aun es pequeño.
Todo lo difícil comienza siempre fácil.
Todo lo grande comienza siempre pequeño.
Por eso el Sabio nunca hace nada grande
y realiza lo grande, sin embargo.
El árbol de ancho tronco
está ya en el pequeño brote.
Un gran edificio
se basa en una capa de tierra.
El viaje hacia lo eterno
comienza ante tus pies.

Lao-Tsé

A mi padre:

Quien con su inteligencia, sabiduría y amor
supo encausarme y al cual por falta de palabras
propias dedico este poema:

Compañero
usted sabe
que puede contar
connigo
no hasta dos
o hasta diez
sino contar
connigo

si alguna vez
advierte
que lo miro a los ojos
y una veta de cansancio o coraje
reconoce en los míos
no alerte sus fusiles
ni piense qué delirio
a pesar de la veta
o tal vez porque existe
usted puede contar
connigo

si otras veces
me encuentra
hurafia sin motivo
no piense qué flojera
igual puede contar
connigo

pero hagamos un trato

yo quisiera contar
con usted
y cuando digo esto
quiero decir contar
aunque sea hasta dos
aunque sea hasta cinco
no ya para que acuda
presuroso en mi auxilio
sino para saber
a ciencia cierta
que usted sabe que puede
contar conmigo

A mi madre:

Agradecida estaré siempre hacia tí por la paciencia, comprensión y amor que me has brindado durante toda el ardua tarea de mi formación

Y para que quieres que hable madre, si no hay palabras para lo que el alma siente, si mientras te digo te amo, una vez con la boca, te lo digo mil veces con la mente. Mas si el silencio y el amor no bastaron y las palabras quieres como el resto de la gente, sólo te diré te amo una vez con la boca y mil veces con la mente.

A mi hermana:

Aunque haya habido momentos de desazón y desesperación, me diste un ejemplo de tesón; por tu apoyo, comprensión y consideración, gracias te doy.

A mi hermano:

Un mensaje lleno de verdadero sentimiento: por tu ejemplo de iniciativa y fortaleza, gracias mil.

Les quiero:

Edna

Lupita

Jessica

Gustavito

Lucy

Tío Ignacio

A mi asesora:

Gracias por la valiosa colaboración y
guía que supo darme

A G R A D E C I M I E N T O S

Debo mi profundo agradecimiento, en primer lugar, a los pacientes que voluntariamente se prestaron para esta investigación, cuya finalidad espero no sólo sirva para la obtención de un nombramiento oficial como Licenciada en Psicología, sino también como un estímulo para ulteriores investigaciones que repercutan principalmente en beneficio de todas aquellas personas que son sometidas a una intervención quirúrgica de cualquier tipo.

En deuda me encuentro y me encontraré siempre con las siguientes personas, sin las que seguramente este estudio no hubiese sido posible:

Lic. Alma Mireya Lópezarce
Asesora Oficial. Catedrática de tiempo completo y Coordinadora de Servicios del Centro Comunitario de la U.N.A.M.

Dr. Guillermo Escobar Aldasoro
Jefe por Oposición en el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital General de México

Dr. Genaro Pliego Díaz
Médico y Cirujano Cardiovascular del
Instituto Nacional de Cardiología

Dr. César Pérez de Francisco
Coordinador Jefe de Servicios en Psiquiatría del
Instituto Nacional de Cardiología

Dr. Gustavo Sánchez Torres
Jefe de Servicio del Departamento de Hombres del 3^{er} piso
en el Instituto Nacional de Cardiología

Dr. Juan José Rodríguez Martínez
Médico Becario del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
en el Instituto Nacional de Cardiología

Lic. Corina Cuevas Renaud
Coordinadora de Matemáticas del Departamento de Psicología
Experimental y Metodología de la Facultad de Psicología de
la U.N.A.M.

Psic. Leticia Marín Fragoso
Miembro del Servicio de Psiquiatría del
Instituto Nacional de Cardiología

Psic. Mirta Flores Galaz
Colaboradora de la Coordinación de Matemáticas del Departa-
mento de Psicología Experimental y Metodología de la Facul-
tad de Psicología de la U.N.A.M.

Psic. Sofía Rivera Argón
Colaboradora de la Coordinación de Matemáticas del Departa-
mento de Psicología Experimental y Metodología de la Facul-
tad de Psicología de la U.N.A.M.

Ing. Enrique Salcedo Funes

Psic. Javier Raya Pacheco

Dr. José Miguel Casanova Garcés
Bioestadístico del Instituto Nacional de Cardiología

Psic. Irma Contreras Zentella
Miembro del Servicio de Psiquiatría del
Instituto Nacional de Cardiología

Psic. Irma Valdez Valadez
Miembro del Servicio de Psiquiatría del
Instituto Nacional de Cardiología

INDICE GENERAL

CAPITULO	PAG.
INDICE GENERAL	1
I INTRODUCCION	3
Problema	
Importancia del Estudio	
II MARCO TEORICO	
Circulación Extracorpórea (bomba cardiopulmonar)	6
Alteraciones Postoperatorias	12
Factores Predisponentes	34
Consulta Terapéutica	43
Casos Ilustrativos	52
III METODOLOGIA	
Planteamiento del Problema	65
Hipótesis de Trabajo	66
Hipótesis Nula	
Definición de Variables	
Instrumentos	67
Diseño de Investigación	
Selección de la Muestra	
Procedimiento	68
Diseño Estadístico	70
IV RESULTADOS	
Perfiles del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI)	71
Tablas	91
Gráficas	100
Análisis Estadístico de los Datos	109
Segmentación	116

V CONCLUSIONES, LIMITACIONES, SUGERENCIAS	119
BIBLIOGRAFIA	125

I

INTRODUCCION

"En el curso de la evolución del ser humano se estructuran sistemas defensivos que con frecuencia tratan de encubrir el modelo fundamental, el cual, sin embargo, emergerá ante cualquier situación de peligro que ponga en movimiento el modelo más estable y primitivo" (20)

Las intervenciones quirúrgicas son un ejemplo de estas situaciones de peligro

"El acto quirúrgico va a incidir sobre una personalidad que tiene su forma de reacción específica, estructurada en el curso de su historia; esta forma de reacción específica va a matizar tanto las reacciones estrictamente subjetivas como la calidad y matiz emocional de las molestias orgánicas" (20)

"En los trastornos quirúrgicos, la sensación de seguridad del paciente puede verse amenazada por miedo a la mutilación, al desfiguramiento, a perder una estructura o una capacidad vitales, y la vida misma"

' Las intervenciones quirúrgicas pueden acompañarse de trauma no sólo del cuerpo sino también de la personalidad. Los factores psicológicos también pueden actuar y producir angustia y ocasionalmente neurosis" (11)

La presente investigación partió de un momento de curiosidad al observar que algunos pacientes quirúrgicos presentaban reacciones postoperatorias que les impedían, en los casos más severos, reincorporarse a su vida familiar, social, ocupacional e incluso sexual. Por otra parte, la razón por la cual se seleccionaron personas sometidas a cirugía del corazón, se debe a que en general, ésta es la estructura del organismo considerada como la más importante, las personas asientan sus emociones en éste y la idea de la muerte repen-

tina suele asociarse con él; por consiguiente posee un significado especial en la vida real y afectiva del ser humano. Muchas son las canciones donde se hace mención a este importante órgano:

"Mi pobre corazón tenía una pena
muy grande, muy grande, queriendo
consolarlo yo le dije, no llores,
no llores"

Igualmente lo mencionamos en frases populares cuando nos sentimos afectados:

"Mi corazón no puede resistirlo"
"Me partiste el corazón"

Incluso lo escuchamos en los mensajes para el consumidor mediante los medios de comunicación masiva:

"Afine el corazón de su motor con
bujías Champion"

Simbólicamente hablando, durante una cardiectomía, el cirujano incide en el corazón del paciente, en el lugar de sus emociones, además de todas las implicaciones reales que presenta una cirugía, como lo son la posibilidad de la muerte, la disminución de las capacidades, etc. Por consiguiente, es de esperarse que una intervención quirúrgica del corazón provoque alteraciones en la personalidad de los pacientes quirúrgicos, las cuales estarán determinadas principalmente por el tipo de personalidad que han desarrollado estos a través del curso de su vida; es decir, de la personalidad premórbida.

Se considera que esta investigación puede llegar a ser

una pequeña contribución tanto para el campo de la psicología como para el campo de la medicina, ya que al observar la existencia de alteraciones postoperatorias en la personalidad, se demuestra también implícitamente la necesidad de la intervención psicoterapéutica antes y después de la cirugía; situación en la que es indispensable el trabajo interdisciplinario y que en última instancia repercutirá principalmente en beneficio del paciente cuya salud es portadora principal del interés tanto del médico como del psicólogo.

De acuerdo a lo anteriormente mencionado la presente investigación tuvo como propósito observar la presencia de alteraciones en la personalidad durante el período postoperatorio en personas sometidas a cirugía del corazón bajo circulación extracorpórea.

Este estudio se realizó en el Salón de Juntas del 3o y 7o pisos del Instituto Nacional de Cardiología, ubicado en la Zona Hospitalaria del Sur de la Ciudad de México.

II

MARCO TEORICO

CIRCULACION
EXTRACORPOREA

"La máquina corazón-pulmón hace posible operar el corazón bajo un control visual directo. Esto es necesario para lograr una reparación precisa de las válvulas cardíacas, para reemplazar las válvulas por prótesis o para cualquier operación intracardiaca que sea necesaria a fin de corregir anomalías congénitas o adquiridas. Este recurso permite también las operaciones sobre las arterias coronarias y sobre el arco ascendente de la aorta.

Durante el bypass cardiopulmonar, toda la sangre venosa que ordinariamente retorna a la aurícula derecha es desviada hacia un circuito extracorpóreo. La sangre se hace pasar luego por un pulmón artificial, donde puede captar oxígeno y desprender anhídrido carbónico (la eliminación del anhídrido carbónico es una importante función del pulmón artificial; de ahí que el término "oxigenador" no sea descriptivo del todo). Después de pasar a través del pulmón artificial, la sangre renovada se bombea al interior del sistema arterial del paciente. De esta manera, el corazón y los pulmones no contienen sangre, a excepción de la pequeña cantidad que penetra en los vasos pulmonares por las arterias bronquiales. Cuando se abre el corazón esta sangre se aspira suave pero continuamente, y se vierte, junto con la sangre venosa, a la máquina corazón-pulmón.

Suelen usarse dos cánulas de plástico, introducidas a través de la pared de la aurícula derecha en el interior de las venas cavas, para conducir la sangre venosa desde el corazón al oxigenador de bomba. Se colocan luego cintas de algodón alrededor de las cavas y de las cánulas que están en su interior. Antes de apretar estas cintas parte de la sangre de las venas cavas continúa fluyendo alrededor de las cánulas hacia el corazón y los pulmones del paciente; de manera que en este momento, estos órganos sólo están parcialmente cortocircuitados. Apretadas las cintas, la sangre del

sistema venoso deriva hacia el circuito extracorpóreo.

En ciertos casos, cuando hay que realizar las operaciones en el lado izquierdo del corazón o en la aorta, se coloca una sola cánula grande en la aurícula derecha o en el ventrículo derecho. A continuación se pinza la arteria pulmonar, y toda la sangre venosa fluye hacia la máquina corazón-pulmón.

La velocidad del flujo de la sangre venosa que va del paciente al circuito extracorpóreo puede aumentarse, ya elevando la presión venosa sistemática del paciente, ya mediante transfusiones de sangre, o reduciendo por succión la presión en las cánulas venosas.

Después del paso de la sangre venosa a través del oxigenador de bomba, donde tiene lugar el intercambio gaseoso la sangre se devuelve al paciente a través de una cánula insertada en una arteria periférica. Para este propósito suele elegirse la arteria femoral común, o la arteria ilíaca externa. Ocasionalmente, puede insertarse la cánula, mediante una incisión, en la aorta ascendente o en la arteria subclavia izquierda proximal.

Los pacientes adultos sometidos a anestesia general tienen un gasto cardíaco aproximado de $2,4 \text{ l/m}^2$ de superficie corporal.

A través del circuito extracorpóreo debe mantenerse una velocidad de flujo sanguíneo igual a ésta; con velocidades menores, sobreviene una acidosis metabólica.

La mayoría de las máquinas corazón-pulmón tienen dos o más bombas incorporadas en el circuito extracorpóreo. Usual-

mente el solo arenaje que produce la gravedad proporciona una presión negativa suficiente para extraer la sangre venosa del cuerpo del paciente. Se requiere una bomba de "aspiración coronaria" para aspirar la pequeña cantidad de sangre que penetra en las cámaras cardíacas, después de desviar la sangre de las venas cavas, tal como hemos visto anteriormente. Se requiere una bomba "arterial" para impulsar la sangre desde el oxigenador a las arterias del paciente. Con ciertos tipos de pulmones artificiales (especialmente los del oxigenador tipo membrana) se usa una tercera bomba de "recirculación" para mantener un flujo constante de sangre venosa en el circuito extracorpóreo. El propósito de esto es mantener un volumen constante de sangre en todo momento, en el pulmón artificial. Un cambio en la velocidad del flujo constante sobre las rejillas de un oxigenador altera el grosor de la película de sangre que se deposita en las mismas, y afecta al volumen de sangre que hay en el oxigenador. Estas observaciones del volumen sanguíneo del circuito extracorpóreo son indeseables, por cuanto van acompañadas de cambios iguales, pero de sentido opuesto, en el volumen sanguíneo del cuerpo del paciente.

En los circuitos sanguíneos extracorpóreos suelen usarse bombas desprovistas de válvulas. Este tipo de bombas producen menos hemólisis y trombosis y son más fáciles de limpiar y esterilizar que las bombas provistas de válvulas internas. La bomba sin válvulas es esencialmente un tubo elástico y suave, que es comprimido de una forma seriada por una fuerza externa, con lo que el fluido que hay en el interior del tubo adquiere un flujo unidireccional. El flujo retrógrado no es posible, porque en todo momento hay algún trozo de tubo que está comprimido. La recuperación elástica del tubo, después de la compresión, impulsa hacia delante a la sangre que hay en el interior del mismo. Esta clase de bombeo se logra fácilmente mediante un rodillo que pasa por en-

cima del tubo y lo comprime durante el movimiento anterógrado

El Principio del Oxigenador de Burbuja

En esta clase de oxigenador se hace burbujear el oxígeno a través de un depósito de sangre venosa. La propia burbuja constituye la superficie de oxigenación. Puesto que una esfera es la figura geométrica que posee el mayor volumen con un área superficial más pequeña, las burbujas no producen la mayor área de contacto posible entre el gas y la sangre. Por tanto, para que sean efectivas, las burbujas tienen que ser muy pequeñas. No obstante, cuando más pequeñas son las burbujas gaseosas, más difícil es eliminarlas de la sangre a causa de su flotabilidad. Pese al uso de agentes anti-espumantes, se corre el riesgo de producir embolias gaseosas microscópicas. Por esta razón, el oxigenador de burbuja no es el aparato ideal para emplearse en perfusiones corporales de larga duración. Con esta variedad de oxigenador se producen espuma y turbulencias y, por consiguiente, más hemólisis que con los otros con tendencia a producir una mayor desnaturación de las proteínas plasmáticas. Por otro lado, el oxigenador de burbuja está manufacturado y expendido en el comercio de una forma tal, que consta de un cebado lo bastante bajo para que pueda llenarse completamente con fluidos distintos de la sangre. Así, el oxigenador de burbuja tiene la ventaja de estar fácilmente disponible para las situaciones de emergencia. Se ha visto que no plantea problemas si se usa durante períodos relativamente cortos de bypass cardiopulmonar total.

El Principio del Oxigenador de Discos Rotatorios

Este oxigenador está compuesto de una serie de discos montados sobre un eje casi horizontal; los discos giran im-

pulsados externamente, y su rotación se efectúa en el interior de un depósito donde hay recogida sangre venosa. Esta película queda brevemente expuesta a la mezcla de gas ambiental (97 % de O_2 + 3 % de CO_2) que hay en la cámara superior del depósito. Se produce un doble intercambio de gas, y la sangre de los discos vuelve de nuevo al fondo del depósito. De esta manera, la sangre venosa fluye hacia el depósito por uno de sus extremos, y por el extremo opuesto es bombeada sangre arterial. El oxigenador de discos rotatorios probablemente es el tipo más ampliamente usado en Estados Unidos, debido a que plantea menos problemas con la formación de burbujas que el oxigenador de burbuja, puede usarse sin peligro en perfusiones más largas. Es relativamente fácil de limpiar y esterilizar, y posee un volumen de cebado intermedio entre el del oxigenador de burbuja y el de membrana. La agitación mecánica producida por los discos rotatorios en el interior de la sangre almacenada produce menos hemólisis que la oxigenación por burbujeo, pero más de la que produce en el oxigenador de membrana.

El Principio del Oxigenador de Membrana

Este oxigenador consta de una batería de membrana de acero inoxidable suspendidas verticalmente en una cámara de plástico transparente, a través de las cuales fluye una mezcla gaseosa rica en oxígeno. La sangre venosa fluye desde las venas cavas hasta una cámara receptora. Esta sangre es luego impulsada por una bomba de "recirculación" desde la cámara colectora hasta un pequeño reservorio situado en la parte alta del oxigenador. El suelo de este reservorio consta de barras de acero inoxidable, separadas una de otra por estrechas hendiduras situadas encima de cada membrana. La sangre se cuele a través de estas hendiduras, hacia las membranas, y la fuerza de la gravedad la hace disponer en forma de una película sobre la malla. Esta delgada película de sangre formada a

ambos lados de la malla queda expuesta al gas que hay dentro de la cámara oxigenadora. El flujo sanguíneo sobre cada alambre horizontal de la membrana produce suficiente turbulencia, sin espuma, para asegurar que una superficie de sangre continuamente renovada esté expuesta, durante su descenso, a la mezcla gaseosa. La sangre "arterializada" (renovada) se recoge en el fondo de la cámara del oxigenador y, desde allí, es bombeada al interior del sistema arterial del paciente. Este tipo de bomba oxigenadora suele llevar incorporado un control de nivel automático, que hace variar el gasto arterial de la máquina según el flujo venoso que, procedente del paciente, llega a la misma.

Como otras bombas oxigenadoras, suele llevar incorporado, en la línea arterial, un intercambiador de calor. El intercambiador de calor puede ser usado para mantener la sangre a una temperatura normal, o más baja si se desea. Cuando se enfría, la sangre baja hasta un nivel comprendido entre los 28 y los 32 °C. A una temperatura corporal de 30°C, el consumo de oxígeno por los tejidos está reducido aproximadamente a la mitad. Así, usando una hipotermia moderada, puede reducirse sin peligro el gasto de la máquina. Esto reduce, a su vez, el trauma infringido a la sangre a través de las arterias coronarias. A continuación se para el corazón, y el cirujano dispone de un corazón inmóvil y exangüe para practicar la intervención. Esta técnica se usa a menudo para la reparación de los defectos septales ventriculares, en que se requiere una colocación precisa de las suturas, y en las operaciones sobre las arterias coronarias donde es muy importante tener un campo completamente inmóvil.

El oxigenador de membrana no tiene partes móviles y, por tanto, presenta poca tendencia a formar espuma. El trauma sobre los elementos firmes de la sangre está reducido al mínimo. Las perfusiones largas son menos peligrosas para el paciente con este aparato que con los otros dos oxigenadores descritos." (17)

ALTERACIONES POSTOPERATORIAS

"La perspectiva de someterse a una intervención quirúrgica provoca inevitablemente una reacción psicológica en el paciente, aunque la expresión manifiesta de esta reacción puede ocultarse o expresarse de una forma modificada. La posibilidad de que se presente una depresión postoperatoria grave e incapacitante puede ser mayor en un paciente moderadamente cooperante que reprime sus temores y ansiedad, que en un paciente que expresa estos sentimientos y se convierte en un problema de tratamiento difícil. Sean expresados o no la naturaleza e intensidad de los sentimientos del paciente sobre su enfermedad, la hospitalización y los peligros de la intervención pueden tener efectos fisiológicos que influyen, sobre el curso de su enfermedad y de su recuperación de la intervención."

'La cirugía siempre provoca stress psicológicos en grados variables; en ausencia de un sistema adaptativo ideal, este stress provoca una regresión. Frente a la enfermedad física, el dolor, el malestar, la separación del hogar y de la familia, y el ingreso en un hospital frío y extraño, en donde la persona está confinada a la cama y se la deja sola para enfrentarse a la perspectiva de la anestesia y una intervención, el paciente tiende a retroceder a formas más primitivas de enfrentamiento con los stress ambientales y las presiones de los conflictos internos. En algunos esta agresión puede movilizar fuerzas personales, pero también puede reactivar antiguos miedos y conflictos.'

'El paciente quirúrgico que ha experimentado un cierto grado de regresión encuentra extremadamente difícil tolerar una demora de la gratificación y de la frustración. Puede ser menos capaz de sustituir la acción por el pensamiento y su necesidad de pasar a la acción puede provocar una decisión brusca de dejar el hospital o adelantar la fecha de la intervención.'

'Cuando se bloquea la capacidad del paciente para descar-

gar los sentimientos a través de la acción, es más probable que su pensamiento esté dominado por la fantasía. El paciente quirúrgico en especial puede mantener innumerables fantasías sobre su médico, las enfermeras, su enfermedad, la lesión, la intervención, la medicación y la anestesia.'

'Puede movilizarse la agresión por sentimientos de frustración y desamparo provocados por la enfermedad y la pérdida de movilidad. Los sentimientos de desamparo del paciente también reactivan determinados impulsos libidinales primitivos, como los deseos pasivoreceptivos y el deseo de ser cuidado.'

'A medida que se aproxima el día de la intervención, la regresión se hace cada vez más manifiesta en la forma característica del paciente de relacionarse con otras personas. Sus relaciones con el médico, el cirujano, las enfermeras, los familiares y los amigos, adoptan las características de sus primeras relaciones con figuras cruciales en su ambiente, como sus padres." (5)

"Los temores quirúrgicos y las ansiedades caen dentro de tres grupos principales. El primero se relaciona con la naturaleza o la localización de la enfermedad por sí misma. Las operaciones en el sistema esquelético, en el corazón, en los pulmones, en el estómago, en los órganos urinarios, o en los órganos genitales tendrán cada una un significado diferente y, por lo tanto, plantearán un tratamiento diferente para el paciente. El conocimiento de las diferentes posibilidades ayudará al cirujano o a sus asistentes en sus intentos de elucidar y reducir los temores del paciente.'

'El segundo grupo se relaciona con el procedimiento quirúrgico por sí mismo. Ryan ha puntualizado que estos temores no se decrementan por el hecho de haber experimentado varias cirugías, como uno lo podría esperar. Algunos de estos temo-

res se relacionan con la anestesia. Un grupo no considerable de pacientes temen referir secretos personales durante la anestesia. Otros temen perder el control personal y que por lo tanto los desamparen, lo cual sería el último trato para muchos individuos. Cercanamente relacionado está el miedo de no volver a despertar: temor a morir.'

'En adición a la anestesia existen además otros factores inciertos: cómo se desarrollará la operación, qué descubrirá el cirujano, cuánto tiempo llevará, cuánto dolor, qué complicaciones pueden presentarse, y demás. Todas estas y otras incertidumbres se esconden en la mente del paciente y son sentidas como ansiedad.'

'El tercer grupo de preocupaciones y temores se relaciona con las consecuencias previstas a largo plazo de la operación. Estos dependerán del tipo de cirugía, en combinación con la edad, el sexo, el sistema de valores, la disposición familiar y de la vida, los recursos materiales, y otras variables" (6)

"La dilación en la búsqueda de diagnóstico y tratamiento es característica de un 30 a 40 por ciento de pacientes que requieren cirugía. El mecanismo psicológico de la negación, en este caso la negación de la enfermedad, es con frecuencia un determinante importante de la conducta de dilación. La culpa y el autocastigo pueden motivar también conducta de aplazamiento. El sufrimiento consciente del paciente o el conocimiento de que su estado va empeorando sirven para aliviar sus deseos inaceptables. O bien las tácticas de aplazamiento del paciente pueden servir como medio de obtener amor cuando el amor se asocia inconscientemente con el sufrimiento y el castigo. La dilación puede ser también un medio de descargar la hostilidad. El sufrimiento autoinfligido del paciente está destinado a hacer que el verdadero objeto de su hostilidad se sienta afligido y culpable." (10)

"Muchas personas se han sometido a algún tipo de cirugía durante su vida y, como regla, fácilmente se adaptan a este evento. La usual ansiedad preoperatoria responde a una reafirmación y a una explicación; y una sedación y una simpatía mitigan la preocupación postoperatoria y la incertidumbre. Para muchos pacientes, sin embargo, una operación quirúrgica es una crisis mayor, las anticipaciones y las consecuencias de los que evocan serios desordenes psicológicos, completa - mente aparte de la gravedad de la enfermedad o del alcance de la cirugía. Los pacientes con padecimientos progresivos o incapacitantes pueden sobrellevar las medidas quirúrgicas heroicamente y recuperarse pronto, mientras que otros con enfermedades triviales algunas veces tienen una convalecencia prolongada o un curso refractario de hospitalización después de una cirugía relativamente menor."

"Las muchas complicaciones psicológicas que los pacientes desarrollan durante el curso del tratamiento quirúrgico son denominadas Síndromes Operatorios. Estos desórdenes frecuentemente perturban al cirujano, acosan al personal de enfermería, impiden el curso de recuperación, y pueden ser tan peligrosos como las infecciones o las complicaciones embólicas de la cirugía. Los síndromes operatorios pueden ir desde agudos episodios psicóticos hasta problemas de sobredependencia y adicción; desde la depresión suicida hasta la conducta destructiva de defensa. Aun cuando muchos pacientes con síndromes operatorios presentan síntomas psicológicos inconfundibles, otros pueden ser observados como personas querrellosas, objeccionables, difíciles o no cooperadoras y para quienes la consulta psicológica es rara vez solicitada." (7)

"Los síndromes operatorios pueden ser distinguidos sobre las bases de su tiempo, contexto y conflicto. Desde el punto de vista del consultante, estas categorías corresponden a la fase de tratamiento en la cual su asesoramiento es requere-

rido, al ajuste y orientación del paciente y a los síntomas o demandas que el paciente o el doctor puedan expresar. De este modo, desde el punto de vista del tiempo, los síndromes operatorios consisten en síndromes preoperatorios, los cuales se desarrollan durante el período anterior a las cirugías; los síndromes postoperatorios, los cuales aparecen en los primeros días después de la cirugía; y los síndromes de convalecencia, los cuales pueden ser vividos ya sea durante un corto o prolongado tiempo, de tal manera que el paciente se convierte en un inválido crónico que representa un complejo problema para la rehabilitación. El contexto de un síndrome operatorio se define de acuerdo a las circunstancias preoperatorias hospitalarias del paciente y a la forma de ajuste. Incluye las dimensiones intrapersonales e interpersonales anteriores al impacto de la dimensión impersonal. El conflicto que subyace a los síndromes operatorios pueden no ser reconocidos inmediatamente, pero se asume que cada paciente tiene muchos conflictos, tanto latentes como manifiestos, los cuales pueden activarse con la operación impersonal o con la enfermedad prolongada y así producir varios disturbios psicológicos. Los conflictos reactivados pueden ser elucidados tanto por el hecho como por el prospecto de una operación." (8)

"El tipo más frecuente de síndrome postoperatorio es el delirio, que incluye confusión y desorientación, alucinaciones, ideas delirantes paranoides, miedo, aprehensión e inquietud.

'Agentes emocionales, tóxicos o de otro tipo, asociados a una operación, pueden desencadenar estados maníacos o depresiones y reacciones esquizofrénicas que ya estaban determinadas por factores antiguos de personalidad.'

'Las intervenciones quirúrgicas pueden acompañarse de trauma no sólo del cuerpo, sino también de la personalidad. Los factores psicológicos, también pueden actuar y producir angustia y ocasionalmente síndromes histéricos. Además de estos factores, en un paciente con personalidad insegura, se puede producir alarma cuando el cirujano o sus ayudantes hacen comentarios imprudentes, cuando los médicos tienen discusiones técnicas junto a la cama del enfermo, o cuando frente a él se hacen demostraciones con expedientes o radiografías que le crean aprehensión.'

'En algunos casos, los cambios metabólicos actúan como agentes que contribuyen a las alteraciones mentales postoperatorias. Hay que incluir a dichos cambios cuando se comentan los síndromes cerebrales agudos que resultan de trastornos metabólicos y endócrinos.'

'No obstante, es posible que otros factores tanto somáticos como psicógenos sean de igual o de mayor importancia. Después de una operación, la angustia y otros estados neuróticos son más frecuentes que las psicosis. Se debe buscar la fuente de estos trastornos en los factores emocionales.'

'Aparte de los cambios metabólicos, otros agentes físicos que causan alteraciones postoperatorias incluyen las dro

gas anestésicas y sedantes, las complicaciones infecciosas y tóxicas, y las alteraciones nutricionales con cetosis, deshidratación o avitaminosis asociadas. Entre los factores psicológicos patógenos están el miedo y la aprehensión antes de la operación. Es importante el miedo a la mutilación, a perder parte del propio cuerpo y a la posible muerte.'

'Lo extraño del ambiente quirúrgico, las imágenes y los sonidos de la sala de operaciones, y todos los otros procedimientos preoperatorios incluyendo la anestesia, con el miedo a perder la conciencia, contribuyen a la tensión y la aprehensión. La importancia que el paciente le da al órgano específico que se va a operar, influye en la posibilidad de una psicosis postoperatoria y en el tipo y contenido de las ideas psicóticas. Antes de que se inicie una psicosis postoperatoria, habitualmente transcurre un intervalo de tres a diez días.'

(11)

"El delirio y la psicosis postoperatorias son problemas comunes. Es generalmente aceptado que el tipo de cirugía es menos importante como causa de estas reacciones que la personalidad del paciente y el significado psicológico de la operación. Aun cuando no hay una distinción absoluta entre el delirio y la psicosis, el significado práctico entre las dos reacciones amerita una apreciación cuidadosa de cada caso. En general, el delirio es de poca duración, es frecuentemente asociado con anomalías fisiológicas prominentes, tales como fiebre elevada, suspensión de drogas, acumulación de productos metabólicos, dolor agudo de cabeza, etcétera. El delirio se caracteriza por un disturbio de la prueba de realidad en el nivel perceptual, acompañado por agitación y ansiedad. Si se presentan ilusiones o alucinaciones, son usualmente inestructuradas y carecen de la manifestación regresiva del pensamiento psicótico. El desorden en la psicosis postoperatoria es predominante en el pensamiento del paciente; la agita

ción y la ansiedad son menos prominentes. Existen claras ilusiones y debido a que el defecto está en el nivel conceptual y simbólico de la prueba de realidad, los disturbios perceptuales y la desorientación son relativamente infrecuentes. Los síntomas psicóticos ocurren más o menos independientemente de factores fisiológicos y la duración se inclina a ser menos cierta que en el delirio." (7)

"Conforme ha aumentado el uso de procedimientos quirúrgicos para corregir defectos congénitos y valvulares en el corazón, también han aumentado las publicaciones acerca de fallas en el funcionamiento de la personalidad durante los períodos postoperatorios temprano y tardío. Por ejemplo, después de una operación a corazón-abierto y al cabo de un intervalo lúcido de aproximadamente 48 horas, un por ciento muy alto de adultos desarrolla un síndrome cerebral agudo (delirio) que desaparece varios días después de que se transfirió al paciente, de la sala de recuperación a su propio cuarto. Desde el punto de vista sintomático, el paciente sufre de angustia, experiencias ilusorias y alucinatorias, desorientación e ideación paranoide. Esta alteración aguda postoperatoria parece estar relacionada con la duración de la operación y del período en el cual el corazón dejó de funcionar y se utilizaron aparatos sustitutivos. Las funciones yóicas se alteran debido a la combinación de: a) la insuficiencia cerebral que se produce; b) los factores ambientales de la sala de recuperación, que impiden el sueño del paciente y le producen un estado de privación sensorial, y c) la angustia intensa que se asocia a la amenaza impuesta por la operación cardíaca.'

'Una vez que termina el período de recuperación después de un procedimiento quirúrgico cardíaco, a menudo aparecen signos de una mala adaptación psicológica cuando el individuo sabe que podrá aumentar su actividad física y que nece-

sitará menos del apoyo de otras personas. Los enfermos que se han vuelto dependientes durante el largo período de invalidez, o que han utilizado la enfermedad para evitar situaciones angustiantes, son los que más tienden a responder a los procedimientos quirúrgicos con una descompensación emocional.'

'En los casos de invalidez crónica y persistente incapacidad para readaptarse, aun cuando el funcionamiento cardíaco se ha reestablecido, es más frecuente descubrir patrones de pasividad y dependencia que han existido desde hace mucho tiempo, y que requieren que el médico siga dando su apoyo y anime al enfermo de manera autoritaria, con objeto de producir un mejoramiento en las funciones sociales y físicas.'

(11)

"En general antes de una intervención cardíaca inminente, se presentan angustia y depresión cuando el paciente se da cuenta de las incidencias de mortalidad y morbilidad involucradas. A causa de la disminución de aporte sanguíneo al cerebro durante la intervención, se dan con frecuencia trastornos psiquiátricos graves. En estos pacientes es frecuente que después de la intervención se manifieste delirio, psicosis tóxicas, desorientación, ideas delirantes de tipo paranoide, alucinaciones, depresión psicótica, etc. Las medidas psicológicas, como la tranquilización y los sedantes, deberían utilizarse de manera limitada. Deberían tomarse precauciones para evitar el suicidio. La mayor parte de síntomas psicóticos agudos hallados en el postoperatorio son transitorios y desaparecen con una amnesia no infrecuente del episodio. Los trastornos de personalidad premórbida que había antes de la operación persistirán invariablemente y pueden aumentar con la ansiedad habitual en el postoperatorio." (15)

"Dos grupos de delirio pudieron ser distinguidos: deli-

rio menor, en el cual las manifestaciones tempranas no progresaron al punto de ilusiones bien desarrolladas o persistentes, alucinaciones vívidas; y delirio mayor, en el cual estos síntomas psiquiátricos más avanzados y severos estuvieron presentes.'

'Se encontró que los siguientes factores, evidentemente asociados con la disfunción cerebral, estaban relacionados con la ocurrencia del delirio: la edad avanzada, la severidad de la enfermedad antes y después de la operación y el tiempo en la válvula cardiopulmonar. El intervalo lúcido - postoperatorio sugirió que los factores del cuarto de recuperación estaban también involucrados. El decremento de tiempo requerido en la válvula cardiopulmonar parece ser el factor primordial en la reducción de frecuencia. Modificaciones en el ambiente del cuarto de recuperación después de la cirugía a corazón-abierto pueden también haber contribuido al decremento.' (9)

PSICOSIS POSTOPERATORIAS

"Las psicosis postoperatorias son frecuentes en pacientes que se han sometido a una operación "a corazón-abierto". En los primeros estudios se notaron reacciones psíquicas en el 30 al 40 por ciento de los enfermos tratados con cardiografía. En la actualidad se observan menos reacciones de este tipo. Estas crisis se caracterizan por angustia, desorientación, alteraciones transitorias de las percepciones, con alucinaciones visuales y auditivas e ideas delirantes paranoides. A veces, la reacción va acompañada de ataques episódicos de hiperventilación o de auras. Esto hace que sea difícil evaluar el estado postoperatorio e impide la recuperación quirúrgica. Algunos pacientes con este tipo de psicosis han intentado suicidarse; otros, debido a su agitación, se sacan violentamente las sondas, las doblan, o desarreglar.

otras medidas necesarias a su mantenimiento postoperatorio.'

'Los factores fisiológicos y los psicológicos son importantes como agentes etiológicos. Algunos pacientes han sufrido ya accidentes o enfermedades cerebrovasculares. Otros sufren de fibrilación cardíaca o se vuelven hipotensos en el período postoperatorio. Los que tienden a negar la angustia antes de operarse tienen más posibilidades de responder psicóticamente después. Se piensa que el aislamiento del enfermo en la unidad de cuidado intensivo, junto con la privación sensorial y de sueño que suele sufrir, produce un colapso de las defensas yoicas y da lugar a una angustia difusa. La frecuencia de las psicosis postoperatorias puede disminuirse si antes de la intervención quirúrgica se comenta con el enfermo el miedo y la angustia que la operación suele provocar ; si se habla con él de sus experiencias traumáticas y quirúrgicas pasadas, y se mencionan los resultados previsibles del actual tratamiento. De igual manera, el stress postoperatorio puede reducirse al mínimo y el apoyo psicológico puede aumentarse cuando el médico se asegura de que el paciente duerme en forma regular y de que no carece de estímulos sociales que lo tranquilicen." (11)

"La depresión, las ilusiones, la agitación y la paranoia son comunes entre los pacientes cardíacos extremadamente enfermos (especialmente los avanzados de edad) y pueden hacer muy difícil el cuidado postoperatorio. Estas condiciones están relacionadas, por lo menos en parte, a la privación de sueño, a la incapacidad prolongada para hablar debido a la entubación endotraqueal, y a los aspectos impersonales del cuidado intensivo. Un estado mental claro es recuperado usualmente tan pronto como la condición clínica del paciente se mejora y tan pronto como no es ya necesario un cuidado constante tanto médico como de enfermería.'

"Una orientación preoperatoria cuidadosa y explicaciones repetidas acerca de lo que está sucediendo durante la fase de recuperación ayuda a minimizar este problema. Incrementando los contactos del paciente con la realidad con cuestiones tales como una televisión, un reloj en posición tal que él pueda verlo, y las visitas de familiares y amigos cercanos es incluso de mucha ayuda. Cuando el paciente no puede comunicarse debido a la intubación endotraqueal, puede comunicarse mediante mensajes escritos." (1)

"Los sentimientos de aislamiento pueden precipitar un delirio o un síndrome orgánico cerebral, y los trastornos internos de los pacientes quirúrgicos. Aparte de los síndromes orgánicos cerebrales, la reacción psicótico-depresiva es la forma de psicosis que se encuentra con mayor frecuencia. Los efectos de la depresión pueden ser devastadores: mina la energía y vitalidad del paciente y disminuye su deseo de cooperar. Muchos hechos apoyan la opinión de que los pacientes con depresión grave no deberían someterse a la intervención si ésta puede aplazarse. Las depresiones postoperatorias establecen un pronóstico de una pobre recuperación de la intervención, frecuentes recidivas de los síntomas originales o la aparición de nuevos síntomas físicos y psicológicos." (5)

"La psicosis postoperatoria es notable en su predilección por pacientes que han sido sometidos a una cirugía a corazón-abierto. Aunque la tasa de psicosis en la generalidad de pacientes sometidos a cirugía es menos del 0.1 por ciento, en reportes tempranos sobre pacientes sometidos a cardiectomía la psicosis o delirio se reporta con una ocurrencia de una tasa tan alta como del 30 al 40 por ciento. Estudios recientes, sin embargo, demuestran que la psicosis es menos frecuente que lo que reportan las series más tempranas. Caracterizada por transitorias distorsiones perceptuales, alucinaciones visuales y auditivas, desorientación e ideas paranoicas, la psi

cosis aparece después de un breve intervalo postoperatorio lú
cido. Los concomitantes somáticos incluyendo hiperventilación,
taquicardia y anorexia, pueden impedir la recuperación quirúr
gica y ensombrecer la interpretación del estado clínico del
paciente. El delirio y la agitación pueden llevar a los pa-
cientes a muchas actitudes o acciones deteriorantes tales co-
mo sacarse las sondas o intentar suicidarse. Su confusión per
turba a sus familiares y a los pacientes que se encuentran a
su alrededor." (3)

"El estudio de Layne O.L. Jr., sostiene el argumento de
que la psicosis postoperatoria en pacientes sometidos a car-
diotomía está multideterminada.'

'El descubrimiento psicológico más importante es el he-
cho de que en aquellos pacientes que no expresaron o no pu-
dieron expresar ansiedad preoperatoria, la psicosis postope-
ratoria se desarrolló más frecuentemente. Tales pacientes de
pendieron enormemente del mecanismo de defensa de negación.
Ellos negaron el temor y la ira asociados con el peligro de
la cirugía sobre un órgano enfermo asociado tan íntimamente
con la vida, la muerte y el espíritu. Los pacientes que en
este estudio emplearon la negación como una defensa primaria
retuvieron serias preguntas sin contestar acerca de la compe
tencia y motivaciones de su cirujano. Después de la severa
agresión física de la cirugía y en la atmósfera no familiar
de la unidad de cuidado intensivo, el mecanismo de negación
viene a ser inoperable. El dolor postoperatorio era muy in-
tenso y la línea media de incisión muy desfigurante como pa-
ra ser negados y excluidos de la conciencia. Los temores sub
yacentes y la desconfianza emergieron. Bajo este concepto no
es sorprendente que la psicosis resultante contenga fuertes
elementos de paranoia: seis de los ocho pacientes que se vol
vieron psicóticos temían ser perseguidos aun por sus propios
médicos." (13)

DEPRESION POSTOPERATORIA

"Una operación puede ser un completo éxito quirúrgico, no obstante, debido al significado psicológico del procedimiento, el paciente puede tornarse tan depresivo que sufre más por esto que por la enfermedad física. Los sentimientos de inutilidad y melancolía son las reacciones postoperatorias más frecuentes, incluso los pacientes con tales reacciones pueden escapar a la atención de los doctores y enfermeras que están justificadamente concentrados en la recuperación quirúrgica. Estas depresiones pueden ocurrir en el período inmediato postoperatorio o hasta la convalecencia, cuando el paciente enfrenta el retorno inminente a su vida familiar o a su modo de vida. Muy frecuentemente, los pacientes que desarrollan serias depresiones sobrellevarán una operación sin alteraciones significativas en el estado de ánimo, sólo para recaer semanas o meses después de una recuperación aparente. Esto indica que las depresiones postoperatorias ameritan considerarse separadamente, muy aparte de las psicosis o del delirio que usualmente aparecen unos pocos días después de la operación."

RECUPERACION DEMORADA

'El paciente cuya recuperación de una operación es demorada debido a síntomas no comúnmente prolongados, intensos o fantásticos puede tornarse en un mayor problema para la rehabilitación. Sin embargo el paciente puede no dar ninguna indicación durante el período postoperatorio inmediato, de tal manera que los síntomas persistirán mucho después de que la lesión haya sanado, él está todavía potencialmente impedido. Ya sea enfermo o sano, él está incapacitado y no obstante una incapacidad física obvia y múltiples enfermedades, parece ser que el deterioro está en la motivación más que en la incapacidad estructural. Si el psicólogo detecta tempranamen

te a tales pacientes durante la convalecencia, puede reconocer que el deseo de recuperación ha sido obscurecido por el temor. La intervención psicológica apropiada puede tener un gran éxito en este momento que más tarde, después la invalidez crónica se establece.'

SOBREDEPENDENCIA

'Uno de los problemas más molestos del período de convalecencia es aquel en el que el paciente se vuelve dependiente de las drogas. Sin embargo este es sólo una forma especial del problema general del paciente sobredependiente quien puede ser definido como aquel que requiere de ciertas drogas, gente, o situaciones, con el objeto de impedir síntomas clínicos. Tales pacientes obtienen una satisfacción emocional de las drogas más allá de sus efectos primarios farmacológicos, y demandan más apoyo de las personas de lo que realmente pueden necesitar. Como una consecuencia, la hospitalización postoperatoria se convierte en una situación en la que el paciente está psicológicamente más incapacitado de lo que su condición física real amerita. El paciente sobredependiente usualmente manipula e involucra al personal hospitalario en roles que trascienden su función médica, coloca a unos contra otros, y explota el deseo de ser atendido.'

'Hipotéticamente la sobredependencia de algunos pacientes es fomentada por otra persona con la cual existe una relación mutuamente ambivalente. La situación de estar completamente desvalido, con el paciente recibiendo un cuidado limitado y la otra persona administrando ilimitadamente la atención, puede perpetuarse porque resuelven un conflicto crucial en su relación.'

PREDILECCION POR LA MUERTE

'El cirujano cauteloso reconoce que el paciente que está convencido de que no sobrevivirá a una operación es un pronóstico malo. Sin embargo una relación precisa entre una premonición de muerte y su ocurrencia actualmente es desconocida, estudios preliminares han indicado que hay diferencias considerables entre el paciente que teme morir y el paciente que está convencido de que morirá. Algunos pacientes que antes de la operación están convencidos de que morirán están crónicamente deprimidos, son personas aisladas que siempre han parecido vivir en la sombra de la muerte, temiendo el contacto con la realidad y la vida, y huyendo de toda relación humana. Otros pacientes ven una operación como una solución final a las miserias y perplejidades de la vida. Mientras que otros están ni deprimidos ni ansiosos, pero calladamente admiten lo inevitable de la muerte, si se lleva a cabo una operación." (7)

REGRESION

"La preocupación y ansiedad del paciente por su enfermedad y la operación inminente tiende a sobrepasar su capacidad de mantener un equilibrio emocional. Así, las diferencias individuales en las enfermedades de la regresión dependen de la intensidad de los sentimientos de aislamiento, inmovilización, y el agotamiento de los recursos psicológicos del paciente como resultado de su temor al daño o a la muerte. Se cree que el significado específico de la intervención para el paciente individual desempeña un papel más importante en la génesis de la regresión que la cantidad de estímulos o stress precipitados por la experiencia quirúrgica.'

'Helene Deutch ha postulado que el stress que da lugar a neurósis transitorias está formado por dos tipos de angustia: la angustia de narcosis y la angustia de castración.'

'Angustia de narcosis: la angustia de narcosis consiste en el miedo a la anestesia. En un sentido más amplio incluye el miedo a la muerte, debilidad y la pérdida de control sobre los propios músculos y sentidos. A veces se expresa abiertamente el miedo a la anestesia; otras veces se desplaza hacia otro elemento de la experiencia quirúrgica. Por ejemplo, puede tomar la forma de una intensa aversión al reposo en cama, o un insomnio que aumenta a medida que se aproxima el día de la intervención, o puede asociarse con un factor ambiental específico.'

'En teoría, la regresión es completa y rápidamente reversible cuando la enfermedad del paciente ha mejorado de manera eficaz con la cirugía. Sin embargo, en la realidad, la reversibilidad de la regresión depende de la duración e intensidad de la regresión, que a su vez depende de la potencia de adaptación del paciente.'

'Angustia de castración: según la teoría freudiana, la ansiedad de castración tiene su origen en el miedo del niño pequeño a la pérdida de los genitales. Como determinante del trastorno emocional, y la regresión en los pacientes quirúrgicos, el significado de la ansiedad de castración puede extenderse al miedo a la lesión o pérdida de cualquier parte del cuerpo. El stress de la intervención puede reactivar la ansiedad de castración cuando los conflictos infantiles no se han resuelto en el estadio del complejo de Edipo.'

'Algunos pacientes luchan intensamente con la ansiedad y la depresión provocadas por la experiencia quirúrgica a través de los mecanismos de defensa de la supresión, represión,

negación o formación reactiva. En estos pacientes, la ansiedad no verbalizada puede encontrar expresión en un aumento de irritabilidad, en intensas demandas de atención, o en un duro rechazo de todos los ofrecimientos de ayuda. De manera análoga, cuando no puede verbalizarse la represión, puede manifestarse por apatía, aislamiento, insomnio y quejas somáticas, incluyendo un cierto aumento en el dolor psicógeno.'

'Defensas frágiles, como la negación y la formación reactiva, provocan una depleción adicional de los recursos del paciente por sus efectos del consumo de energía de acumulación. Además, estos mecanismos pueden producir una regresión más rápida y profunda.' (5)

SINDROME CEREBRAL ORGANICO POSTOPERATORIO

"Esta reacción se manifestó cuando los pacientes despertaron de la anestesia. No hubo intervalo lúcido. Típicamente, los pacientes en este grupo cometieron serios errores cuando se les preguntó el día o la fecha, y en los casos más severos estaban desorientados en lugar. Ellos generalmente no mostraron aberraciones perceptuales tales como fenómenos ilusorios o alucinatorios. En su forma más severa, los pacientes estaban comatosos, y algunos murieron sin recuperar la conciencia. Algunos de estos exhibieron francos síntomas neurológicos, con paresias y disartrias. Otros tuvieron serias insuficiencias cardíacas, renales o hepáticas." (9)

ANATOMIA FRENTE A DUDA

"El reposo en cama, la administración de líquidos por vía intravenosa, la silleta y todas las demás experiencias inmovilizantes o poco dignas a las que está sometido el paciente quirúrgico, dan lugar a sentimientos de impotencia, duda e inferioridad. Tiene que volver a descubrir si es po-

sible desenvolverse de manera independiente y al mismo tiempo aceptar el apoyo indispensable de un cirujano que es considerablemente más poderoso.'

'El médico no debería intentar gratificar las demandas infantiles del paciente, ni tampoco puede reaccionar como si la desconfianza y las dudas del paciente estuvieran justificadas. Tiene que aprender a refrenar la tendencia hacia la cólera o la impaciencia que podría estar justificada en otras interacciones sociales." (5)

"Ambos, el síndrome cerebral orgánico temprano y el delirio están relacionados con la edad avanzada y con la severidad de la enfermedad antes de la operación. Sin embargo, el síndrome cerebral orgánico temprano aislado está relacionado con la presencia de organicidad antes de la cirugía, el tiempo total de la operación y el grado de hipotermia. La enorme frecuencia del síndrome cerebral orgánico sobre el disco oxigenado parece atribuirse al tiempo prolongado de la operación. A diferencia del delirio, el síndrome cerebral orgánico puede no estar significativamente relacionado con el tiempo en la válvula de paso. Sin embargo Tufo ha reportado una relación significativa entre los signos orgánicos postoperatorios tempranos y el tiempo prolongado en la válvula de paso y la hipotensión en la válvula de paso. La severidad de la enfermedad médica postoperatoria es un factor significativo en ambos, el delirio y el síndrome cerebral orgánico temprano. Los factores ambientales postoperatorios obviamente no juegan ningún papel en la producción del síndrome cerebral orgánico temprano.'

'En el año de 1965 se reportó que el delirio era el producto de la interacción de múltiples factores. Se encontró que la enorme severidad de la enfermedad antes de la operación y un tiempo más largo tanto en la cirugía como en la válvula de paso, que contribuyen a la disfunción cerebral, in

crementaron la posibilidad de que el delirio haya sido producido por los stresses subsecuentes del cuarto de recuperación donde una atmósfera llena de tensión y la rutina, impusieron un estado de privación de sueño y monotonía sensorial. El trabajo en curso continúa sugiriendo que muchos factores interactúan en la producción del delirio. La importancia relativa de cualquier factor puede variar de paciente a paciente, el delirio viene a ser el resultado de la suma de estos stresses."

(9)

"Fred H. Herring realizó una encuesta entre residentes quirúrgicos y anestesiistas en un hospital de quinientas camas. Solicitó la opinión del personal acerca de los rasgos de personalidad de los pacientes que a su juicio coincidían con postoperatorios pobres. Nueve categorías fueron señaladas, todas ellas susceptibles de determinar postoperatorios pobres: 1) ansiedad o miedo, 2) falta de seguridad, 3) depresión, 4) inestabilidad o mala adaptación, 5) rigidez intelectual, 6) inteligencia alta, 7) introversión, 8) pensamiento primitivo, 9) reacción estresante idiosincrática." (20)

"Los síndromes postoperatorios raramente tardán más de una semana. Los síndromes de convalecencia, sin embargo, pueden persistir indefinidamente, convirtiéndose al final en una hipocondriasis o invalidez crónica. Debido a que los pacientes no son obligados a estar activos durante el período postoperatorio, los síntomas persistentes y los problemas de dependencia, pasividad o adicción pueden no ser reconocidos. Frecuentemente, los pacientes obstinados son enviados a casa para "convalecer" solamente para retornar más tarde a "rehabilitación" cuando sus defensas han sido solidificadas alrededor de un foco de deterioro. Es imperativo reconocer a estos pacientes durante la hospitalización inicial y, mediante una apropiada intervención psicológica, intentar una interrupción del curso funesto que dé paso a una invalidez crónica

ca quirúrgica o psicológica. Ciertamente, los métodos comunes de rehabilitación para inválidos convalecientes no han sido eminentemente satisfactorios.'

'Los pacientes que desarrollan síndromes de convalecencia no son necesariamente aquellos que solamente desarrollan síndromes preoperatorios o postoperatorios gruesos. Sin embargo, los pacientes que han mantenido una adaptación precaria antes de una operación pueden mostrar tipos enteramente diferentes de actividad después de la operación, cuando son llamados a ocupar su actividad usual. Lo que fue una reprimida postura para una dependencia puede desarrollarse en una invalidez intratable; el empobrecimiento de un recurso mayor de gratificación y auto-estima puede ser seguido por un bajo rendimiento a una convicción de debilidad y de afecciones hipofondriacas. En algunos pacientes, las ventajas secundarias de estar enfermos tienen más peso que las dudosas ventajas de la propia salud.'

'Para explicar por qué algunos pacientes desarrollan síndromes de convalecencia y otros no, puede proponerse una hipótesis: La operación impersonal ataca a un conflicto específico que el paciente no ha sido capaz de resolver. El contraste de la convalecencia prolongada es que los síntomas exceden al daño físico observable. Esto sugiere que los síndromes de convalecencia son el resultado tanto de la motivación anormal como del debilitamiento del ego, ya que la capacidad fisiológica está relativamente inalterada. El efecto total de la operación es para resolver el conflicto crónico imposible sin una regresión psicológica y resignación de las lucas motivadas de la vida ordinaria." (8)

"Muchos pacientes que pueden ser rehabilitados permanecen en los hospitales a causa de conflictos emocionales no reconocidos. La recuperación de la salud comprende el abandono de un status algo infantil y volver a adoptar el papel de

adulto. El deseo del paciente de realizar esta transición depende de factores como el grado de madurez antes de la enfermedad, el tipo de la misma, su duración, la intensidad con que fue cuidado, sus necesidades psicológicas profundas, la situación vital con que se enfrenta después de la recuperación, y la voluntad de los demás de promover su crecimiento.'

'Muchos pacientes experimentan temor cuando dejan el hospital, sobre todo si han estado hospitalizados durante un largo período de tiempo, si la enfermedad era grave, o si hay una amenaza nefasta de reactivación del trastorno físico. Algunos pacientes vacilan ante el hecho de enfrentarse con una situación familiar, social o de trabajo desagradables. Pueden experimentar una exacerbación de su enfermedad, desarrollar nuevos síntomas físicos o experimentar síntomas histéricos o de ansiedad. Algunos intentan encontrar racionalizaciones para permanecer más tiempo en el hospital. Otros expresan abiertamente su cólera por el hecho de que se les dé de alta. Algunos pacientes, durante la hospitalización, pueden obtener gratificación para sus excesivos deseos latentes de dependencia. Algunos detestan esta dependencia e insisten en el alta demasiado pronto.' (5)

FACTORES PREDISPONENTES

"Existen muchos síndromes operatorios para los que la ayuda psicológica es necesaria. Por ejemplo, cuando frente a una operación un paciente siente una ansiedad silenciosa que se abstiene de expresar. Existe esa sensación familiar de impotencia que aparece en ciertas situaciones insuperables. El cree que su enfermedad es el resultado de la violación de preceptos morales, por lo menos se debe a sus faltas personales. Habitualmente en el momento en que él se encuentre en una situación precaria, se vuelve extremadamente conciliatorio y obediente. Trata de hacer exactamente lo que cree que se espera de él; no hace demandas, excepto semiapologéticamente, minimiza, sin negar, su inconformidad. Debido a que se encuentra temeroso, puede ser exageradamente cortés con todo el personal y condescendiente a todos los procedimientos. Agradece a cada persona por cualquier clase de servicio, desde el cirujano que lo visita y la enfermera que le toma la temperatura hasta la persona que le lleva la comida y al que trapea el piso. Como resultado tanto de la ansiedad como de una vaga culpabilidad, evade escrupulosamente ofender, no solamente mediante su conducta defensiva, sino también a través de la adopción racional de una actitud que despertará aprobación. En resumen, esta es una descripción del paciente ideal, difícilmente un candidato para evaluación psicológica, mucho menos para terapia. No obstante, tal paciente sufre de algún tipo de síndrome operatorio. Puede incluso llamarse síndrome preoperatorio normal, desde el momento en que el paciente no puede desarrollar nunca disturbios severos durante los períodos postoperatorio o de convalecencia."

'Aunque la siguiente lista de factores es incompleta, es posible aplicarlos a cualquier paciente quirúrgico y probar su significancia pronóstica:

- 1.- Efecto secundario de la cirugía
- 2.- Anticipaciones preoperatorias

- 3.- Tipo de intervención quirúrgica
- 4.- Preparación quirúrgica
- 5.- Experiencia hospitalaria previa
- 6.- Adaptación y orientación hospitalaria
- 7.- Disposición emocional predominante
- 8.- Edad

1.- Efecto Secundario a la Cirugía.

El impacto del procedimiento quirúrgico puede, además de tener el efecto primario fisiológico sobre la parte anatómica, tener un efecto psicológico secundario como resultado del daño de un órgano importante en el mantenimiento de un patrón de adaptación, regulación de stress, o prueba de realidad. El deterioro funcional puede ser ya sea un daño actual o un disturbio anticipado, y consiste en deterioros de percepción, funcionamiento, comunicación, o significancia simbólica que pueden producir ansiedad, depresión, culpa, o enojo junto con defensas exageradas como la negación, la proyección, el desplazamiento, el acting out, y demás. Esta hipótesis ha sido probada estudiando las reacciones de los pacientes que sobrellevan operaciones normales mediante síntomas inequívocos atribuibles a un órgano particular. La confirmación ha sido ya demostrada por pacientes que se sometieron a operaciones de los ojos, prostatectomías, y procedimientos ginecológicos.

2.- Anticipaciones Preoperatorias.

Existen pacientes que consideran la cirugía como un beneficio potencial, mientras que otros la conciben como algo destructivo. Las expectativas incluyen deseos "positivos", o esperanza, y temores "negativos", o desesperanza. Estas actitudes pueden ser inconscientes, y no son del todo correlativas con la gravedad de la enfermedad, el grado de las quejas

somáticas, o el riesgo de la operación. Un procedimiento relativamente trivial, tal como una resección submucosa, puede evocar conflictos latentes más efectivamente que una operación seria, tal como una cirugía radical del intestino.

La proporción relativa de esperanza y desesperanza, del beneficio anticipado y del daño, puede ser un elemento crucial para provocar síndromes operatorios. Pueden existir conflictos que son activados por la cirugía, y por lo menos algunos pacientes consideran una operación como un medio para adquirir alivio del conflicto.

3.- Tipo de Intervención Quirúrgica.

Los síndromes operatorios ocurren más frecuentemente en pacientes que sufren de una enfermedad invalidante crónica, y pocas veces en pacientes que son operados por una emergencia o por un procedimiento selectivo. Los pacientes que presentan una enfermedad crónica se someten a cirugía debido a que su recuperación no ha sido posible por otros medios. Estos pacientes ingresan al hospital con un bajo nivel de esperanza y con un alto grado de desesperanza, no obstante ellos pueden encubrir sus magras expectativas. El deseo de beneficio puede ser intenso, pero rara vez existe una ingenua actitud optimista o un deseo ilimitado de ser operado. Lo más predominante es el simple temor a que la cirugía, como otros tratamientos, falle. Tales pacientes muestran un rango modulado de sentimientos, desde la resignación a la desilusión y en un orden descendente de incapacidad, hasta la desmoralización y una profunda depresión.

Pocos pacientes que presentan una enfermedad invalidante crónica expresan franca ansiedad. El continuo deterioro físico aparentemente previene el abrupto acceso de temor que es observado en aquellos que son, más o menos, llevados de

una vida de salud a una operación cuyo éxito es dudoso. En contraste, el paciente crónico es a menudo indirecto en su ansiedad. "¡ Pobre Dr. X, él se decepcionará tanto si la operación no resulta !". Otros pacientes estarán tan interesados en trivialidades, tales como la forma en la que le sirven la comida, o en la alacridad de las enfermeras. Ellos pueden insistir en ciertas idiosincrasias de su vida cotidiana; una mujer, por ejemplo, estaba indignada porque le habían servido jugo de naranja en lugar de jugo de uva, el cual ella prefería. Otros pacientes desarrollan un interés en el paciente que está en el cuarto de abajo, y de mala gana preguntarán si una operación realmente ayudará a esta persona. La aprehensión puede incluso ser disfrazada por un interés indebido acerca de las funciones corporales que no están relacionadas con la presente enfermedad. Como la desesperación anticipada puede por lo tanto ser ocultada en pacientes inválidos crónicos, así también, la esperanza preoperatoria es raramente discernible. Una actitud estoica puede indicar una total renuncia a lo inevitable; una negación suave de ansiedad puede ser igualmente engañosa.

Se lleva a cabo una operación de emergencia cuando el paciente está sufriendo de dolor extremo o porque su vida está en peligro. La motivación del paciente es alta; como regla, él coopera con el cirujano para aliviar síntomas y para impedir un desastre. La pena y el agudo dolor son persuasivos potentes y el deseo de beneficio pesa más que el temor al daño. Por lo tanto, en una cirugía traumática, el paciente se alía con el doctor; solamente después de la operación hace intratables los síndromes de convalecencia. El factor tiempo por sí solo mitiga los síndromes preoperatorios.

En procedimientos selectivos, el paciente no sustenta el efecto coercitivo de dolor, injuria, o la amenaza a la vida. El presenta pocos síntomas relacionados con el órgano

que se somete a cirugía; la expectativa de beneficio es más grande que el temor remoto de deterioro. Es sólo después de la operación, cuando él experimenta complicaciones incómodas o se da cuenta de que no puede mágicamente ser protegido en contra de futuras desgracias, que él se pregunta entonces si ha tomado una sabia decisión. Debido a que la esperanza es máxima y a que el temor está casi ausente, prácticamente no existen síndromes preoperatorios asociados con procedimientos selectivos. Desde el momento en que el deterioro postoperatorio de capacidad es incluso raro, no ocurren síndromes postoperatorios o de convalecencia, con una excepción: Este es el paciente psiquiátrico no reconocido quien busca un tratamiento somático por un desorden psicológico. Tal es el hombre que insiste en una operación plástica de la nariz para curar su ansiedad social, o la mujer que insiste en una histerectomía, esperando que sus conflictos sexuales sean extirpados.

4.- Preparación Quirúrgica.

Se obtiene poca información del paciente entre el momento de la decisión y la admisión hospitalaria para la cirugía. Está claro, sin embargo, que los síndromes preoperatorios ocurren usualmente después de que el paciente ha estado suficiente tiempo en el hospital como para desarrollar una actitud hacia la operación. En cualquier caso, una razón del por qué los síndromes preoperatorios no son frecuentes es que los cirujanos reconocen los peligros de demorar y operar tan pronto como sea posible.

Un paciente se prepara para una operación de muchas maneras. Las observaciones de amigos que tienen enfermedades u operaciones similares les permite a algunos pacientes anticipar resultados similares para ellos mismos. A pesar de la preparación por la cirugía profesional más experta, algunos

pacientes ignorarán la evaluación objetiva y se rendirán a sus deseos o temores. Los pacientes que sufren de dolor fantasma de un miembro están frecuentemente plagados de horribles fantasías acerca de la fatal pérdida del miembro. Tantos factores están involucrados en la preparación para la cirugía que enumerar solamente las posibilidades es fútil. La respuesta inmediata de un paciente a la recomendación quirúrgica puede ser una guía para la clase de preparación psicológica que requiere.

5.- Previa Experiencia Hospitalaria.

La novedad física de la admisión hospitalaria parece no ser un factor predisponente importante en los síndromes operatorios, excepto cuando la prueba de realidad ya está deteriorada como en algunos pacientes seniles. Una historia de delirio postoperatorio, sin embargo, siempre amerita una evaluación cuidadosa. Estos pacientes a menudo, negarán el delirio o la confusión, y usualmente evadirán las preguntas que se les haga acerca de experiencias previas hospitalarias. Muchos pacientes declararán: "Todo está en el pasado", o cuando el consultante insista, dirán: "¡ Yo no puedo recordar qué sucedió en el hospital!". Las declaraciones de amnesia o repudiaciones exageradas de confusión son prácticamente diagnóstico de síndromes operatorios previos. Mientras que la represión, la supresión, y la negación son defensas comunes contra el temor a una recurrencia, algunos pacientes describirán sus experiencias quirúrgicas anteriores con una emoción tan intensa que su riesgo a los dolores psicológicos es obvia. En contraste, otros pacientes que han sido sometidos a muchas cirugías sin presentar síndromes operatorios desarrollarán ocasionalmente una depresión severa o una actitud paranoide. Un síndrome operatorio que ocurre por primera vez en un paciente quirúrgico veterano puede ser atribuido al efecto desmoralizante de la enfermedad progresiva y al trata-

miento ineficaz, más que a un deterioro de la prueba de realidad.

6.- Orientación Hospitalaria.

La invalidez física hará que algunos pacientes se sientan incapacitados psicológicamente, particularmente aquellos que experimentan una seria enfermedad por vez primera. Para estas personas, el hecho de la admisión hospitalaria y el deterioro real de la capacidad de seleccionar y de confiar en sí mismo implica una renuncia a todos los medios previos de dominio independiente. Si la impotencia que implica la enfermedad evoca técnicas negativas de dominio, el paciente considerará al personal como sus contrarios a los que tiene que vencer, más que como colaboradores. La forma específica de la relación médico-paciente es una guía confiable para la clase de adaptación que el paciente requiere en su vida cotidiana.

7.- Disposición Emocional Predominante.

Janis enfatizó la importancia del grado de ansiedad anticipatoria para estimar la respuesta emocional postoperatoria. El presentó evidencias de que un grado moderado de ansiedad anticipatoria y las defensas que se diferencian de los stress son las indicaciones más favorables de un curso postoperatorio favorable. Los pacientes con una alta ansiedad están más dispuestos a estar ansiosos después de la operación, mientras que los que presentan baja ansiedad y que manifiestan negación pueden desarrollar reacciones agraviantes durante la convalecencia. Janis estaba interesado en las reacciones normales al stress, mientras que nuestra experiencia ha estado confinada a las reacciones anormales. Es tan difícil comparar un sentimiento de aniquilación intrapersonal del paciente -"ansiedad"- con el de otro, así como lo es

comparar el dolor físico que aquellos experimentan. Aun la negación demanda una descripción específica; una negación verbal transparente es menos indicativa de una actitud anormal que una negación global mediante la fantasía, en la que el paciente repudia incluso el hecho de la enfermedad o la operación.

Cercanamente relacionados con las disposiciones emocionales están los patrones característicos del paciente. Estos son sus estados de ánimo y su sensibilidad emocional, sus técnicas de proceder en los problemas, y la clase de relaciones humanas de las cuales depende. Esta clase de información proporciona un índice para evaluar el grado de anormalidad, así como la clase de distorsión que el stress evoca en las relaciones del paciente con otros.

En nuestra opinión, la predisposición emocional más favorable es una de las esperanzas preoperatorias preponderantes, aun en la fase de desesperación, incertidumbre y temores. Este elemento de motivación positiva es de importancia crítica en el pronóstico y tratamiento. Si esto se comprueba, la psicoterapia preoperatoria aumenta su importancia.

8.- Edad.

Se ha observado una alta incidencia de confusión, delirio, y depresión entre los pacientes de edad avanzada que son admitidos en el hospital por vez primera. Esto aparentemente no está relacionado con la clase de procedimiento quirúrgico y se debe al hecho de la admisión. Nuestra impresión es que la edad cronológica no es tan importante como factor predisponente en los síndromes operatorios como lo es la habilidad para adaptarse al deterioro stressante de la capacidad y para mantener elevada la esperanza anticipatoria. El factor de esperanza depende no sólo de la motivación intra-

personal de beneficio sino también del apoyo interpersonal
de personas familiares." (8)

CONSULTA TERAPEUTICA

"En el ansia clasificadora de las modernas ciencias del hombre, es frecuente referirse a la personalidad disminuida como un tipo de personalidad peculiar a cada síndrome invalidante en el organismo. De acuerdo con esta orientación existirían tantas personalidades disminuidas como causas de disminución, y las reacciones serían comunes en todos los sujetos que las padecieran. Por fortuna para la riqueza y variabilidad de la persona humana, pero por desgracia para la claridad sistematizadora, no podemos afirmar que existan personalidades definidas correspondientes a cada tipo de disminución. Un amputado de extremidades superiores puede reaccionar de manera diferente a otro amputado que posea exactamente la misma limitación en el uso de sus miembros. Un cardíaco puede colaborar en los esfuerzos del equipo rehabilitador y otro cardíaco con los mismos síntomas físicos mostrarse agresivo y opuesto al tratamiento. Existen otros factores más importantes que la propia disminución para explicar el comportamiento frente a la misma, y entre ellos debemos situar en primer lugar a la personalidad previa o personalidad premórbida, los problemas reales que suscita la disminución para la persona afectada, el apoyo que recibe de su entorno social, tanto profesional como familiar, y el significado consciente o inconsciente que para el individuo tiene la limitación."

' El comportamiento que un cliente de la rehabilitación exhiba no corresponderá, por tanto, exactamente al tipo de disminución que posea, sino a una serie de factores personales y sociales mucho más complejos que una mera clasificación de limitaciones orgánicas. Ello complica, sin duda, el trato que deba dársele a cada paciente, pero al mismo tiempo pone de relieve la variabilidad de la personalidad humana y sus reacciones frente a las situaciones conflictivas que la experiencia vital ofrece. Lo máximo que podemos afirmar es que la limitación física plantea un problema a cada

individuo, pero que la personalidad y conducta subsiguiente que exhiba será un resultado de su propia experiencia y de la experiencia de sus relaciones con los demás que ha tenido lugar antes y después del trauma físico. La readaptación psicológica buscará ante todo el equiparar al paciente para que comprenda su limitación lo más objetivamente posible y sus reacciones sean conducentes a un mayor éxito del proceso global de la rehabilitación.'

'Un factor importante de las reacciones frente a la disminución es la edad, que condiciona en gran parte el éxito de la rehabilitación. Aunque la personalidad se forma durante toda la vida y nunca es definitiva, es evidente que existen unos años de formación de la personalidad básica, niñez y adolescencia, durante los cuales puede cambiar profundamente la propia concepción del mundo. En el hombre adulto también existen posibilidades de cambio, pero los agentes deben ser más intensos y duraderos, y aun más en la vejez, en cuya etapa es muy difícil borrar los esquemas básicos fruto de un proceso vital prolongado." (16)

"Las influencias regresivas de la relación cirujano-paciente parten de la reactivación de problemas de confianza y autonomía. Erikson ha señalado que una de las tareas cruciales del desarrollo en la infancia es adquirir una sensación de confianza en el ambiente y en las personas significativas de este ambiente. Esta sensación de confianza básica procede de las buenas experiencias con padres firmes, seguros y razonablemente gratificadores. La segunda tarea del desarrollo consiste en adquirir un sentimiento de autonomía que resistirá sentimientos básicos de vergüenza y duda. La relación cirujano-paciente, al mismo tiempo que ofrece fuerzas y apoyo, también reactiva inevitablemente los conflictos de confianza frente a desconfianza y de autonomía frente a duda.'

'El paciente lucha conscientemente con el problema de si puede confiar en su médico y enfermeras en todas las fases de la experiencia quirúrgica. Este problema tiene poco que ver con una valoración objetiva de la competencia profesional del cirujano. Antes bien, están en disputa los sentimientos personales del paciente de un período primitivo de su desarrollo reactivados, lo que explica la inusitada sensibilidad del paciente a acontecimientos aparentemente fuera de propósito. La empatía y firmeza en las actitudes de los médicos y las enfermeras hacia el paciente puede contribuir de manera muy favorable." (5)

"Toda afección física lleva aparejada una cierta adaptación psíquica del individuo que la soporta, incluso en el caso de las enfermedades menos graves y temporales, pero en la mayoría de los casos la propia persona afectada posee los recursos psicológicos propios para hacer frente a la situación. El éxito de la adaptación psíquica se encuentra dado por dos factores: las posibilidades psicológicas de la persona y la intensidad de la limitación física, tendrá lugar una adaptación individual que no poseerá una mayor trascendencia que cualquier otro proceso vital conflictivo. Los problemas surgen cuando una grave afección física supera la capacidad de reacción psicológica del individuo o cuando una pequeña limitación física se produce en una personalidad débil, carente de mecanismos psicológicos de defensa. Ello explica la reacción diferencial que frente a una misma limitación, ofrecen diversas personas; para unas supone meramente una prueba más en el vivir cotidiano, pero para otras puede ser el principio de graves problemas personales.'

'Debido a estas diferencias en la personalidad básica, es por lo que no podemos categorizar previamente las consecuencias que una limitación puede tener en el equilibrio

psicológico de un sujeto. La limitación física no origina automáticamente una respuesta psicológica igual de cada sujeto, sino una reacción peculiar a la personalidad previa (premorbida) que posea y que podía estar equipada o no para hacer frente a las consecuencias de la limitación.'

'La readaptación psicológica es aquella parte del proceso global de rehabilitación que intenta compensar los efectos desfavorables de la disminución de la personalidad y comportamiento del disminuido." (16)

"Se propone la participación psicológica en el manejo de pacientes quirúrgicos para suavizar los problemas emocionales que interfieren ya sea con la operación inminente o con la embarazosa convalecencia. El manejo psicológico se combina con el tratamiento quirúrgico para lograr metas a corto plazo; es decir, para ayudar al paciente a través del difícil curso hospitalario. Desde el momento en que, las verdaderas ansias del cirujano como del psicólogo coinciden, no debiera existir desacuerdo en la política del manejo. Una evaluación psicológica prolongada es impráctica en una guardia quirúrgica laboriosa, así que el énfasis inicial está designado a descubrir los conflictos que complican el curso hospitalario del paciente. El segundo paso es para proponer una formulación psicodinámica de estos conflictos que, a su vez, es la base del tercer paso, un programa racional de manejo. El cuarto paso es la implementación activa del programa por el psicólogo. Estos son, por lo tanto, los cuatro principales lineamientos de la consulta terapéutica: (1) Una rápida evaluación de los problemas psicológicos más apremiantes, (2) Una explicación psicodinámica explícita de los conflictos predominantes, (3) la proposición de un programa práctico de manejo, y (4) Una participación activa del psicólogo. La consulta psicológica difiere de la convencional dirigida, en que es el personal, más que el pa

ciente, quien solicita la asistencia. Sin embargo, esto no necesariamente significa que el paciente frecuentemente tenga más recelos con respecto a las implicaciones de una consulta psicológica, que el mismo cirujano. Ocasionalmente protestará un paciente, pero la mayoría de los pacientes participarán libremente en una entrevista psicológica; algunos incluso aceptan la oportunidad para discutir sus problemas emocionales.'

'Al confrontar a un paciente por primera vez, el psicólogo se concentra de inmediato en la razón por la que lo refirieron. Esto significa que usualmente empieza con las quejas tanto del paciente como de los cirujanos. Mientras que un paciente puede estar sufriendo por su enfermedad, el psicólogo deberá apreciar claramente que el cirujano debe estar preocupado también por la situación del paciente; de otra manera, no hubiese solicitado una consulta.'

'La razón por la que se refiere a algún paciente, frecuentemente involucra tanto a los síntomas del paciente como a los efectos perturbadores que estos tienen sobre la relación doctor-paciente. Por ejemplo, es usual encontrar que algunos síndromes operatorios, ya sean síntomas psicológicos o conducta indeseable, siguen a un período de alienación de los doctores y las enfermeras de los cuales depende el paciente. El diagnóstico psicológico es por lo tanto expedido si el cirujano da una razón específica para la consulta, más que por una simple solicitud de "evaluación". Si se le argumenta al psicólogo que el paciente "se niega a comer" o "insiste en cantar fuerte", estará mejor informado que si solamente se le pide que examine a un paciente "no cooperador"

'Un indicio del problema clínico y de los disturbios en la relación médico-paciente puede encontrarse en la fase del tratamiento quirúrgico o en el curso de la hospitalización

cuando se propone una consulta psicológica. Esto puede ayudar a establecer los factores que han precipitado un conflicto e indicar qué tan necesaria es la participación psicológica. Por ejemplo, una canalización que llega justo antes de que un paciente es dado de alta puede significar que la ayuda psicológica no es considerada como parte del manejo quirúrgico. En contraste, si se solicita al psicólogo que evalúe a un paciente al momento de su admisión, su participación es tácita durante todo el curso de la hospitalización, ya sea que el cirujano lo reporte o no. A menos que el consultante psicológico considere que su opinión es necesaria lo más pronto posible y que cada fase del tratamiento quirúrgico tiene problemas especiales, requerirá entonces de toda su asistencia, él puede limitarse a un reconocimiento inicial rápido sin el ofrecimiento de un programa práctico o sin hacer visitas de seguimiento. Cuando esto sucede, él no es tan indispensable ni para el paciente ni para el cirujano.'

'A partir de los puntos de ventaja iniciales de la razón de la canalización, la relación doctor-paciente, y la fase de tratamiento, el psicólogo puede proceder a una evaluación más completa. El utiliza antecedentes de la enfermedad, inferencias de conducta, actitudes y emociones conscientes, y asociaciones para clarificar y, más tarde, formular los conflictos predominantes. Los deseos y temores conscientes pueden implicar fantasías no expresadas; la conducta perturbadora puede revelar patrones defensivos característicos; las reacciones emocionales, tales como el enojo, la aflicción, o la ansiedad sugieren ciertos tipos de conflicto. La actitud social del paciente en el hospital indica cómo se relaciona con otros en la comunidad. La evaluación clínica toma completa cuenta del medio social reciente y remoto en el que se desarrolló la enfermedad. Las actitudes del paciente y la adaptación a su ocupación, a la familia, a la gente, y

a todo lo que se refiere a su vida pasada pueden ayudar al consultante a anticipar algunos de los problemas que pueden desarrollarse durante la hospitalización, particularmente aquellos relacionados con ventajas secundarias -los beneficios psicológicos que se incrementan por el solo hecho de estar enfermo.'

'Concomitantemente con la evaluación, el psicólogo procura la más efectiva relación doctor-paciente. En la consulta terapéutica el psicólogo no es un observador neutral ni desapasionado, sino un participante activo. La relación doctor-paciente es planeada de acuerdo con la formulación psicodinámica, y se utiliza para lograr resultados terapéuticos.'

'La formulación psicodinámica asume que el conflicto es el factor central que precipita y sustenta los desórdenes psiquiátricos. Por consiguiente, la formulación trae consigo tanto información descriptiva como principios dinámicos. Es una expresión sistemática de cuatro componentes del conflicto: funciones reguladoras del ego, patrones emocionales predominantes, relaciones objetales, y los elementos nucleares de deseos y temores dentro de un contexto temporal. Para ser útil, una formulación debe proveer principios operacionales, explicatorios y lógicos que distingan los hechos de las inferencias, las crisis de los conflictos, los datos de las opiniones. Todavía más, una formulación, debe ayudar a hacer la comunicación tan clara como en cualquier especialidad médica.'

'Aun cuando las tendencias del programa psicológico son las mismas de las del manejo quirúrgico, especialmente, la recuperación del paciente, algunas veces pueden presentarse conflictos aparentes entre ellos. Por ejemplo, una operación selectiva en un paciente con una fuerte disposi -

ción a obtener ventajas secundarias no es prometedora de ser exitosa; los beneficios psicológicos pueden ser ligeramente comparados con el riesgo de la invalidez prolongada. Por la mutua evaluación de los eventos psicológicos y fisiológicos, el cirujano y el psicólogo están capacitados para resolver estos problemas. Un paciente puede tener problemas emocionales serios asociados con una enfermedad que, por sí misma, requiere de cirugía. A pesar del riesgo de las complicaciones emocionales, el cirujano está obligado a proceder a la operación. En esta situación, el objetivo psicológico es introducir al paciente a través del curso hospitalario y más tarde a través de la convalecencia anticipando los obstáculos psicológicos. Una enfermedad psicológica sería rara vez contraindica una cirugía, todavía más, cuando una operación es obligatoria. Si los riesgos psicológicos son anticipados y manejados racionalmente, aun el paciente con un alto grado de disturbios emocionales puede tener una convalecencia sin novedades. De hecho algunos pacientes sobrellevan una remisión de síntomas psicológicos durante una enfermedad seria y su convalecencia es comparable a la de los pacientes más "cooperadores" r

'En nuestra experiencia, aun cuando la operación involucra un órgano de alto significado emocional, la convalecencia no sólo fue imperturbable sino que, en muchos respectos, la preparación psicológica promovió un buen resultado operatorio. Sin embargo, esto no se aplica a aquellos pacientes histéricos o hipocondríacos que demandan auxilio por breves períodos, pero desde el momento en que la operación no resuelve problemas subyacentes, frecuentemente se presenta una recurrencia de síntomas somáticos y preocupaciones. '

'Dado que la tendencia de la consulta terapéutica está limitada, el programa que el psicólogo propone a menudo

puede parecer magro en comparación con los planes más ambiciosos y visionarios de una permanente modificación de personalidad. No obstante, una intervención apropiada que es psicodinámicamente pertinente, puede ser altamente efectiva. El fracaso o éxito del manejo del programa depende tanto de una evaluación psicodinámica certera como de una participación activa del mismo psicólogo." (7)

"Los pacientes quirúrgicos pueden desarrollar una variedad de desórdenes psicológicos durante los períodos postoperatorios, preoperatorios, y de convalecencia. Estas complicaciones psicológicas de la cirugía son llamadas síndromes operatorios. Mientras que un síndrome puede diferir empíricamente de otro, tienen una estructura psicodinámica común."

"Es posible manejar a estos pacientes efectivamente por medio de la consulta terapéutica. Esta consiste de un método de cuatro fases el cual es deliberadamente regulado con las exigencias quirúrgicas: (1) la evaluación rápida del problema presentado en su contexto clínico; (2) la formulación psicodinámica de los conflictos apremiantes del paciente y su forma de desafiarlos; (3) un programa racional específico de manejo basado en la formulación; y (4) la implementación activa y la participación directa del psicólogo en realizar el programa durante la hospitalización."

"El concepto básico es que los pacientes con síndromes operatorios sufren de desórdenes de motivación en sus anticipaciones de esperanza y de miedo, y de disturbios de la capacidad del ego resultantes de la operación actual o inminente. Algunos de los factores que contribuyen al desarrollo de síndromes operatorios son discutidos, así como algunos factores terapéuticos que ayudan a restaurar una eficiente capacidad del ego." (8)

CASOS ILUSTRATIVOS

CASO DE DELIRIO POSTOPERATORIO

"Una señora Francesa-Canadiense, de 72 años de edad, madre de 10 hijos, se tornó confusa, combativa y paranoide después del segundo día de una operación que se le realizó para separar la retina. Ella se encontraba desorientada, bulliciosa, agitada, e insistía en que existía un complot para encerrarla e impedir su regreso a casa.

Pese a sus sospechas, el consultante encontró a la paciente dispuesta a hablar de ella misma. El notó que esta fuerte y autoconfiada mujer se había hecho cargo de su numerosa familia trabajando como costurera, después de haber envidado tempranamente. Con el objeto de permanecer fiel al recuerdo de su esposo, ella describió orgullosamente cómo había rechazado varios ofrecimientos matrimoniales. A los 60 años, a causa de glaucoma, la paciente perdió la visión del ojo derecho, la operación actual era la tercera y, probablemente, el último intento de salvar la visión del ojo izquierdo. Sus vecinos en un pequeño pueblo de Canadá habían observado el esfuerzo de toda la vida de esta valiente mujer y habían contribuido para formar un fondo, el cual permitió a la paciente viajar a Boston para la operación. A partir de esta información el consultante infirió que el temor al encierro encubría una preocupación mucho más crucial y real, que la total ceguera y dependencia. Existía solamente un temor a que sus numerosos amigos pudieran desilusionarse de ella si fallaba en recuperar su vista. Su limitado conocimiento del inglés y la ignorancia por parte del personal del idioma francés agravaban todavía más el problema clínico inmediato.

Usando una técnica psicoterapéutica que se encontró útil en el tratamiento del delirio, el doctor concentró sus esfuerzos en la esfera de la estabilidad y los logros pasados, con el fin de reorientar a la paciente con respecto al

período de su vida cuando el ego funcionaba con su máxima eficiencia. Un aspecto importante de este tipo de tratamiento es establecer una firme y no ambigua relación médico-paciente. Por esta razón, el consultante confesó que su conocimiento del Francés era en verdad limitado, y preguntó a la paciente cómo pronunciar correctamente varias palabras. Una de estas palabras fue "delirio". Cuando ella parecía confundida, él le explicó lo que esto significaba, y a manera de ejemplo, le describió su reacción emocional después de la operación.

La paciente se confundió nuevamente al siguiente día y gritaba que todos la estaban volviendo loca. A pesar de la oclusión de la vista, la paciente luchó por llegar hasta un pórtico raquíptico varios pisos arriba, donde se encontraba en peligro inmediato de caer. Por una coincidencia, el consultante regresó en el momento en que las enfermeras se esforzaban por regresar hacia adentro a la paciente. Inmediatamente el consultante entró en la rifa e insistentemente le dijo a la paciente quién era él. Al fallar en atraer su atención repitió varias veces "délire", la traducción de "delirio" que habían discutido el día anterior. Cuando ella momentáneamente hizo una pausa, el consultante le dijo que estaba sufriendo de esa condición (el delirio) en ese momento y que se lesionaría ella misma a menos que le obedeciera. Después de una prolongada pausa, ella le llamó por su nombre y le permitió llevarla de regreso a su cama. En el transcurso de las próximas semanas, fue visitada dos veces diariamente y ya no sufrió de más episodios de confusión.

CASO DE PSICOSIS POSTOPERATORIA

Un viudo de 73 años de edad se sometió a una laparotomía, por una obstrucción intestinal. Tres días después de la operación se sintió desorientado, agitado y decepcionado. Rechazó tanto la comida del hospital como los suplementos in -

travenosos argumentando que estaban envenenados. Las entrevistas con el consultante sólo provocaron la reiteración inenarrable de su temor de ser dañado, y se construyó una relación médico-paciente nada favorable.

El paciente no tenía visitantes excepto su casera, la cual era, de hecho, su única amiga. Ella describió la forma de vivir tan solitaria del paciente en un desván, donde subsistía con una dieta marginal para ahorrar dinero. Debido a que tenía muchas maneras exageradas de ahorrar centavos, se encontraban ocultos en su cuarto por lo menos \$ 20,000.00. El informe de la casera sugirió al consultante que el temor del paciente de ser envenenado estaba basado en un miedo crónico a perder su dinero. Debido a que el paciente confiaba en su casera, el consultante arregló una entrevista de tres personas en la cual la casera pudo sustentar la confianza del doctor y asistirlo en sus preguntas. Desde el momento en que la nutrición era un principio médico inmediato, la conferencia se llevó a cabo durante el almuerzo. Por primera vez desde la operación, el paciente comió sin vacilación. Al mismo tiempo, se informó al paciente que el hospital tenía conocimiento de su preocupación financiera y que había asignado a un defensor para proteger sus intereses. Incluso se le explicó que una de las ventajas de su recuperación sería que él pudiera estar nuevamente capacitado para administrar sus propios asuntos. Su casera secundó vigorosamente todos estos planteamientos hechos por el consultante. La casera aceptó permanecer con él durante toda la noche. El tomó su desayuno sin recelos y se volvió más tratable.

El paciente subió de peso y no manifestó suspicacias después del período inicial, pero su potencial paranoide persistió. Después de su recuperación, fue transferido a una casa-enfermería, pero durante la primera noche, huyó, caminando 12 millas en pijama hasta su casa para contar su

dinero. Después de descubrir que su tesoro estaba intacto, inmediatamente se instaló en su antiguo estilo de vida, lo cual aparentemente controló su proclividad hacia las ilusiones paranoicas. Bajo estas circunstancias, él permaneció libre de síntoma.

CASO DE DEPRESION POSTOPERATORIA

Un vendedor de automóviles de 73 años de edad, fue sometido a una prostatectomía suprapúbica con el objetivo de remediar la retención urinaria. Aun cuando antes de la operación él se manifestaba amistoso y extrovertido, a partir del primer día postoperatorio se volvió malhumorado, lacrimoso y desalentado. Perdió su usual apetito voraz cuando su herida se infectó ligeramente pocos días después, y permaneció abatido y apático.

El consultante evaluando la causa de la depresión abrupta, descubrió que la dificultad prostática era sólo la más reciente de un número de incapacidades menores acumuladas que, durante tres años, progresivamente habían menoscabado su eficiencia como vendedor y como esposo. El lamentaba amargamente que la prostatectomía lo menoscabara todavía más, porque estaba convencido de que ello ocasionaba la completa incapacidad sexual. La potencia, de hecho, había disminuido conforme los síntomas urinarios se agravaban, pero él consideró que la operación, era "el tiro de gracia". El se enorgullecía de sí mismo, ya que, no obstante 50 años de matrimonio, tenía el apetito y funcionamiento sexual de un hombre joven. Aun cuando la posibilidad de la impotencia había sido explicada por su cirujano, el paciente declaró : "Los cirujanos sólo rebanan sin decirte lo que estás perdiendo". Debido a la negación o incomodidad del paciente, las explicaciones no penetraron completamente. El paciente, temía que una ausencia de potencia pudiera alejar a su esposa y crear una pérdida de respeto hacia él a pesar del he -

cho de que, muy aparte de la actividad sexual, había indicadores de que ellos poseían una vida matrimonial muy feliz.

El consultante reconoció que el temor del paciente de perder a su esposa continuaba menguando su potencia y que era una proyección de una actitud presuntuosa hacia el funcionamiento sexual.

Como resultado, el doctor puntualizó que la próstata no es una glándula sexual en el sentido usual y que no todo aquel a quien se le ha removido se vuelve impotente. Además, la historia del paciente que indicó un vigor sexual prolongado indicaba que sus temores no estaban justificados. Un fuerte énfasis fue puesto en la actitud del paciente hacia su menoscabo general en el funcionamiento. La masculinidad, se le dijo, no es medida exclusivamente por la capacidad sexual, la cual naturalmente disminuye con el envejecimiento, después de que la función biológica de procrear niños ha sido cumplida. Finalmente, fue confrontado con la observación de que 50 años de matrimonio probaban que el amor de su esposa no estaba basado únicamente en su eficiencia como compañero sexual. Algo severamente, el consultante añadió que el paciente parecía más dedicado a probarse a sí mismo que era un hombre por medio del acto sexual que en expresar su amor. Todavía más, su temor de perder a su esposa no era tan importante para él como otro temor, el de perder su autoestima. En una entrevista separada, la esposa del paciente confirmó la impresión del doctor, y cooperó en la restauración de la confianza de su esposo.

Después de varias entrevistas, la depresión decreció. Su apariencia una vez más se volvió gentil; sus modales, complacientes; y su actitud hacia las enfermeras, de flirteo.

CASO DE RECUPERACION DEMORADA

Un exlabrador de 49 años, al cual le habían amputado ambas piernas fue referido al consultante debido a su dependencia hacia los narcóticos y a su renuencia de aprender a usar sus prótesis.

Durante toda su vida había sido devoto al trabajo físico pesado y al deporte vigoroso, hasta dos años antes cuando, casi simultáneamente, desarrolló tanto una enfermedad coronaria como una severa diabetes. Una serie de enfermedades y una falta de habilidad para controlar la diabetes le provocaron una doble amputación. Después de esto fue reducido a una absoluta invalidez, y tuvo que privarse de cazar, de pescar y de luchar, lo cual había sido la esencia de su vida.

No obstante que su esposa y su hija tenían que trabajar para mantener la casa, el paciente estaba más interesado en sus dos hijos, que estaban en el ejército. Primeramente, él temía que su enfermedad pudiera impedirle ser un ejemplo para ellos de lo que un verdadero hombre debe ser y hacer. La diabetes era una "enfermedad de mujer", él tenía esta idea desde el momento en que su único encuentro con un diabético había sido con una tía soltera, quien nunca había sido de su agrado.

El era un hombre corpulento con una vigorosa sonrisa y una forma de ser amistosa. En un corto tiempo, sin embargo, el consultante comprendió que por debajo de la complacencia ostensible del paciente había una constante rabia hacia la crueldad del destino y hacia la disminución de sus movimientos. Era claro que su extraordinario vigor lo había protegido exitosamente de reconocer su temor hacia la invalidez, la cual ahora había sido lanzada hacia él.

La creciente demanda de drogas ayudó a aliviar su depresión y su rechazo a usar piernas artificiales constituía casi una gruesa negación a la existencia de las prótesis. Sus persistentes síntomas también proveían una racionalización para su aparente indiferencia de ayudarse a sí mismo.

El programa terapéutico hizo uso del yo ideal del paciente de un hombre deportista como medio para restaurar su autoestima. Primero, el paciente y el consultante discutieron solamente de tópicos de mutuo interés -armas de fuego y cañas de pescar- acerca de los cuales el paciente tenía claramente un conocimiento superior. La discusión de deportes y juegos los llevó indirectamente al tema de la diabetes; el conocimiento superior del doctor en esta área le permitió contarle al paciente acerca de atletas campeones que habían controlado su diabetes, y que el tener tal enfermedad no era necesariamente un agravio a su masculinidad. A partir de la diabetes, las discusiones gradualmente conllevaron al tema de las amputaciones, y de los otros hombres para quienes esto no había sido un evento catastrófico. Se puntualizó que él tenía más que muchos otros hombres que apenas empezaban. Afortunadamente, para entonces se le pudo mudar a otro cuarto, cerca de un hombre joven que había perdido su pierna en un accidente. Esto se llevó a cabo como una oportunidad para el paciente de demostrar por ejemplo, cómo había hecho con sus hijos cuando les enseñó a pescar y a cazar, lo que un hombre puede y debe hacer. Como un "favor personal" para el cirujano, se le pidió que estimulara al joven a caminar con su prótesis. Como resultado, él no tuvo otra alternativa que tomar medidas más activas por sí mismo. La drogadicción fue manejada por la substitución gradual de whiskey, y después se redujo a lo que él acostumbraba beber. En unas pocas semanas él había progresado hacia una relativa independencia y eventualmente reasumía su ocupación como labrador.

CASO DE SOBREDEPENDENCIA

A consecuencia de una severa polineuritis infecciosa, un joven de 20 años estuvo cerca de la muerte durante varias semanas. Además de la parálisis, desarrolló un absceso pulmonar y una úlcera duodenal. Durante la plenitud de su enfermedad, todas sus funciones biológicas y sociales no dependían de él. Estos arreglos de tubos en cada orificio que proveían oxígeno, alimento y eliminación, estaban constantemente atendidos por las enfermeras. Mientras que él estuvo en la lista de peligro por un prolongado período, sus padres literalmente vivían y dormían en el hospital, mientras su padre asumía las funciones de enfermero.

Eventualmente, después de un curso largo tormentoso, el paciente empezó a recuperarse. La fiebre bajó, el absceso disminuyó, y pudo mover ligeramente sus piernas. Sin embargo, el paciente por sí mismo se aisló del personal que había estado cuidando de él con tanta dedicación en el momento en que parecía que su recuperación era segura. Se oponía a cada procedimiento como si fuera muy doloroso; exigía más narcóticos y se volvía abusivo si se le negaban las drogas. Solamente sus padres se escapaban del descontento del paciente. Aun su padre, quien había sido un modelo de cooperatividad durante el período crítico, empezó sutilmente a apercibir a los doctores y entró en disputa con sus esfuerzos para controlar los narcóticos y motivar al paciente para hacer las cosas correctamente por su propio bien. Los padres consideraban que negar al paciente sus demandas era provocar una recaída, evento que no era enteramente imposible. El creciente antagonismo entre la familia y los doctores los llevó a una consulta psicológica.

El consultante entrevistó tanto al paciente como a su

padre. El comprendió que la mayor queja del paciente era la brutalidad del personal, acompañada por el temor hacia los instrumentos, tales como el respirador y la traqueostomía. No existía, sin embargo, una rabia abierta hacia el personal, excepto una justa indignidad por haber sido tan maltratado. El consultante descubrió que el padre del paciente, quien había estado a su cuidado por tantas semanas, era un ingeniero altamente exitoso cuyo trabajo lo había mantenido lejos de casa por largos períodos. Para recompensar a su hijo por su negligencia, durante tiempos prolongados, el padre había relegado sus obligaciones profesionales y se hizo a sí mismo indispensable hacia su hijo.

Se les clarificaron varias cosas. Una fue que el paciente provocaba respuestas de enojo en otras personas para justificar su propia cólera. Otra fue que el paciente, durante su enfermedad, había tenido más atención de su remoto padre que nunca antes en su vida. El consultante vislumbró que existía un resentimiento considerable hacia el padre, y un deseo todavía de mantener una dependencia hacia él. Esto se asumió por algunas acusaciones irracionales a un nivel de negligencia dirigidas al devoto personal profesional, por medio de una reducción de estas quejas hacia sus padres, por su creciente ansiedad cuando el padre del paciente estaba fuera del cuarto, y cuando los doctores le indicaban que él debería hacer más por sí mismo. Estaba claro que los narcóticos más que reducir el dolor, aliviaban la ansiedad que le provocaba la separación. Todavía más, el consultante reconoció que la censura del paciente hacia el personal estaba siendo fomentada por el padre quien había trabajado diligentemente para que se recuperara. Existía por lo tanto, un doble problema para el manejo psicológico -el del paciente y el del padre-

El consultante primero revisó el caso con el personal

de guardia. El puntualizó que la explosión de coraje del paciente estaba motivada más por temor que por beligerancia o por falta de aprecio. Sin embargo, era obvio que el interés del personal había disminuido. Parte de esto se debió a la actitud antagónica del paciente, pero existió todavía un sentimiento menguante intangible de interés cuando el pa - ciente comenzó a recuperarse, una heroica dedicación de día y noche no era ya necesaria. Existía aun un fuerte elemento de rechazo real por parte del paciente a hacerse cargo de sí mismo.

Para entonces, era razonable asumir que la sobredepen - dencia estaba motivada por un deseo de retener tanto a los doctores como a su padre, y por un temor de ser abandonado a su propio coraje. Sobre esta base, donde quiera que fuera, el paciente se quejaba de dolor, el internista se propuso visitarlo y examinarlo, en vez de ordenar medicamentos simplemente. La técnica de substituir un contacto humano por el narcótico fue altamente efectivo, y pronto el consumo de droga fue reducido considerablemente.

En sus visitas con el paciente, el psiquiatra le ex - plicó varios procedimientos médicos con el objeto de trans - mitir que lo que parecía "brutal" era actualmente un esfuer - zo por mantener su bienestar. La prueba de realidad fue for - talecida por medio de explicaciones, en tanto que el consul - tante aclaró el motivo actual de las manipulaciones de los doctores. Cuando el paciente, después de muchos estímulos, gradualmente intentó ayudarse a sí mismo, fue pródigamente alabado, mientras que cualquier claudicación era ignorada. Era felicitado, por ejemplo, por el mejoramiento de su voz, y entonces fue necesario hablar acerca de sus amigos, a los cuales debería ver pronto. Los temores, que eran un substi - tuto de sus síntomas, también disminuyeron cuando la aten - ción era desviada hacia sus esfuerzos voluntarios.

Los padres, particularmente su padre, fueron inducidos gradualmente a ser menos solícitos. El doctor enfatizó su reconocimiento del coraje y la devoción de ellos, e indicó que no sólo no era necesario cuidarlo más sino que merecían unos días de descanso. Todavía más, fue puntualizado que si ellos permanecían dándole constante atención como en el pasado, podría obstaculizar el progreso de su hijo en este punto. El padre con placer aceptó una oportunidad de tener un descanso. Durante los primeros días de ausencia de los padres al paciente le fue concedido el privilegio de ver una hora más la televisión, y durante este tiempo el internista siempre hizo una visita inesperada. Este favor usualmente evitó una petición de medicamentos en las tempranas horas de la mañana.

Cuando los padres regresaron después de las vacaciones de la semana, el paciente ya no tomaba narcóticos y no requería del constante servicio del respirador. Su convalecencia a partir de este punto fue progresiva y completamente tan gratificante como lo fueron las medidas más tempranas de salvamento.

CASO DE PREDILECCION POR LA MUERTE

El paciente era un granjero inmigrante Griego de 71 años de edad quien tenía una úlcera duodenal desde hacía 15 años. Se le había recomendado una operación en dos ocasiones previas, debido a que había sido incapaz de seguir un régimen médico. En cada ocasión él se había negado, diciendo que era preferible el suicidio que la cirugía. El dolor insoportable lo llevó al hospital e hizo obligatorio el procedimiento quirúrgico. Fue requerida una consulta psicológica, debido a que el paciente refirió que se sentía "deprimido". Solamente durante el curso de las entrevistas emergió la convicción de morir como un descubrimiento clínico signi

ficativo.

El paciente era un hombre agradable y cordial quien se interesaba por su dolor, pero no manifestaba ninguno de los síntomas de depresión. De una manera real, él simplemente a seguraba que moriría después de la gastrectomía subtotal. El no tenía ningún fundamento para tener esta convicción la cual parecía aceptar con completa ecuanimidad.

La reciente exacerbación del dolor de la úlcera había sido precipitada por un fracaso, que interpretó como un acto de Dios en contra de él. Diez años antes, él se había fracturado la mandíbula en una pelea a puñetazos en el mercado donde vendía vegetales. Perdió una gran cantidad de dinero en el despacho de abogados que siguieron su caso, y no recibió ninguna satisfacción de su agresor. Describiendo los eventos, su forma de ser cambió abruptamente y actuó como fue en el momento reviviendo la experiencia. "La alegría se fue", afirmaba, y todo mundo se volvió en contra mía. El no fue más al mercado. En cambio, vivió su vida en amarga soledad, señalando con formidable satisfacción las muertes sucesivas de aquellos que habían actuado en contra de él en el problema. Fue poco después de que su último enemigo fue sepultado que sus cosechas fueron destruidas por la sequía y su dolor de úlcera regresó. Esto fue para él una venganza de Dios por haber deseado la muerte de sus enemigos.

Los cirujanos hicieron muchos esfuerzos por darle seguridad al paciente, y el consultante trató de revisar y reinterpretar su situación real. El paciente se mantuvo amistososo, cortés, y firme en su premonición de muerte. La gastrectomía total se llevó a cabo sin complicación. Tres días desppués, sin embargo, en el curso de una recuperación tranquila, súbitamente se presentó disnea, se desarrolló una alteración arterial, y murió en unas pocas horas. La autopsia

reveló una trombosis que ocluyó la válvula arterial." .

(7)

III

M E T O D O L O G I A

M E T O D O L O G I A

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha observado que algunos pacientes quirúrgicos presentan reacciones psicológicas durante el período postoperatorio, las cuales, en un momento dado, les impide sobrellevar un adecuado curso de evolución y, en los casos más severos, les obstaculiza reincorporarse a su vida familiar, ocupacional, sexual y social, llevándolos a una invalidez crónica; convirtiéndose esto en un problema no sólo individual, sino también familiar y social. De aquí la importancia y necesidad de trabajar interdisciplinariamente en los casos quirúrgicos; es decir, además de la utilización de las técnicas médicas, paramédicas y de trabajo social, la implementación paralela de la intervención psicoterapéutica antes y después de la cirugía que permita minimizar al máximo la ocurrencia, la intensidad, y/o la duración de las alteraciones psicológicas que se presentan en los pacientes que se someten a cirugía.

Tanto en el extranjero como en México, se han realizado investigaciones que se refieren a aspectos psicológicos con respecto a personas sometidas a cirugías de cualquier parte del cuerpo; sin embargo, estas son pocas y la minoría - en el extranjero - relacionadas con el corazón. Después de una exhausta revisión pudo observarse que en México no existen estudios al respecto. Por lo tanto y retomando lo mencionado en la introducción de este trabajo, se seleccionaron pacientes sometidos a cirugía del corazón, por ser ésta la estructura del cuerpo considerada como la más importante, en la que el ser humano asienta sus emociones y la que suele relacionarse con la muerte repentina.

En resumen, el problema se plantea de la siguiente manera:

- ¿ Se presentan alteraciones en la personalidad durante el período postoperatorio en personas sometidas a cirugía del corazón bajo circulación extracorpórea ?

HIPOTESIS DE TRABAJO

Los pacientes que son sometidos a cirugía del corazón bajo circulación extracorpórea presentan alteraciones de la personalidad durante el período postoperatorio.

HIPOTESIS NULA

Los pacientes que son sometidos a cirugía del corazón bajo circulación extracorpórea no presentan alteraciones en la personalidad durante el período postoperatorio.

DEFINICION DE VARIABLES

- 1.- Variable Dependiente: alteraciones en la personalidad durante el período postoperatorio
- 2.- Variable Independiente: personalidad premórbida
- 3.- Variables Controlables: a) cirugía del corazón bajo circulación extracorpórea, b) de 20 a 40 años de edad, c) residentes del Distrito Federal o Zona Metropolitana, d) escolaridad mínima de 6o año de primaria.

INSTRUMENTOS

Para la realización de esta investigación se utilizaron:

- 1.- La entrevista dirigida
- 2.- El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI)

DISEÑO DE INVESTIGACION

Para poder observar si se presentaban alteraciones en la personalidad durante el período postoperatorio en personas sometidas a cirugía del corazón bajo circulación extracorpórea, fue necesario tener un parámetro de comparación, el cual se obtuvo mediante la aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota antes de la cirugía, mismo que se aplicó 45 días después de la misma. Por tanto el diseño que se implementó en esta investigación fue el de un solo grupo con pretest y postest.

SELECCION DE LA MUESTRA

La población fue elegida considerando las siguientes características:

- a) Pacientes que serían sometidos a cirugía del corazón bajo circulación extracorpórea
- b) Con una escolaridad mínima de 6o grado de primaria
- c) Cuyas edades fluctuaron entre los 20 y 40 años
- d) Con residencia en el Distrito Federal o en la Zona Metropolitana

PROCEDIMIENTO

Fase Preoperatoria (un día antes de la cirugía)

- 1.- Revisión de lista de pacientes que serán sometidos a cirugía del corazón
- 2.- Selección de pacientes basándose en las condiciones previamente establecidas (apartado selección de la muestra)
- 3.- Se procedió a explicar al paciente el motivo y el procedimiento de la investigación de la manera siguiente:

" Estoy haciendo un estudio del estado de ánimo en el que se encuentran los pacientes antes y después de la operación, me gustaría saber si quiere usted participar en esto y colaborar conmigo ... De ser así, yo le haré unas cuantas preguntas y tendrá que contestar un cuestionario que tiene 566 preguntas que se refieren a su vida, después tendría que venir 45 días después de su operación a entrevistarse conmigo. Esto no es obligatorio, ni perjudica el transcurso de su operación, ¿ quiere participar ? "

- 4.- Realización de entrevista dirigida al paciente para obtener los siguientes datos:

- a) Nombre y número de registro
- b) Edad
- c) Sexo
- d) Domicilio
- e) Escolaridad
- f) Estado civil
- g) Cirugías anteriores
- h) Ocupación anterior a la hospitalización
- i) Tiempo de desocupación

- j) Motivo de desocupación
- k) Fecha de ingreso
- l) Fecha de cirugía

5.- Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota dando las siguientes indicaciones:

" Aquí tiene usted un lápiz, una goma, un cuadernillo que tiene 566 oraciones y una hoja donde marcará las respuestas. Ahora por favor lea las instrucciones que aparecen en la primera página del cuadernillo, si hay algo que no entienda, pregunte y yo le explicaré... Empezamos "

6.- Establecimiento de cita postoperatoria anotando en un papel los siguientes datos:

- a) Nombre del paciente
- b) Lugar de cita:
 - Nombre de la Institución
 - Piso
- c) Fecha
- d) Hora
- e) Nombre del Psicólogo
- f) Teléfono de la Institución

Fase Postoperatoria (45 días después de la operación)

1.- Realización de la entrevista dirigida al paciente para obtener los siguientes datos:

- a) Ocupación
- b) Motivo de desocupación (en caso de no haberse reincorporado a su ocupación)
- c) Fecha de egreso

2.- Explicación al paciente:

" Le aplicaré nuevamente el mismo cuestionario de la vez anterior, no es necesario que se preocupe pensando la respuesta que dio la primera ocasión ... ¿ De acuerdo ? "

3.- Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota dando las siguientes indicaciones:

" Es conveniente que lea nuevamente las instrucciones para que recuerde bien lo que debe hacer... adelante "

4.- Despedida del paciente agradeciendo su participación

DISEÑO ESTADISTICO

Dado que el objetivo de esta investigación fue observar y determinar la existencia de alteraciones de la personalidad durante el período postoperatorio en personas sometidas a cirugía del corazón bajo circulación extracorpórea, y después de haber aplicado el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) antes y después de la cirugía a los mismos sujetos, se consideró aplicable para el análisis de los datos la prueba de significancia "t" de Student con muestras apareadas, es decir, la prueba "t" correlacionada.

Para la representación de los resultados se utilizaron tablas de frecuencias absolutas y frecuencias relativas o porcentajes pre y postquirúrgicos, así como gráficas de frecuencias relativas o porcentajes pre y postquirúrgicos de las variables con respecto a la muestra. También se incluyen los perfiles de pacientes a quienes se les aplicó el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota.

IV

RESULTADOS

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

M
Masculino

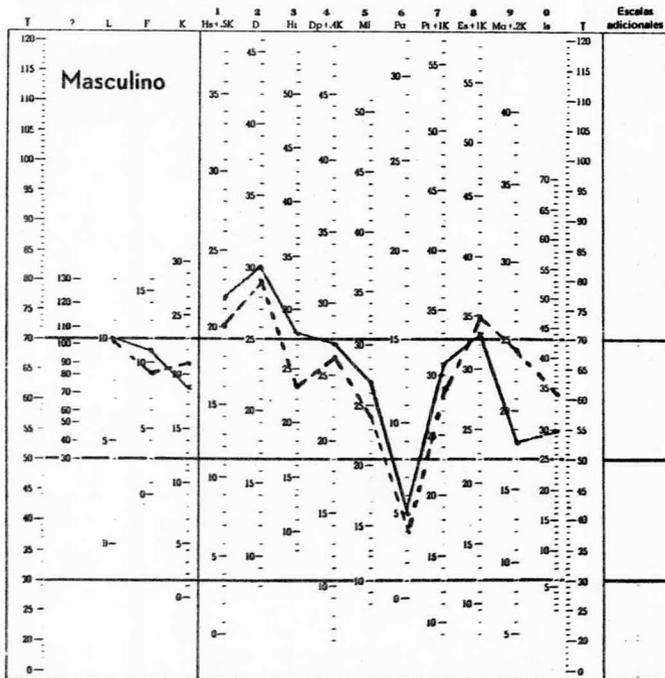
Nombre Ol (letra de molde)

Dirección Estado de México 01

Ocupación Hospitalizado Fecha de aplicación 19-03-61

Años escolares o estudios cumplidos Primaria

Estado Civil Soltero Edad 20 Referido por I.N.C.



Puntuación natural	0	10	11	19	12	20	28	19	22	5	13	14	14	20	---	---
Agregar factor K								8			19	19	4		---	---
Puntuación corregida								22			21	23	18		---	---

Fracciones K			
E	S	A	R
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1

NOTAS

FASE POSTOPERATORIA (punteado)

2	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0				
5	3	2	1	0	10	9	21	9	29	23	18	24	4	8	19	20	34
4	2	2	1				11		8		21	21	4				
2	1	1	0				20		26		29	35	24				
1	1	1	0														
0	0	0	0														



D.R. © sobre esta versión por la EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. 1980

Printed by El Manual Moderno, S.A. under licence of The Psychological Corporation © 1948, Copyright 1943, by the University of Minnesota

Firma Santa Clara Pico Fecha _____

MMPI
2-4

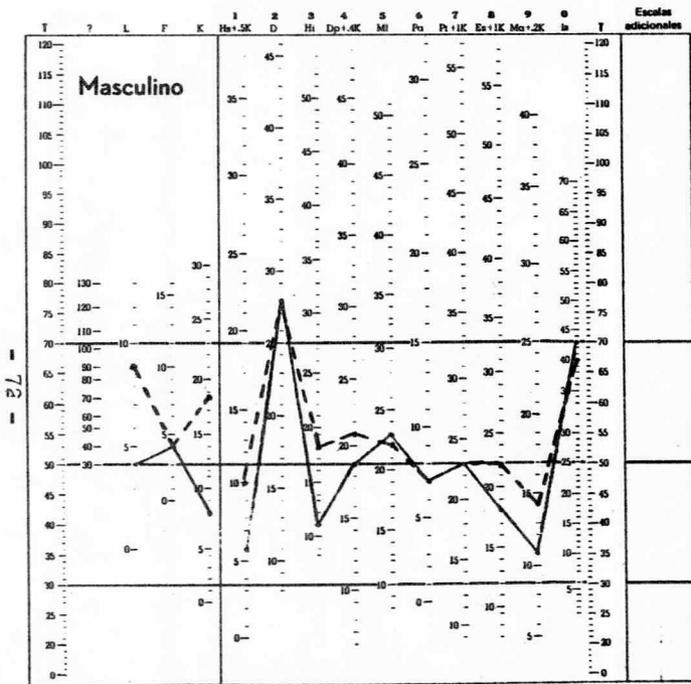
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

Nombre 02 (letra de molde)
 Dirección Distrito Federal 02
 Ocupación Hospitalizado Fecha de aplicación 31-08-61
 Años escolares o estudios cumplidos Carrera comercial
 Estado Civil Casado Edad 32 Referido por I.N.C.

M
Masculino



Puntuación natural: 0 4 9 8 2 28 11 16 22 7 15 10 9 43
 Agregar factor K: 7 3 8 8 2
 Puntuación corregida: 6 19 22 18 11

Fracciones K

E	A	A	A
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	1	0
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

FASE POSTOPLETORIAL (punteado)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
?	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
0	9	4	18	1	28	18	14	22	7	5
			9		7		18	18	4	10
			10		21		23	22	17	

D.R. © sobre esta versión por la EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. 1960

Printed by El Manual Moderno, S.A. under license of The Psychological Corporation © 1948, Copyright 1943, by the University of Minnesota

Firma Santaballa Díaz Fecha _____

MMPI
2 4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

F
Femenino

Nombre 04

(letra de molde)

Dirección Distrito Federal

04

Ocupación Hospitalizado

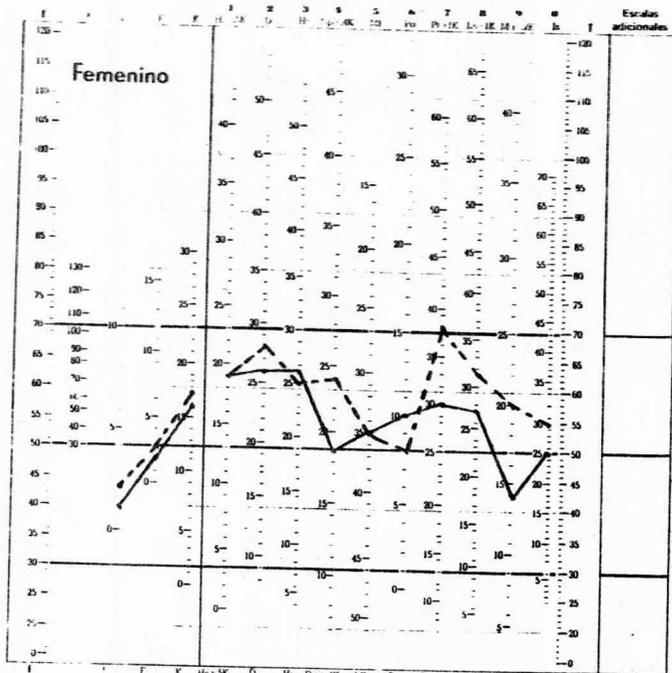
Fecha de aplicación 06-09-81

Años escolares o estudios cumplidos Bachillerato

Estado (Civ) Casada

Edad 24

Referido por I.M.C.



Escala				
K	S	A	2	3
30	15	12	6	
25	15	12	6	
28	14	11	6	
27	14	11	5	
26	13	10	5	
25	13	10	5	
24	12	10	5	
23	12	9	5	
22	11	9	4	
21	11	8	4	
20	10	8	4	
19	10	8	4	
18	9	7	4	
17	9	7	3	
16	8	6	3	
15	8	6	3	
14	7	6	3	
13	7	5	3	
12	6	5	2	
11	6	4	2	
10	5	4	2	
9	5	4	2	
8	4	3	2	
7	4	3	1	
6	3	2	1	
5	3	2	1	
4	2	2	1	
3	2	2	1	
2	1	1	0	
1	1	1	0	
0	0	0	0	

NOTAS

FASE POSTOPERATORIA (punteado)

?	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
0	2	3	17	10	28	25	17	35	8	21	14	17	30
					9		7			17	17	3	
					19		24			38	31	20	

74

Puntuación natural	0	1	3	16	11	26	26	13	35	10	14	11	11	25
Agregar factor K			8			6			16	16	3			
Puntuación corregida			19			19			30	22	14			



Firma Santa Eufemia

Fecha

MMPI
2 4

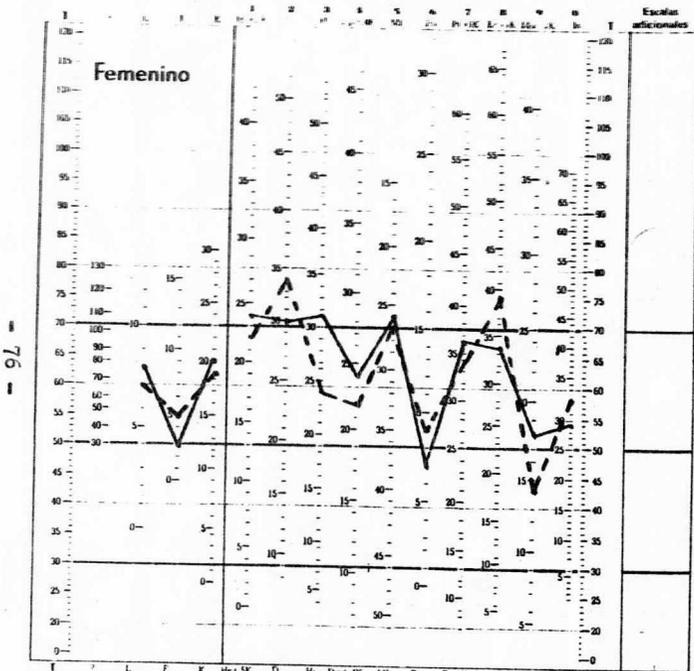
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Storke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

F
Femenino

Nombre 06 (Letra de nombre)
 Dirección Estado de México (Número de estado)
 Ocupación Hospitalizado Fecha de aplicación 14-09-81
 Años escolares o estudios cumplidos Carrera comercial
 Estado Civil Soltera Edad 20 Referida por I.N.C.



- 76 -

Puntuación natural	0	8	3	20	14	30	31	16	26	7	16	14	14	29
Agregar factor K			10				8				20	20	4	
Puntuación corregida			24				24				36	34	18	

Fracciones K			
K	S	A	T
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	3
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	1	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

FASE POSTOPERATORIA (punteado)

	2	1	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
	17	5	19	12	34	24	14	27	9	15	20	10	32	
				10			8			19	19	4		
				22			22			34	39	14		



Firma Santa Cruz Díaz Fecha _____

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

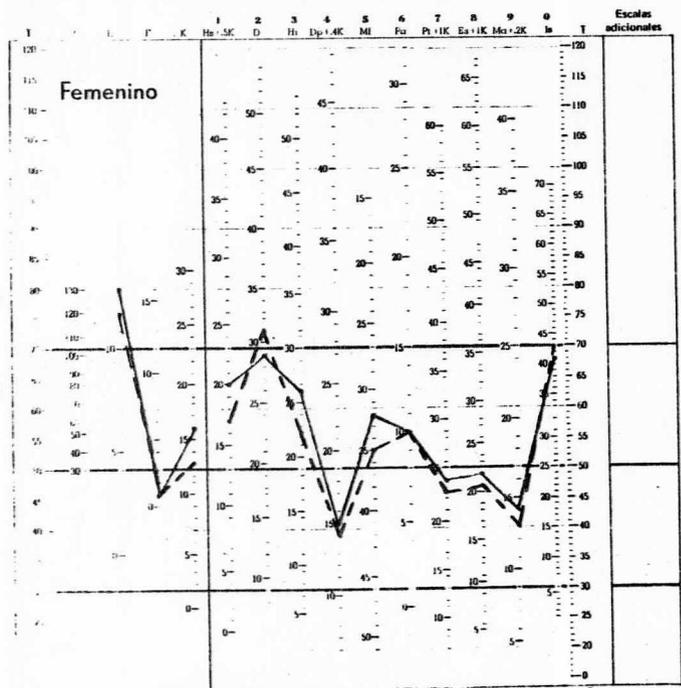
Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

F
Femenino

Nombre 07 (letra de molde)
 Dirección Estado de México 07
 Ocupación Hospitalizado Fecha de aplicación 14-09-81
 Años escolares o estudios cumplidos Primaria

Estado Civil Viuda Edad 40 Referido por I.N.C.



Fracciones K			
K	S	A	2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

FASE POSTOPERATORIA (punteado)

2	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
2	12	1	13	10	31	22	9	25	10	10	8	10	73
					<u>7</u>			<u>5</u>			<u>13</u>	<u>13</u>	<u>3</u>
					<u>17</u>			<u>14</u>			<u>23</u>	<u>21</u>	<u>19</u>

Puntuación natural	2	13	1	16	13	29	26	9	32	10	2	6	11	41
Agregar factor K				8			6				16	16	3	
Puntuación corregida				20			15				24	33	14	

III
III

Firma Santa Oliva Díaz Fecha _____

PERFIL Y SUMARIO

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

F
Femenino

Nombre 08

(letra de molde)

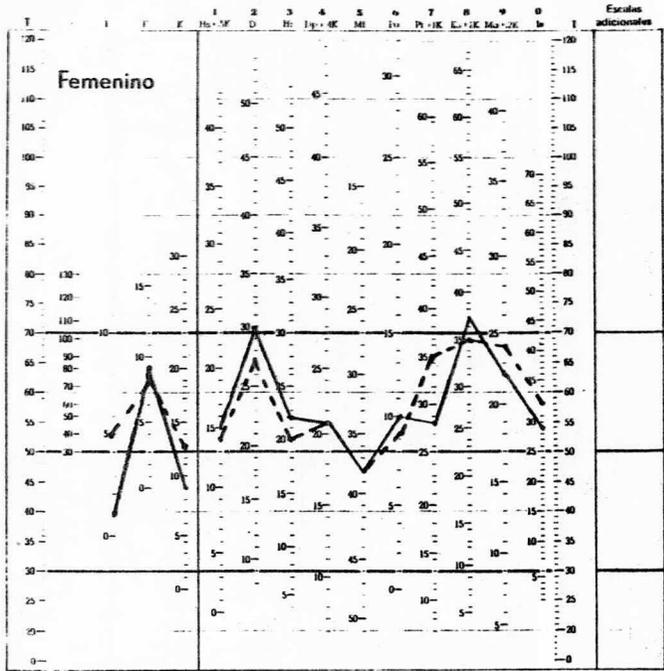
Dirección Estado de México 08

Ocupación Hospitalizado Fecha de aplicación 24-09-81

Años escolares o estudios cumplidos Carrera comercial

Estado Civil Soltera Edad 28 Referido por I.N.C.

- 78 -



Puntuación natural	16	1	9	9	10	30	22	17	38	18	19	28	20	29
Agregar factor K			5				7		9	9	2			
Puntuación corregida	15						21		28	37	22			

Fraciones K

K	S	A	T
30	15	12	6
23	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

FASE POSTOPERATORIA (punteado)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
7	2	3	4	5	6	7	8	9	0
14	5	8	13	7	27	20	16	38	9
				7		5		13	13
				17		21		35	35
								24	24

Firma Santa Cruz Pina

Fecha



PERFIL Y SUMARIO

MM
2 4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

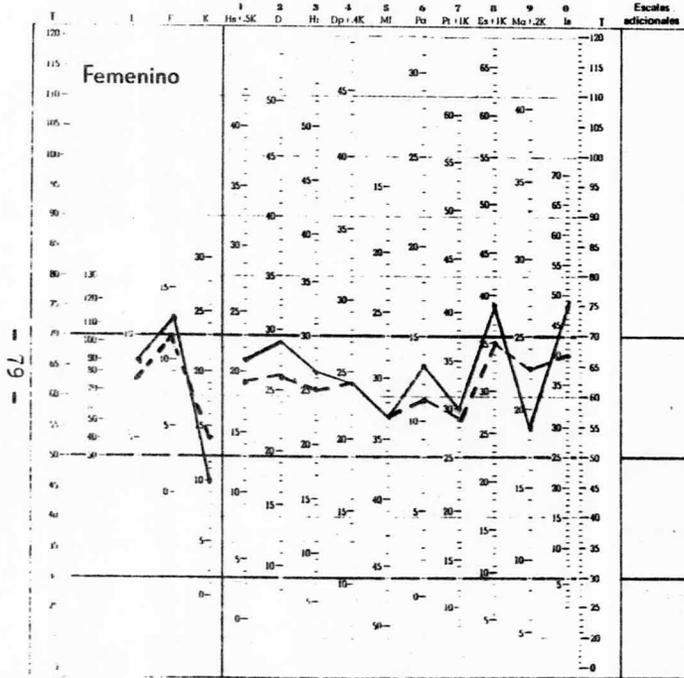
Starke R. Hathaway y J. Charney McKinley

F
Femenino

Nombre 09 (letra de molde)
Dirección Distrito Federal 09
Ocupación Hospitalizado Fecha de aplicación 05-10-81

Años escolares o estudios cumplidos Profesional

Estado Civil Soltera Edad 24 Referido por I.N.C.



Puntuación natural	0	9	13	10	16	29	23	20	33	13	20	29	17	18
Agrega factor K		5			4			10	10	3				
Puntuación corregida		21			24			30	39	17				

Fracciones K			
K	3	4	2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	1	0
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

FASE POSTOPERATORIA (punteado)

7	4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0		
0	8	12	14	12	26	25	20	33	11	15	21	20	40
			7		4		17	14	3				
			19		24		29	35	23				

MM

Firma Santa Rosa

Fecha



MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

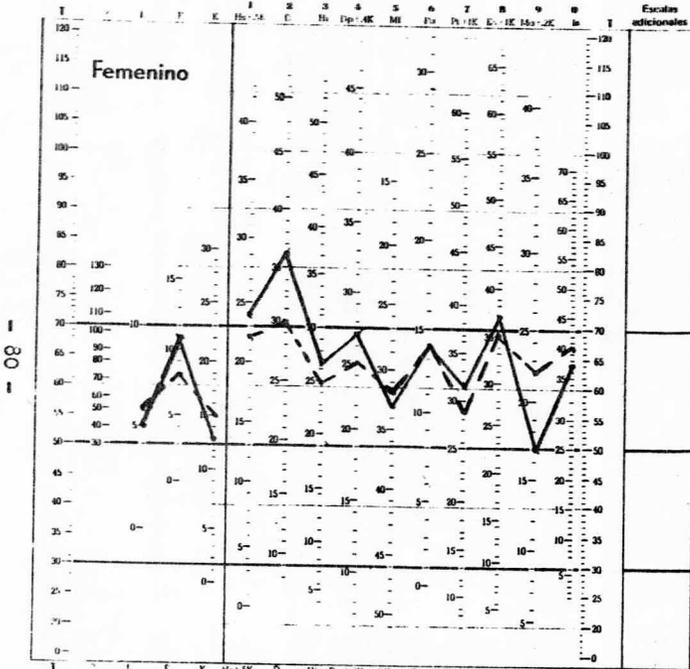
Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

F
Femenino

Nombre 10 (letra de molde)
 Dirección Distrito Federal 10
 Ocupación Hospitalizado Fecha de aplicación 08-10-81
 Años escolares o estudios cumplidos Secundaria

Estado Civil Soltera Edad 25 Referido por I.N.C.



Puntuación natural	3	5	11	13	17	36	27	22	33	14	19	24	17	32
Agregar factor K			7				5			13	13	3		
Puntuación corregida			24				27			32	37	17		

Fracciones K			
K	A	A	2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

FASE POSTOPERATORIA (punteado)

2	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
4	6	8	15	14	30	25	17	32	14	14	20	19	40
				8			6			15	15	3	
				22			25			29	35	22	



Firma Santa Rita

Fecha _____

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

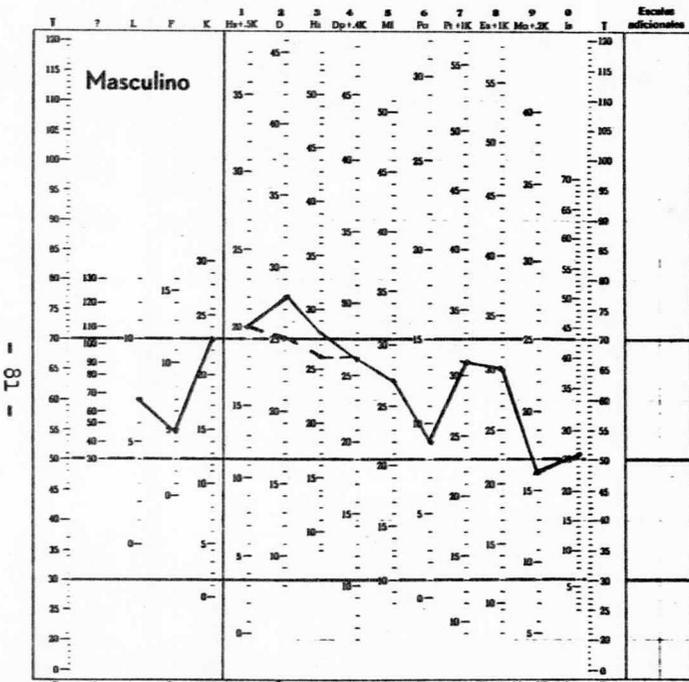
Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

M
Masculino

Nombre 11
(letra de molde)
Dirección Distrito Federal 11
Ocupación Hospitalizado Fecha de aplicación 21-10-81
Años escolares o estudios cumplidos Vocacional

Estado Civil Casado Edad 34 Referido por I.N.C.



Fracciones K

#	1	2	3
30	15	12	6
25	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	1	1
3	2	1	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

FASE POSTOPERATORIA (punteado)

Puntuación natural 0 7 5 23 8 28 28 17 22 9 2 7 11 26
 Agregar factor K 12 9 23 23 5
 Puntuación corregida 20 26 31 30 16

? 1 F K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
0 7 5 23 8 25 26 17 23 9 8 7 11 26
12 9 23 23 5
20 26 31 30 16



D.R. © sobre esta versión por la
EDITORIAL
EL MANUAL MODERNO, S.A.
1980

Printed by El Manual Moderno, S. A.
under licence of The Psychological Corporation
© 1948, Copyright 1943, by
the University of Minnesota

Firma Santo E. Díaz Fecha _____

- 81 -

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

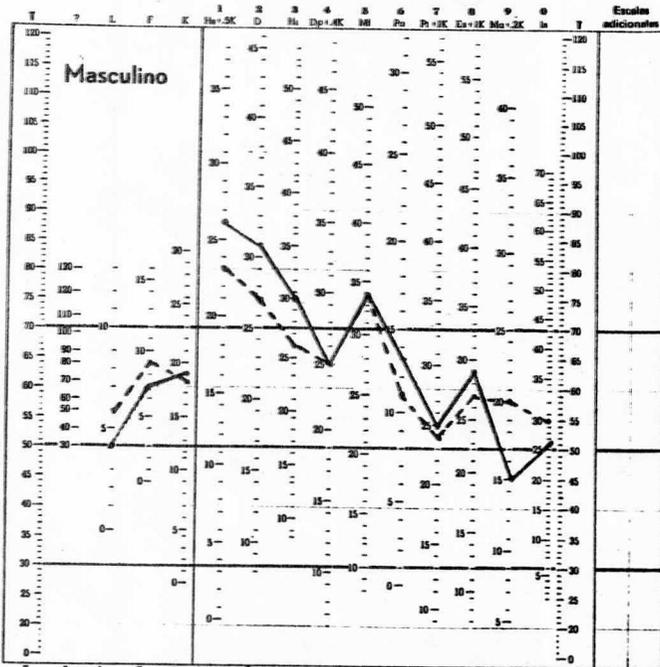
Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

M
Masculino

Nombre 12
 (letra de molde)
 Dirección Estado de México 12
 Ocupación Hospitalizado Fecha de aplicación 02-11-81
 Años escolares o estudios cumplidos Profesional
 Estado Civil Casado Edad 34 Referido por I.N.C.

- 82 -



T	L	F	K	Hs+5K	D	Hy	DP+4K	MI	Pa	Pt+1K	Es+7K	Ma+2K	Sc	T
1	4	7	19	16	31	20	17	24	13	6	10	11	26	
							8			19	19	4		
							26			25	22	15		

Fracciones K

K	3	4	5
30	15	12	6
25	15	12	6
20	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	8	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1

NOTAS

FASE POSTOPERATORIA (Punteado)

	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
?	1	6	9	18	14	27	26	18	39	11	6	9	16
5	3	2	1										30
4	2	2	1										
3	2	2	1										
2	1	1	0										
1	1	1	0										
0	0	0	0										



D.R. © sobre esta versión por la EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. 1980

Printed by El Manual Moderno, S. A. under licence of The Psychological Corporation © 1948, Copyright 1943, by the University of Minnesota

Firma Santa Clara Fecha _____

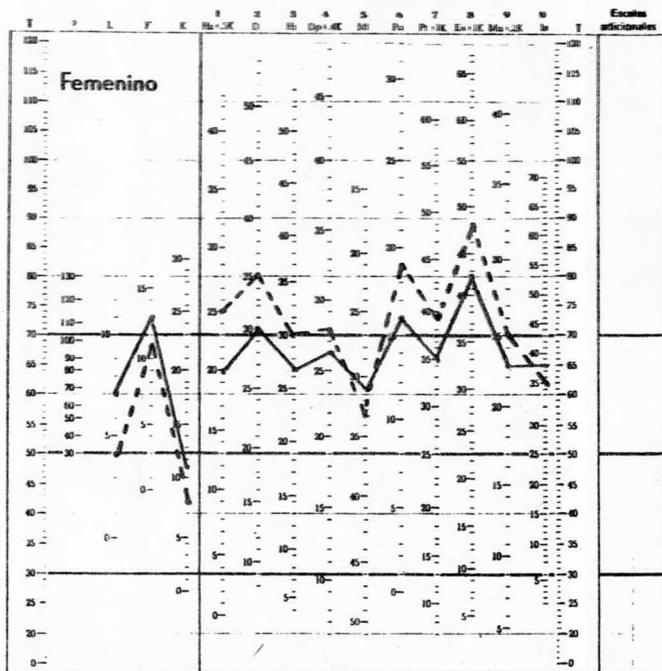
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

F
Femenino

Nombre 13
(fecha de naci6n)
 Direcci6n Distrito Federal 13
 Ocupaci6n Hospitalizado Fecha de aplicaci6n 03-11-81
 Años escolares o estudios completados Primaria
 Estado Civil Casada Edad 34 Referido por I.N.C.



Fraciones K

K	3	4	3
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1

NOTAS

FASE POSTOPERATORIA(puntuado)

2	4	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
0	4	11	8	21	25	30	25	33	19	31	40	23	35
				4			3			8	8	2	
				25			28			29	78	25	

- 03 -

Puntuaci6n natural 0 7 13 11 14 30 27 22 21 16 24 31 21 38
 Agregar factor K 6
 Puntuaci6n corregida 20 26 35 42 23



Firma Santa B. P. P. Fecha _____

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

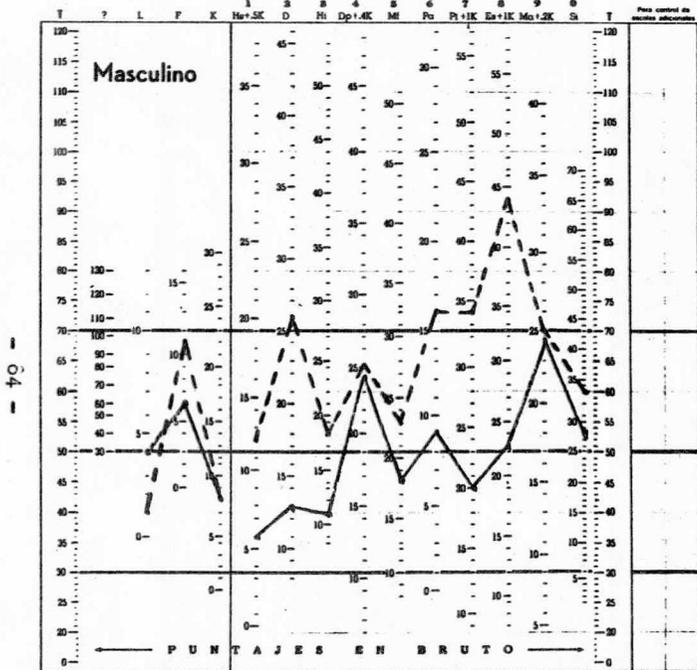
Storke R. Hathaway y J. Charney McKinley

PERFIL Y SUMARIO

M
Masculino

Nombre 14
(letra de molde)
Dirección Estado de México 14
Ocupación Hospitalizado Fecha de la Prueba 10-12-81
Años escolares o estudios cumplidos Bachillerato

Estado Civil Soltero Edad 21 Referido por I.N.C.



Y	7	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	Y
					Ma+SK	D	Pa	Dp+AK	Mf	Fa	Ps+K	Es+K	Ma+2K	S	
Puntaje en bruto	1	4	6	8	2	13	11	21	18	9	13	15	23	28	
Agregar factor K				4					3		8	8	2		
Puntaje corregido				6				24			20	23	24		

Fracciones K			
E	S	A	2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1

NOTAS

FASE POSTOPERATORIA (punteado)

7	4	3	1	2	4	5	6	7	8	9	0		
2	4	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
0	1	1	8	8	26	18	22	23	16	26	36	23	33
			4				3		8	8	3		
			12				25		34	44	25		



D.R. © 1967, por
El Manual Moderno, S.A.

Printed by El Manual Moderno, S. A.
under licence of The Psychological Corporation
© 1948, Copyright 1943, by
the University of Minnesota

Firma Santa E. P. P. P. Fecha

PERFIL Y SUMARIO

MMPI
2-4

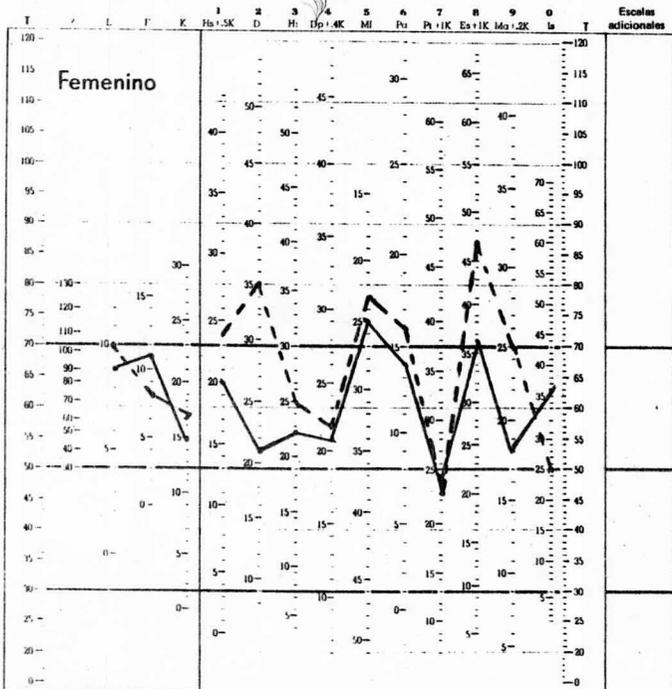
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

F
Femenino

Nombre 15
(letra de molde)
Dirección Estado de México 15
Ocupación Hospitalizado Fecha de aplicación 21-01-82
Años escolares o estudios cumplidos Primaria

Estado Civil Casada Edad 28 Referido por I.N.C.



Puntuación natural	12	9	11	15	12	21	22	15	25	14	9	21	15	36	---	---
Agregar factor K				8				6			15	15	3		---	---
Puntuación corregida				20				31			24	36	18		---	---

K	Fracciones K			
	1	2	3	4
30	15	12	6	6
29	15	12	6	6
28	14	11	6	6
27	14	11	5	5
26	13	10	5	5
25	13	10	5	5
24	12	10	5	5
23	12	9	5	5
22	11	9	4	4
21	11	8	4	4
20	10	8	4	4
19	10	8	4	4
18	9	7	4	4
17	9	7	3	3
16	8	6	3	3
15	8	6	3	3
14	7	6	3	3
13	7	5	3	3
12	6	5	2	2
11	6	4	2	2
10	5	4	2	2
9	5	4	2	2
8	4	3	2	2
7	4	3	1	1
6	3	2	1	1
5	3	2	1	1
4	2	2	1	1
3	2	2	1	1
2	1	1	1	1
1	1	1	1	1
0	0	0	0	0

NOTAS

FASE POSTOPERATORIA (punteado)

2	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
11	10	8	17	15	35	25	15	23	16	6	30	22	25
				7			7		17	17	3		
				24			22		23	47	25		



Firma Santa Bluta Roca Fecha _____



INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

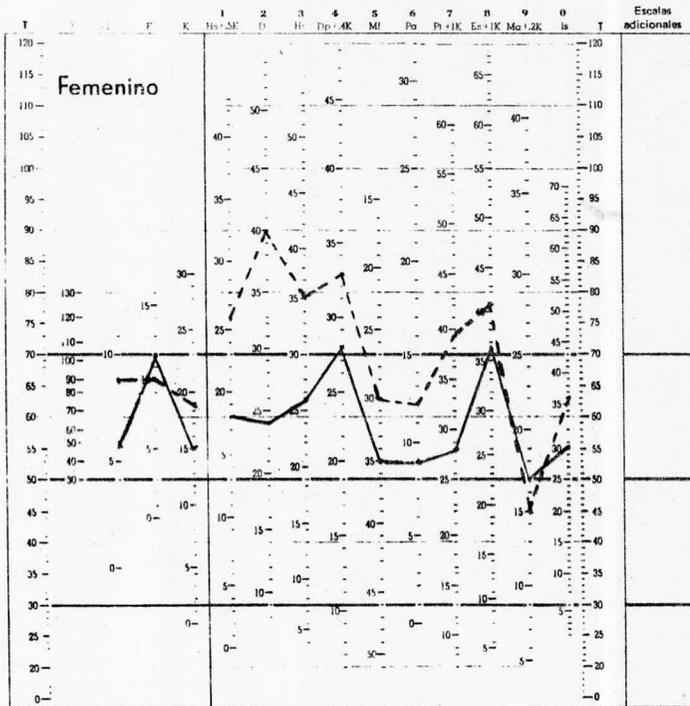
PERFIL Y SUMARIO



Nombre 16 (letra de molde)
 Dirección Distrito Federal 16
 Ocupación Hospitalizado Fecha de aplicación 24-01-82

Años escolares o estudios cumplidos Secundaria

Estado Civil Soltera Edad 20 Referido por I.N.C.



Fracciones K			
K	S	A	2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1

NOTAS

FASE POSTOPERATORIA (punteado)

?	1	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
15	9	10	19	16	40	35	25	30	12	20	22	11	36
5	3	2	1										
4	2	2	1		10		8		19	19	4		
3	2	2	1		26		33		39	41	15		
2	1	1	0										
1	1	1	0										
0	0	0	0										

Puntuación natural 20 6 12 15 10 24 26 22 25 9 13 21 14 30
 Agregar factor K 8 6 15 15 3
 Puntuación corregida 18 28 28 36 17



Firma Santo E. Díaz Fecha _____

MMPI
2 4

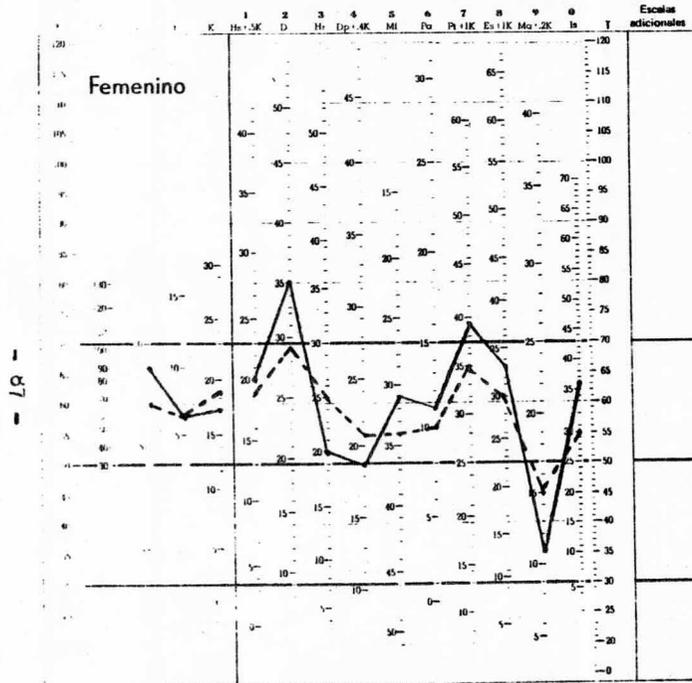
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

Nombre 17 (letra de molde)
 Dirección Distrito Federal 17
 Ocupación Hospitalizado Fecha de aplicación 25-01-82
 Años escolares o estudios cumplidos Primaria
 Estado Civil Soltera Edad 23 Referido por I.N.C.

F
Femenino



Fracciones K			
K	S	A	T
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	1	1
2	1	1	0
1	0	0	0

NOTAS

FASE POSTOPERATORIA (punteado)

2	4	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
26	7	6	19	9	29	25	13	34	10	16	11	11	30
			<u>10</u>			<u>8</u>				<u>19</u>	<u>19</u>	<u>9</u>	
			<u>19</u>			<u>21</u>				<u>35</u>	<u>30</u>	<u>15</u>	

Puntuación natural: 26 7 6 17 11 35 20 12 31 11 23 16 8 36
 Agregar factor K: 9 7 17 17 3
 Puntuación corregida: 30 19 39 33 11

III
III

Firma Santa Cruz

Fecha

MMPI
7 4

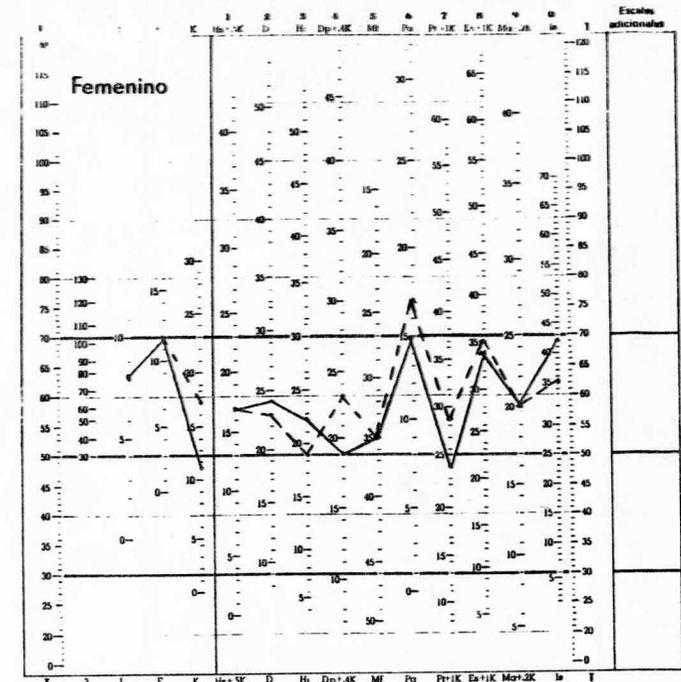
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Chamley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

Nombre: 18 (letra de nombre)
 Dirección: Estado de México 18
 Ocupación: Hospitalizado Fecha de aplicación: 26-01-82
 Años escolares o estudios cumplidos: Primaria
 Estado Civil: Ca-saua Edad: 30 Referido por: I.N.G.

F
Femenino



Puntuación natural	1	8	12	11	11	24	22	15	35	15	13	23	18	92	---	---
Agregar factor K				6			4				11	11	2		---	---
Puntuación corregida				17			19				24	31	20		---	---

Fracciones K				
#	3	4	4	2
30	15	12	6	6
29	15	12	6	6
28	14	11	6	6
27	14	11	5	5
26	13	10	5	5
25	13	10	5	5
24	12	10	5	5
23	12	9	5	5
22	11	9	4	4
21	11	8	4	4
20	10	8	4	4
19	10	8	4	4
18	9	7	4	4
17	9	7	3	3
16	8	6	3	3
15	8	6	3	3
14	7	6	3	3
13	7	5	3	3
12	6	5	2	2
11	6	4	2	2
10	5	4	2	2
9	5	4	2	2
8	4	3	2	2
7	4	3	1	1
6	3	2	1	1
5	3	2	1	1
4	2	2	1	1
3	2	2	1	1
2	1	1	0	0
1	1	1	0	0
0	0	0	0	0

NOTAS

FASE POSTOPERATORIA (punteado)

? 2	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1	8	12	17	8	23	19	16	35	17	12	19	17
				9			7		17	17	3	
				17			23		27	36	20	



Firma: Santa Bárbara Fecha: _____

PERFIL Y SUMARIO

MMPI
2-4

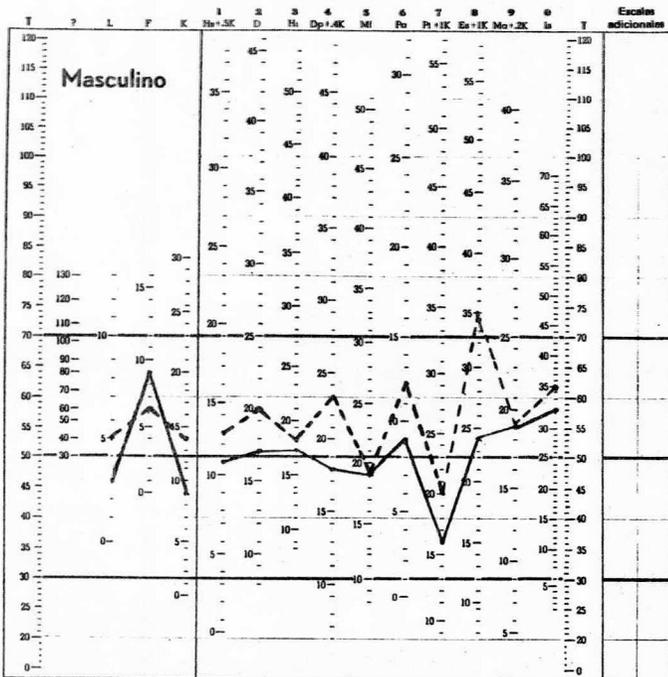
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

M
Masculino

Nombre 19
 Dirección Distrito Federal (lista de estado) 19
 Ocupación Hospitalizado Fecha de aplicación 16-03-82
 Años escolares o estudios cumplidos Secundaria

Estado Civil Soltero Edad 25 Referido por I.N.C.



Fracciones K

K	1	2	3	4	5
30	15	12	6		
29	15	12	6		
28	14	11	6		
27	14	11	5		
26	13	10	5		
25	13	10	5		
24	12	10	5		
23	12	9	5		
22	11	9	4		
21	11	8	4		
20	10	8	4		
19	10	8	4		
18	9	7	4		
17	9	7	3		
16	8	6	3		
15	8	6	3		
14	7	6	3		
13	7	5	3		
12	6	5	2		
11	6	4	2		
10	5	4	2		
9	5	4	2		
8	4	3	2		
7	4	3	1		
6	3	2	1		

NOTAS

FASE POSTOPERATORIA (punteado)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0			
2	4	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
2	5	6	14	6	20	18	17	19	12	6	21	16	35
5	3	2	1										
4	2	2	1										
3	2	2	1										
2	1	1	0										
1	1	1	0										
0	0	0	0										

Puntuación natural	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0			
2	3	9	9	1	17	12	14	19	9	7	15	17	22
Agregar factor K	5				4					9	9	2	
Puntuación corregida	11				18					16	24	19	



D.R. © sobre esta versión por la EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. 1980

Printed by El Manual Moderno, S. A. under licence of The Psychological Corporation © 1948, Copyright 1943, by the University of Minnesota

Firma Santa Elena Piza Fecha _____

PERFIL Y SUMARIO

MMPI
2 4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

F
Femenino

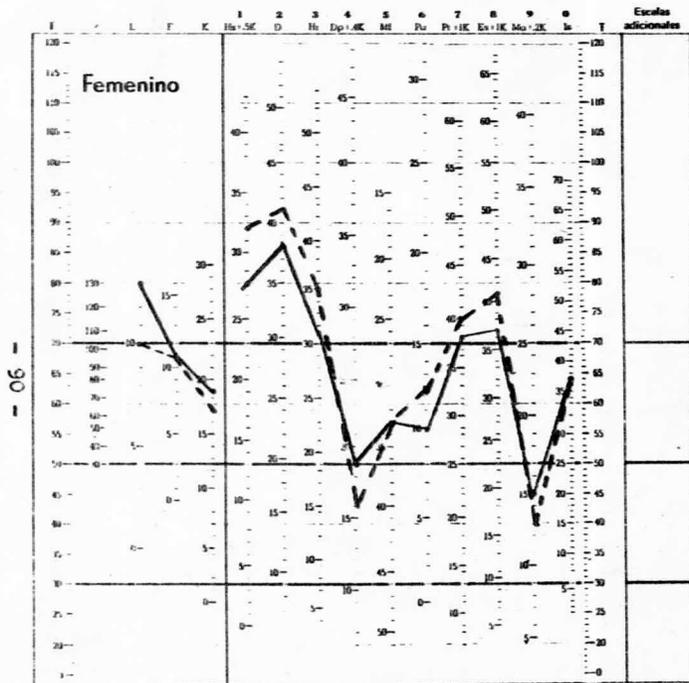
Nombre 20
(letra de molde)

Dirección Distrito Federal 20

Ocupación Hospitalizado Fecha de aplicación 01-04-82

Años escolares o estudios cumplidos Profesional

Estado Civil Soltera Edad 21 Referida por I.N.C.



Puntuación natural	13	13	11	19	18	38	31	11	33	10	19	18	11	32	---	---
Agregar factor K				10		8			8		19	19	9		---	---
Puntuación corregida				28		27			23		38	37	15		---	---

Fracciones N			
N	3	4	2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

FASE POSTOPERATORIA (punteado)

?	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
10	10	11	11	23	41	85	9	33	12	23	24	10	37
				8		7		17	17	3			
				32		16		40	41	13			

Firma [Signature] Fecha

06



EDAD	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA O PORCENTAJE
20	4	20.0
21	2	10.0
23	1	5.0
24	2	10.0
25	2	10.0
28	2	10.0
30	2	10.0
32	1	5.0
34	3	15.0
40	1	5.0
TOTAL	<u>20</u>	<u>100.0</u>

1-. Tabla de frecuencias absolutas y frecuencias relativas o porcentajes de la variable edad

SEXO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA O PORCENTAJE
1	13	65.0
2	7	35.0
TOTAL	<u>20</u>	<u>100.0</u>

2-. Tabla de frecuencias absolutas y frecuencias relativas o porcentajes de la variable sexo

Código: 1= Femenino 2= Masculino

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA O PORCENTAJE
1	7	35.0
2	3	15.0
3	3	15.0
4	3	15.0
5	3	15.0
6	1	5.0
	<hr/>	<hr/>
TOTAL	20	100.0

3.- Tabla de frecuencias absolutas y frecuencias relativas o porcentajes de la variable escolaridad

Código: 1= Primaria 2= Secundaria
3= Preparatoria o Vocacional
4= Estudios Superiores
5= Carrera Comercial
6= Carrera Técnica

EDO. CIVIL	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA O PORCENTAJE
1	12	60.0
2	7	35.0
3	1	5.0
	<hr/>	<hr/>
TOTAL	20	100.0

4.- Tabla de frecuencias absolutas y frecuencias relativas o porcentajes de la variable estado civil

Código: 1= Soltero 2= Casado 3= Viudo

CIRUGIAS	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA O PORCENTAJE
0	15	75.0
1	4	20.0
2	1	5.0
TOTAL	20	100.0

5.- Tabla de frecuencias absolutas y frecuencias relativas o porcentajes de la variable número de cirugías anteriores

OCUPACION	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA O PORCENTAJE
1	6	30.0
2	5	25.0
3	4	20.0
4	4	20.0
5	1	5.0
TOTAL	20	100.0

6.- Tabla de frecuencias absolutas y frecuencias relativas o porcentajes de la variable ocupación anterior a la cirugía

Código: 1= Hogar 2= Estudiante
3= Obrero 4= Empleado
5= Docente

OCUPACION	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA O PORCENTAJE
1	6	30.0
2	5	25.0
3	1	5.0
4	3	15.0
5	1	5.0
6	3	15.0
7	1	5.0
TOTAL	<u>20</u>	<u>100.0</u>

7-. Tabla de frecuencias absolutas y frecuencias relativas o porcentajes de la variable ocupación (45 días después de la cirugía)

Código: 1= Hogar 2= Estudiante
3= Obrero 4= Empleado
5= Docente
6= Reposo por indicación médica
7= Reposo por propia decisión

TIEMPO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA O PORCENTAJE
1	10	50.0
2	3	15.0
3	1	5.0
8	1	5.0
12	4	20.0
24	1	5.0
TOTAL	<u>20</u>	<u>100.0</u>

8.- Tabla de frecuencias absolutas y frecuencias relativas o porcentajes de la variable tiempo de desocupación en meses previo a la cirugía

MOTIVO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA O PORCENTAJE
1	9	45.0
2	11	55.0
TOTAL	<u>20</u>	<u>100.0</u>

9.- Tabla de frecuencias absolutas y frecuencias relativas o porcentajes de la variable motivo de desocupación previo a la cirugía

Código: 1= Por enfermedad 2= Por hospitalización

PUNTAJE ESCALA "K"	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA O PORCENTAJE
4	1	5.0
8	2	10.0
9	2	10.0
10	1	5.0
11	2	10.0
12	1	5.0
13	1	5.0
15	2	10.0
16	2	10.0
17	1	5.0
19	3	15.0
20	1	5.0
23	1	5.0
TOTAL	<u>20</u>	<u>100.0</u>

10.- Tabla de frecuencias absolutas y frecuencias relativas o porcentajes de los puntajes prequirúrgicos de la escala " K "

PUNTAJE ESCALA "K"	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA O PORCENTAJE
8	2	10.0
9	1	5.0
13	2	10.0
14	2	10.0
15	1	5.0
17	5	25.0
18	2	10.0
19	3	15.0
21	1	5.0
23	1	5.0
TOTAL	20	100.0

11.- Tabla de frecuencias absolutas y frecuencias relativas o porcentajes de los puntajes post quirúrgicos de la escala " K "

PUNTAJE ESCALA "Dp"	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA O PORCENTAJE
15	1	5.0
17	1	5.0
18	1	5.0
19	5	25.0
21	2	10.0
23	1	5.0
24	3	15.0
25	1	5.0
26	2	10.0
27	2	10.0
28	1	5.0
TOTAL	20	100.0

12.- Tabla de frecuencias absolutas y frecuencias relativas o porcentajes de los puntajes pre-quirúrgicos de la escala " Dp "

PUNTAJE ESCALA "Dp"	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA O PORCENTAJE
14	1	5.0
16	1	5.0
21	3	15.0
22	2	10.0
23	2	10.0
24	2	10.0
25	3	15.0
26	2	10.0
27	1	5.0
28	1	5.0
29	1	5.0
33	1	5.0
TOTAL	20	100.0

13.- Tabla de frecuencias absolutas y frecuencias relativas o porcentajes de los puntajes post quirúrgicos de la escala " Dp "

PUNTAJE ESCALA "Es"	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA O PORCENTAJE
18	1	5.0
22	1	5.0
23	1	5.0
24	1	5.0
27	1	5.0
29	1	5.0
30	1	5.0
31	1	5.0
33	2	10.0
34	2	10.0
36	2	10.0
37	3	15.0
39	1	5.0
42	1	5.0
43	1	5.0
TOTAL	20	100.0

14.- Tabla de frecuencias absolutas y frecuencias relativas o porcentajes de los puntajes pre-quirúrgicos de la escala " Es "

PUNTAJE ESCALA "Es"	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA O PORCENTAJE
21	1	5.0
22	1	5.0
27	1	5.0
30	2	10.0
31	1	5.0
35	5	25.0
36	1	5.0
39	2	10.0
41	3	15.0
44	1	5.0
47	1	5.0
48	1	5.0
TOTAL	20	100.0

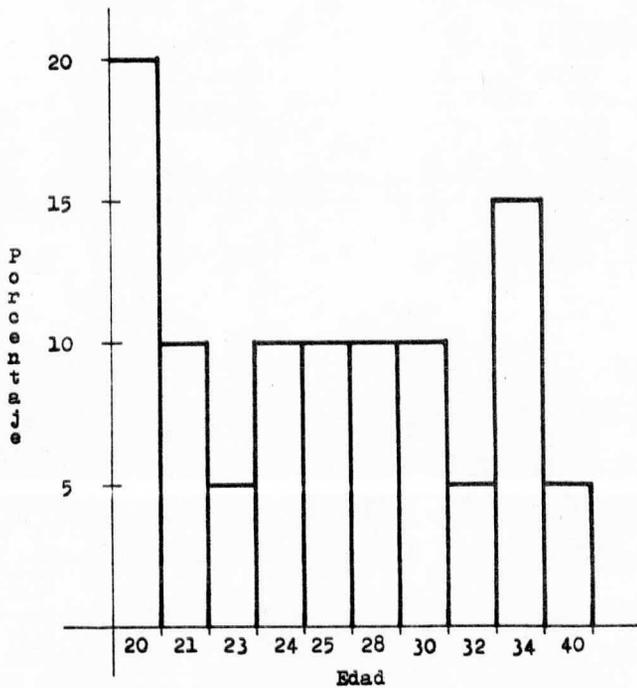
15.- Tabla de frecuencias absolutas y frecuencias relativas o porcentajes de los puntajes postquirúrgicos de la escala " Es "

PUNTAJE ESCALA "Ma"	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA O PORCENTAJE
11	2	10.0
14	2	10.0
15	2	10.0
16	1	5.0
17	2	10.0
18	3	15.0
19	2	10.0
20	2	10.0
22	1	5.0
23	1	5.0
24	2	10.0
TOTAL	20	100.0

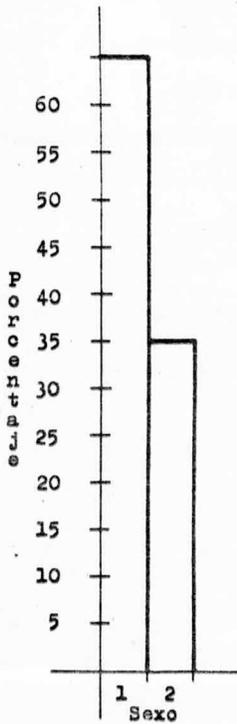
16.- Tabla de frecuencias absolutas y frecuencias relativas o porcentajes de los puntajes prequirúrgicos de la escala " Ma "

PUNTAJE ESCALA "Ma "	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA O PORCENTAJE
13	2	10.0
14	2	10.0
15	2	10.0
16	1	5.0
19	1	5.0
20	3	15.0
22	1	5.0
23	1	5.0
24	3	15.0
25	4	20.0
TOTAL	<u>20</u>	<u>100.0</u>

17-. Tabla de frecuencias absolutas y frecuencias relativas o porcentajes de los puntajes post quirúrgicos de la escala " Ma "



1.- Gráfica de frecuencias relativas o porcentajes de la variable edad



2.- Gráfica de frecuencias relativas o porcentajes de la variable sexo

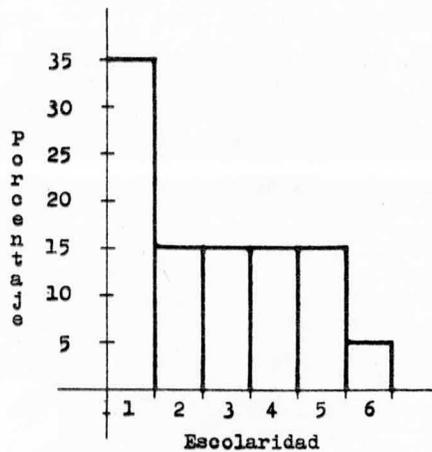
Código:

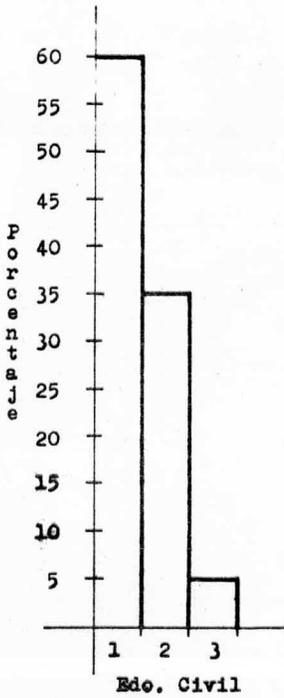
- 1= Femenino
- 2= Masculino

3.- Gráfica de frecuencias relativas o porcentajes de la variable escolaridad

Código:

- 1= Primaria
- 2= Secundaria
- 3= Preparatoria o Vocacional
- 4= Estudios Superiores
- 5= Carrera Comercial
- 6= Carrera Técnica





4.- Gráfica de frecuencias relativas o porcentajes de la variable estado civil

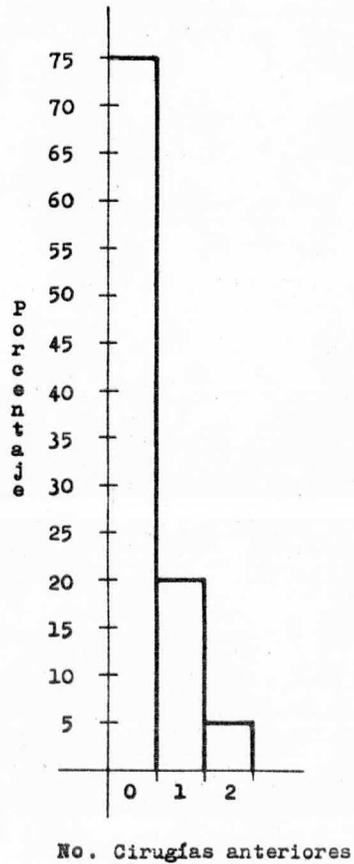
Código:

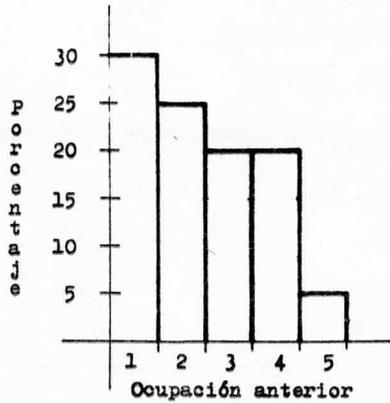
1= Soltero

2= Casado

3= Viudo

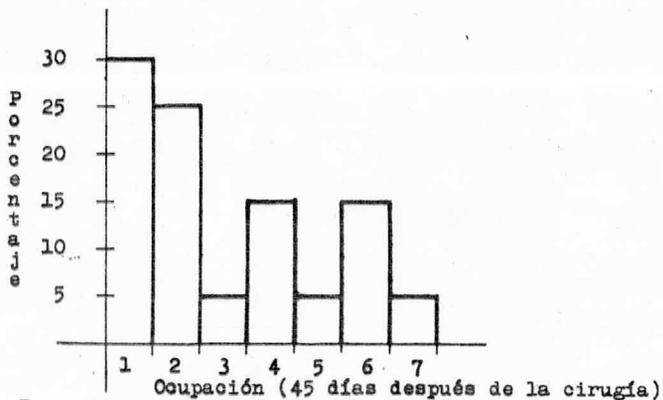
5.- Gráfica de frecuencias relativas o porcentajes de la variable cirugías anteriores





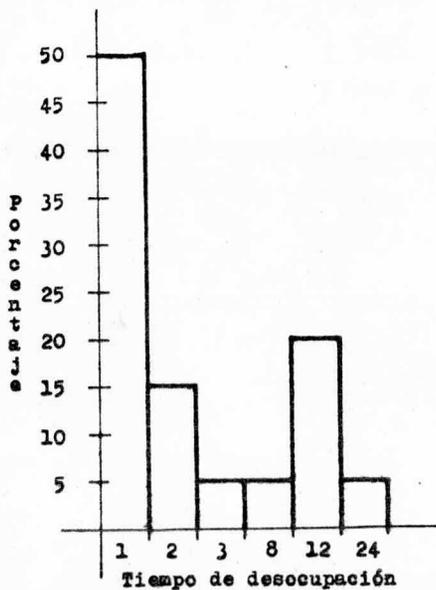
6.- Gráfica de frecuencias relativas o porcentajes de la variable ocupación anterior a la cirugía

Código: 1= Hogar 2= Estudiante 3= Obrero
4= Empleado 5= Docente



7.- Gráfica de frecuencias relativas o porcentajes ocupación (45 días después de la cirugía)

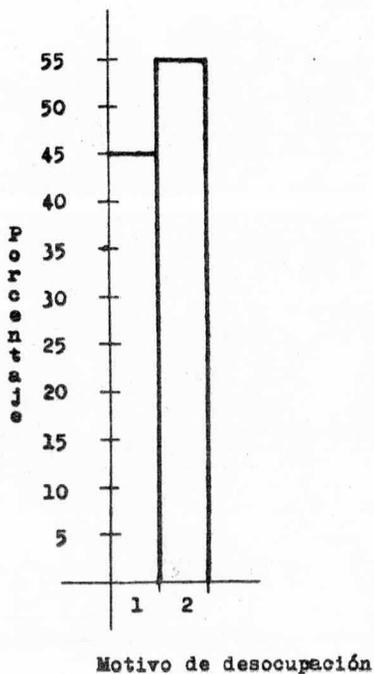
Código: 1= Hogar 2= Estudiante 3= Obrero
4= Empleado 5= Docente
6= Reposo por indicación médica
7= Reposo por propia decisión

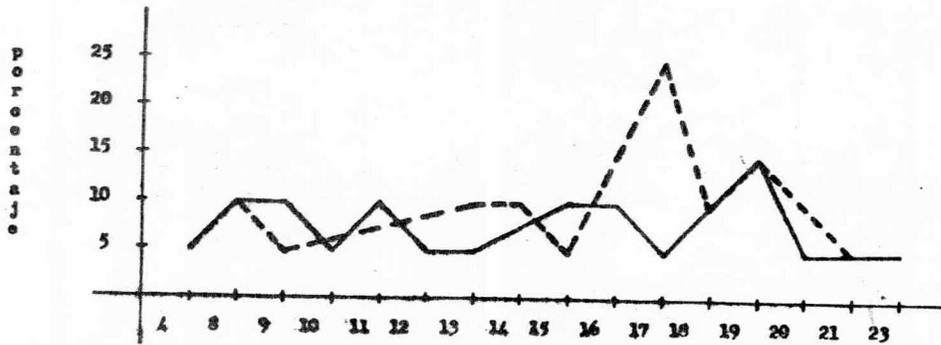


8.- Gráfica de frecuencias relativas o porcentajes de la variable motivo de desocupación previo a la cirugía.

Código: 1= Por enfermedad
2= Por hospitalización

9.- Gráfica de frecuencias relativas o porcentajes de la variable tiempo de desocupación en meses previo a la cirugía



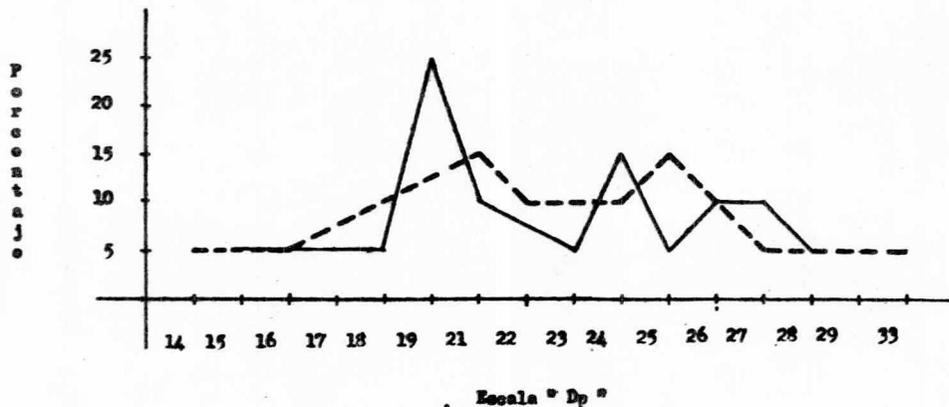


Escala " I "

10.- Gráficas de frecuencias relativas o porcentajes de los puntajes prequirúrgicos y postquirúrgicos de la escala " I "

Puntajes prequirúrgicos = _____

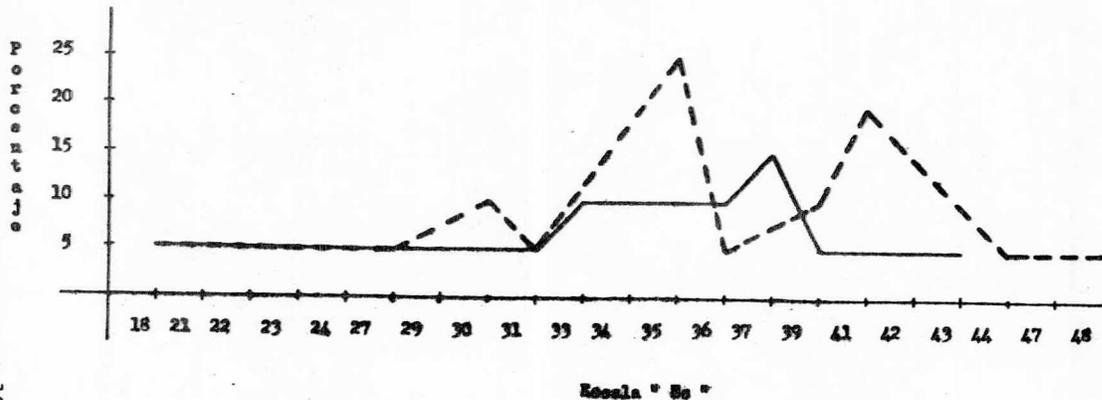
Puntajes postquirúrgicos = - - - - -



11.- Gráfica de frecuencias relativas e porcentajes de los puntajes prequirúrgicos y postquirúrgicos de la escala "Dp"

Puntajes prequirúrgicos = _____

Puntajes postquirúrgicos = - - - - -



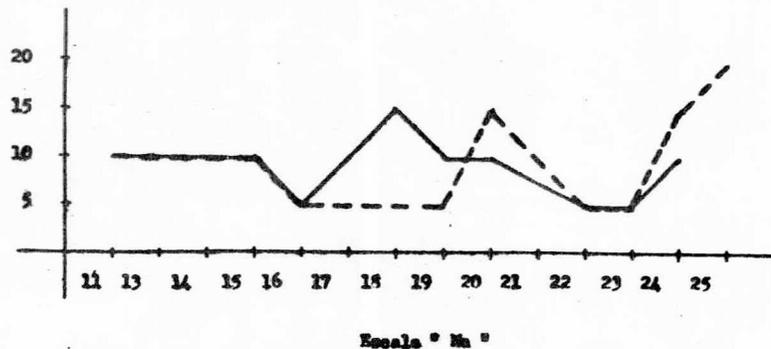
- 107 -

12.- Gráfica de frecuencias relativas e porcentajes de los puntajes prequirúrgicos y postquirúrgicos de la escala "Eg"

Puntajes prequirúrgicos = _____

Puntajes postquirúrgicos = - - - - -

P
O
R
C
E
N
T
A
J
E



13.- Gráficas de frecuencias relativas e porcentajes de los puntajes prequirúrgicos y postquirúrgicos de la escala "Ma"

Puntajes prequirúrgicos = _____

Puntajes postquirúrgicos = - - - - -

DESCRIPCION, INTERPRETACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

El análisis estadístico se divide en dos, en análisis descriptivo y en análisis inferencial.

Análisis Descriptivo.-

Variable Edad:

Del total de la muestra un 20 % tiene 20 años de edad, un 10 % 21 años, un 5 % 23 años, un 10 % 24 años, un 10 % 25 años, un 10 % 28 años, un 10 % 30 años, un 5 % 32 años y un 5 % 40 años.

El promedio de edad de los 20 sujetos es de 20 años.

La edad que se repite con mayor frecuencia en los 20 sujetos es de 20 años.

Cada una de las edades de los 20 sujetos se desvía, en promedio, 6 años de la media aritmética, es decir que tenemos una población heterogénea con respecto a la variable edad.

Variable Sexo:

Del total de la muestra el 65 % son sujetos del sexo masculino y el 35 % del sexo femenino.

El sexo que se repite con mayor frecuencia en los 20 sujetos es el femenino.

Variable Escolaridad:

Del total de la muestra un 35 % tiene una escolaridad de primaria, un 15 % de secundaria, un 15 % de vocacional o preparatoria, un 15 % estudios superiores, un 5 % carrera técnica y un 15 % carrera comercial.

La escolaridad que se presenta con mayor frecuencia es de primaria.

Variable Estado Civil:

Del total de la muestra un 60 % son solteros, un 35 % casados y un 5 % viudos.

El estado civil que se presenta con mayor frecuencia en los 20 sujetos es la soltería.

Variable Cirugías Anteriores:

Del total de la muestra un 75 % no había sido sometido a cirugías anteriores, un 20 % tenía una cirugía y un 5 % dos cirugías.

El promedio de cirugías anteriores es de 0.

Hay una desviación de 0 cirugías, lo cual quiere decir que tenemos una población homogénea con respecto a la variable.

Variable Ocupación Anterior:

Del total de la muestra un 30 % se dedicaba al hogar, un 25 % eran estudiantes, un 20 % obreros, un 20 % empleados y un 5 % docentes.

La ocupación anterior a la cirugía que se repite con mayor frecuencia es el hogar.

Variable Ocupación (45 días después de la cirugía):

Del total de la muestra un 30 % se dedica al hogar, un 25 % son estudiantes, un 5 % son obreros, un 15 % son empleados, un 5 % son docentes, un 15 % están en reposo por indicación médica y un 5 % en reposo por decisión propia.

La ocupación 45 días después de la cirugía que se repite con mayor frecuencia es el hogar.

Variable Tiempo de Desocupación Previo a la Cirugía:

Del total de la muestra un 50 % tenían 1 mes de desocupación, un 15 % 2 meses, un 5 % 3 meses, un 5 % 8 meses, un 20 % 12 meses y un 5 % 24 meses.

El promedio de tiempo de desocupación previo a la cirugía es de 5 meses.

Cada uno de los meses de desocupación previo a la cirugía de los 20 sujetos se desvía, en promedio, 6 meses de la media aritmética, es decir que tenemos una población heterogénea con respecto a la variable.

Variable Motivo de Desocupación Previo a la Cirugía:

Del total de la muestra un 45 % se desocupó por enfermedad y un 55 % por la hospitalización.

El motivo de desocupación previo a la cirugía que con mayor frecuencia se repite en los 20 sujetos es por hospitalización.

Variable Escala " K " (precirugía)

Del total de la muestra un 5 % obtuvo un puntaje de 4, un 10 % de 8, un 10 % de 9, un 5 % de 10, un 10 % de 11, un 5 % de 12, un 5 % de 13, un 10 % de 15, un 10 % de 16, un 5 % de 17, un 15 % de 19, un 5 % de 20, y un 5 % de 23.

El puntaje promedio de los 20 sujetos es de 14.

Cada uno de los puntajes prequirúrgicos se desvía, en promedio, 5 puntos de la media aritmética; es decir, que tenemos una población homogénea con respecto a la escala.

Variable Escala " K " (postcirugía)

Del total de la muestra un 10 % obtuvo un puntaje de 8, un 5 % de 9, un 10 % de 13, un 10 % de 14, un 5 % de 15, un

25 % de 17, un 10 % de 18, un 15 % de 19, un 5 % de 21 y un 5 % de 23.

El puntaje promedio de los 20 sujetos es de 16.

Cada uno de los puntajes postquirúrgicos de los 20 sujetos se desvía, en promedio, 4 puntos de la media aritmética; es decir, que tenemos una población homogénea con respecto a la escala.

Variable Escala " Dp " (precirugía)

Del total de la muestra un 5 % obtuvo un puntaje de 15, un 5 % de 17, un 5 % de 18, un 25 % de 19, un 10 % de 21, un 5 % de 23, un 15 % de 24, un 5 % de 25, un 10 % de 26, un 10 % de 27 y un 5 % de 28.

El puntaje promedio de los 20 sujetos es de 22.

Cada uno de los puntajes prequirúrgicos de los 20 sujetos se desvía, en promedio, 4 puntos de la media aritmética; es decir, que tenemos una población homogénea con respecto a la escala.

Variable Escala " Dp " (postcirugía)

Del total de la muestra un 5 % obtuvo un puntaje de 14, un 5 % de 16, un 15 % de 21, un 10 % de 22, un 10 % de 23, un 10 % de 24, un 15 % de 25, un 10 % de 26, un 5 % de 27, un 5 % de 28, un 5 % de 29, y un 5 % de 33.

El puntaje promedio de los 20 sujetos es de 24.

Cada uno de los puntajes postquirúrgicos de los 20 sujetos se desvía, en promedio, 4 puntos de la media aritmética; es decir, que tenemos una población homogénea con respecto a la escala.

Variable Escala " Es " (precirugía)

Del total de la muestra un 5 % obtuvo un puntaje de 18,

un 5 % de 22, un 5 % de 23, un 5 % de 24, un 5 % de 27, un 5 % de 29, un 5 % de 30, un 5 % de 31, un 10 % de 33, un 10 % de 34, un 10 % de 36, un 15 % de 37, un 5 % de 39, un 5 % de 42, y un 5 % de 43.

El puntaje promedio de los 20 sujetos es de 32.

Cada uno de los puntajes prequirúrgicos de los 20 sujetos se desvía, en promedio, 7 puntos de la media aritmética; es decir, que tenemos una muestra homogénea con respecto a la escala.

Variable Escala " Es " (postcirugía)

Del total de la muestra un 5 % obtuvo un puntaje de 21, el 5 % de 22, el 5 % de 27, el 10 % de 30, el 5 % de 31, el 25 % de 35, el 5 % de 36, el 10 % de 39, el 15 % de 41, el 5 % de 44, el 5 % de 47, y el 5 % de 48.

El puntaje promedio de los 20 sujetos es de 35.

Cada uno de los puntajes postquirúrgicos de los 20 sujetos se desvía, en promedio, 7 puntos de la media aritmética; es decir, que tenemos una muestra homogénea con respecto a la escala.

Variable Escala " Ma " (precirugía)

Del total de la muestra un 10 % obtuvo un puntaje de 11, un 10 % de 14, un 10 % de 15, un 5 % de 16, un 10 % de 17, un 15 % de 18, un 10 % de 19, un 10 % de 20, un 5 % de 22, un 5 % de 23, y un 10 % de 24.

El puntaje promedio de los 20 sujetos es de 18.

Cada uno de los puntajes prequirúrgicos de los 20 sujetos se desvía, en promedio, 4 puntos de la media aritmética; es decir, que tenemos una muestra homogénea con respecto a la escala.

Variable Escala " Ma " (postcirugía)

Del total de la muestra un 10 % obtuvo un puntaje de 13, un 10 % de 14, un 10 % de 15, un 5 % de 16, un 5 % de 19, un 15 % de 20, un 5 % de 22, un 5 % de 23, un 15 % de 24, y un 20 % de 25.

El puntaje promedio de los 20 sujetos es de 20.

Cada uno de los puntajes postquirúrgicos de los 20 sujetos se desvía, en promedio, 5 puntos de la media aritmética; es decir, que tenemos una población homogénea con respecto a la escala.

Análisis Inferencial.-

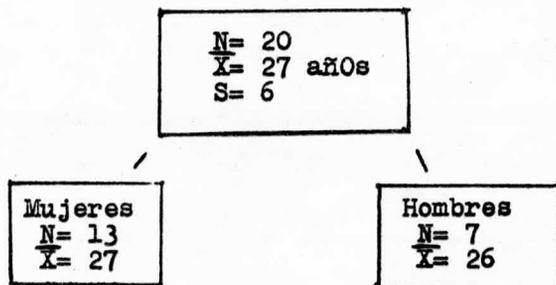
En la escala " K " se obtuvo una media prequirúrgica de 14, una media postquirúrgica de 16; en la prueba " t " una puntuación de 2.10, y un nivel de significancia de 0.011 (98.9 %); es decir que existen diferencias significativas al 98.9 % entre los puntajes prequirúrgicos y postquirúrgicos en la escala " K "

En la escala " Dp " se obtuvo una media prequirúrgica de 22, una media postquirúrgica de 24; en la prueba " t " una puntuación de 1.70, y un nivel de significancia de 0.04 (96 %); es decir que existen diferencias significativas al 96 % entre los puntajes prequirúrgicos y postquirúrgicos en la escala " Dp "

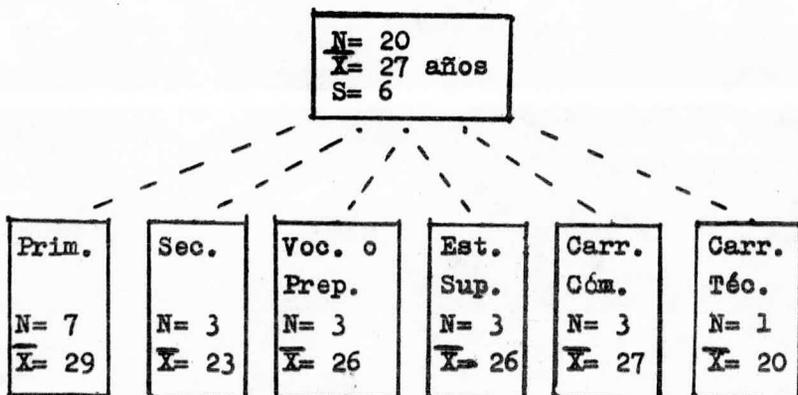
En la escala " Es " se obtuvo una media prequirúrgica de 32, una media postquirúrgica de 36; en la prueba " t " una puntuación de 3.35, y un nivel de significancia de 0.024 (97.6 %); es decir, que existen diferencias significativas al 97.6 % entre los puntajes prequirúrgicos y postquirúrgicos en la escala " Es "

En la escala " Ma " se obtuvo una media prequirúrgica de 18, una media postquirúrgica de 20; en la prueba " t " una puntuación de 2.05, y un nivel de significancia de 0.008 (99.2 %); es decir, que existen diferencias significativas al 99.2 % entre los puntajes prequirúrgicos y postquirúrgicos en la escala " Ma "

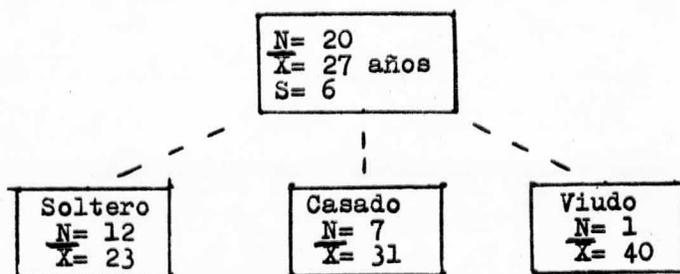
Segmentación de la Edad en relación con el Sexo:



Segmentación de la Edad en relación con la Escolaridad:

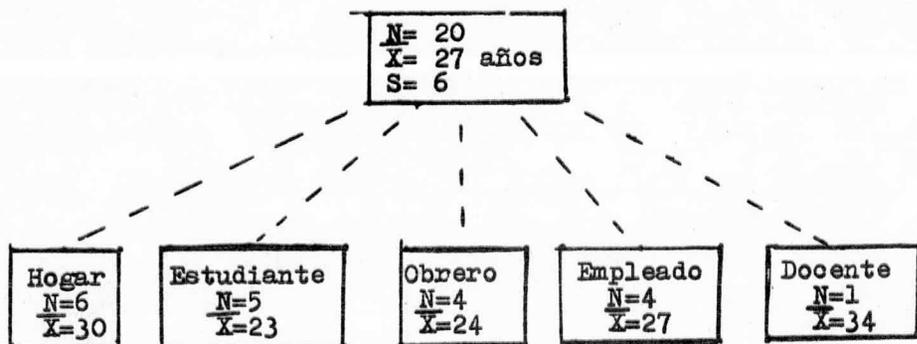


Segmentación de la Edad en relación con el Estado Civil:



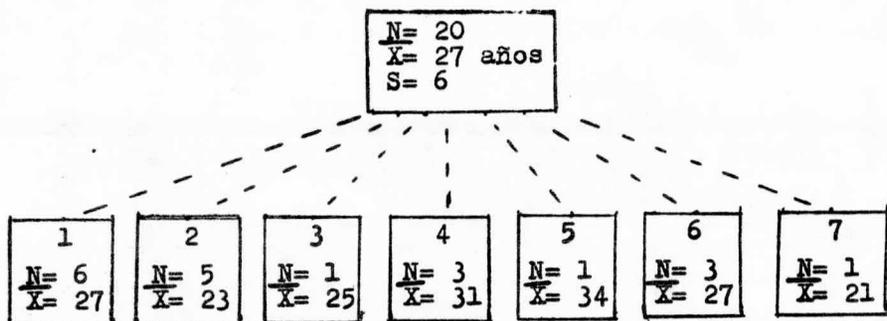
Si hay diferencias significativas (al 99.9) entre grupos e intragrupos (Prueba F, Análisis de Varianza) con respecto a la edad en función del estado civil.

Segmentación de la Edad en relación con la Ocupación anterior a la cirugía:



Si hay diferencias significativas (al 80.5 %) entre grupos (Prueba F, Análisis de Varianza) con respecto a la edad en relación con la ocupación anterior a la cirugía.

Segmentación de la Edad en relación a la Ocupación 45 días después de la Cirugía:



Si hay diferencias significativas (al 58.3 %) entre grupos (Prueba F, Análisis de Varianza) con respecto a la edad en función a la ocupación (45 días después de la cirugía

1= Hogar 2= Estudiante 3= Obrero 4= Docente
 5= Reposo por indicación médica 7= Reposo por propia decisión

V

CONCLUSIONES, LIMITACIONES,
SUGERENCIAS

En este capítulo se presentan las conclusiones del Análisis de los Resultados, tratando de dar respuesta a la pregunta formulada en el problema y concluir acerca de las hipótesis que se plantearon. También se presentan las limitaciones de la investigación y sugerencias.

CONCLUSIONES

En el análisis de los resultados que se expusieron en el capítulo anterior, se obtuvo que de las 14 escalas que integran el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, cuatro de ellas revelaron diferencias significativas entre los puntajes obtenidos antes y después de la cirugía: escala " K ", escala " Dp ", escala " Es ", y escala " Ma ". De esta manera se rechazó la hipótesis nula que fue planteada en el tercer capítulo de la investigación y fue aceptada, por consiguiente la hipótesis alterna para cada una de las escalas mencionadas.

Con respecto a las escalas " ? ", " L ", " F ", " Hs ", " D ", " Hi ", " Mf ", " Pa ", " Pt ", y " Si ", se obtuvo que no existen diferencias significativas entre los puntajes obtenidos antes y después de la cirugía, por lo que se aceptó la hipótesis nula para cada una de las escalas.

De la segmentación de la variable edad se obtuvieron diferencias significativas entregrupos e intragrupos en relación con la variable estado civil. Se obtuvieron diferencias significativas entregrupos en relación con las variables ocupación anterior a la cirugía y ocupación 45 días después de la misma.

Se observó que la mayoría de los sujetos de la muestra sometidos a cirugía eran solteros, con una edad promedio de 23 años.

Del análisis estadístico de los resultados se concluye que existen alteraciones postoperatorias en las escalas " K ", " Dp ", " Es ", y " Ma ".

Ahora bien, en los perfiles que se obtuvieron de los diferentes pacientes que formaron la muestra se pueden observar diferencias clínicas que demuestran y comprueban la hipótesis alterna que se planteó; es decir, que hay alteraciones de la personalidad durante el período postoperatorio en personas sometidas a cirugía del corazón bajo circulación extra corpórea.

Por otra parte se observan las diferencias de un perfil a otro; es decir, de un paciente a otro, tanto en las puntuaciones prequirúrgicas como en las puntuaciones postquirúrgicas; esto permite concluir que las reacciones postoperatorias están determinadas, entre otros factores, por la personalidad premórbida del paciente.

Al quedar demostrada la existencia de alteraciones postoperatorias en personas sometidas a cardiotoromía, las cuales están determinadas principalmente por la personalidad premórbida, se demuestra también la necesidad de la intervención psicoterapéutica antes y después de la cirugía, abordaje que deberá ser diferente para cada uno de los casos.

Pudo observarse que la atención médico-quirúrgica hacia los pacientes es lo suficientemente adecuada; sin embargo, existen una serie de limitaciones que obstaculizan en un momento dado que los hospitalizados cursen un internamiento menos angustioso y deprimente; una de ellas es la falta o poca información que se le brinda en relación a su enfermedad, la cirugía y las precauciones que deberá tomar por el resto de su vida. Otra es el hecho de que no tienen en qué ocupar la mayoría de su tiempo; cuentan con un aparato televisor, con cine y con paseos por los jardines de la misma institución, pero

no se cuenta con un servicio formal de Terapia Ocupacional.

Es necesario hacer notar que en México existe casi un total desconocimiento en lo que respecta a esta problemática por parte de médicos, psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras, enfermeras, etc. Por otro lado, los recursos humanos con los que cuentan los servicios de psiquiatría en las diferentes instituciones dedicadas a la salud son muy inferiores a las necesidades reales de la población.

Así pues, existen problemas académicos, sociales, políticos y económicos, que no permiten que el paciente quirúrgico sobrelleve una cirugía, de tal manera que al presentar problemas individuales, familiares, ocupacionales, sociales y sexuales pueda auxiliársele efectivamente.

De aquí, la urgencia de realizar más investigaciones que estudien este problema desde un enfoque interdisciplinario, de tal forma que arrojen información que pueda ser manejada por todos aquellos profesionistas dedicados a la salud física y mental del ser humano.

LIMITACIONES

En esta investigación se presentaron una serie de limitaciones de diversa índole, una de ellas fue la falta de investigaciones realizadas en nuestro país y la mínima cantidad en el extranjero; por consiguiente, la carencia de bibliografía al respecto.

Por otra parte, y que se considera la más importante, es la dificultad con la que se enfrenta toda persona que desea realizar una investigación en una Institución y que no forma parte del personal de la misma.

En este caso, la primera Institución a la que se acudió fue el Hospital de Cardiología y Neumología del Instituto Mexicano del Seguro Social; después de haber sido revisado el proyecto por diferentes personas integrantes de éste, se aceptaba la implementación del estudio, siempre y cuando apareciera como autora y responsable del mismo la Psicóloga del Hospital; por razones obvias esta "sugerencia" no fue aceptada por la sustentante.

Se visitó entonces el Pabellón de Cardiología del Hospital General de la Ciudad de México, en este lugar se obtuvo la autorización y todo el apoyo por parte del Dr. Guillermo Escobar Aldasoro para realizar este trabajo; sin embargo, no fue posible abordarlo ya que la población no cubría los criterios establecidos para la selección de la muestra; es decir, la escolaridad era nula o muy baja y en su gran mayoría eran personas residentes de estados lejanos a la Zona Metropolitana.

Como última alternativa, se solicitó autorización en el Instituto Nacional de Cardiología de la Ciudad de México, la cual se otorgó gracias a la intervención del Dr. Genaro Pliego Díaz, el Dr. César Pérez de Francisco y el Dr. Gustavo Sánchez Torres.

De inicio las condiciones fueron:

- a) Colaborar con el Servicio de Psiquiatría los días martes, miércoles y viernes, con un horario de 4:00 P.M. a 7:00 P.M.
- b) Iniciar el trabajo de Tesis a partir de las 4:30 P.M., ya que la mayoría de los estudios a realizar en los pacientes que serán sometidos a cirugía se llevan a cabo por la mañana y reciben visita de 3:00 P.M. a 4:30 P.M.

Por otra parte, debido a que la sustentante no forma-

ba parte del personal de la Institución, se presentaron dificultades para revisar expedientes y para entrar a la Unidad de Cuidados Intensivos; esto no permitió observar las reacciones que presentaban los pacientes una vez pasado el efecto de la anestesia, ni obtener información con respecto al tiempo de la cirugía, al tiempo transcurrido en la bomba cardiopulmonar, los medicamentos utilizados antes y después de la cirugía, grado de hipotermia, complicaciones quirúrgicas, etc.; datos que hubiesen sido muy importantes y que hubieran aportado mucho a esta investigación.

En lo que respecta al escenario de trabajo, no se contacta con un lugar donde pudiesen evitarse la influencia de variables que perturbaran la atención de los pacientes tales como, el ruido y la intromisión de otras personas, tanto del personal como de los pacientes; lo cual provocó que en muchas ocasiones tuviese que repetir las indicaciones.

Y por último, el tamaño de la muestra fue tan pequeño y heterogéneo en cuanto a edad y ocupación que no permite hacer generalizaciones en relación a estas variables.

SUGERENCIAS

En base a las limitaciones encontradas, se sugiere lo siguiente:

- a) Establecer convenios por parte de la U.N.A.M. con las diferentes instituciones para que las personas que deseen realizar investigaciones no se vean obstaculizadas.
- b) que la muestra sea lo más amplia y homogénea posible para que tenga mayor representatividad.
- c) que las investigaciones sean desde un enfoque interdisciplinario para que sean más confiables y completas.
- d) que el lugar donde se trabaje con el paciente sea lo más adecuado, donde se pueda evitar el ruido, la intromisión

de otras personas y cualquier variable que pueda distraer al paciente.

- e) Realizar una entrevista a las personas que conviven más cercanamente con el paciente.
- f) Realizar estudios de seguimiento
- g) Realizar entrevista al médico cirujano para obtener datos importantes con respecto a la cirugía.

BIBLIOGRAFIA

B I B L I O G R A F I A

- 1). Behrendt D.M., Austen W.G.: Patient Care in Cardiac Surgery, Ed. Little Brown Company, 1976, Pág: 124
- 2). Carrascal L.L.A., Cuevas R.C., Flores G.M., Gómez E. L., Pacheco M.F., Rivera A.S., Russo V.S.: Pruebas de Significancia Estadística, México, Facultad de Psicología, U.N.A.M., 1982, Págs: 10-21
- 3). Castelnuovo-Tedesco, P., editor. Psychiatric Aspects of Organ Transplantation, New York, Grune & Stratton, 1971
- 4). Castro L.: Diseño Experimental sin Estadística, México, Ed. Trillas, 1980
- 5). Freedman A.M., Kaplan Harold I., Sadock Benjamín J.: Compendio de Psiquiatría, México, Ed. Salvat Editores, S.A., 1975, Págs: 533-536
- 6). Furst J.B.: Emotional Stress Reactions to Surgery, New York State Journal of Medicine, 1978, Vol. 78 (7) Págs: 1083-1084
- 7). Hackett T.P., Weisman A.D.: Psychiatric Management of Operative Syndromes, Journal of the American Psychosomatic Society, 1960, Vol. XXII (4), Págs: 267-282
- 8). Hackett T.P., Weisman A.D.: Psychiatric Management of Operative Syndromes, Journal of the American Psychosomatic Society, 1960, Vol. XXII (5), Sep-Oct, Págs: 356-372

- 9). Heller S.S., Frank K.A., Malm J.R., Browman F.O., Harris P.D., Charlton M.H., Kornfeld D.S.: Psychiatric Complications to Open-Heart Surgery, The New England Journal of Medicine, 1970, Vol. 283, No. 19, Págs : 1015-1020
- 10). Himmelbock J.M.: Butting heads: patients who refuse necessary procedures, Psychiatric Medicine, 1970, Vol. 1, Pág: 241
- 11). Kolb L.: Psiquiatría Clínica Moderna, México, Ed. La Prensa Médica Mexicana, 1976, Págs: 248, 546-557
- 12). Kreyszig E.: Estadística Matemática, México, Ed. Limusa, 1976
- 13). Layne O.L. Jr., Yodosky S.C.: Postoperative Psychosis in Cardiotomy Patients, The New England Journal of Medicine, 1971, Vol. 284, No. 10, Págs: 518-520
- 14). Mc Guigan : Psicología Experimental, México, Ed. Trillas, 1977
- 15). Morse R.M.: Postoperative delirium: a syndrome of multiple causation, Psychosomatics, 1970, Vol: 11, Pág: 164
- 16). Moragas M.R.: Rehabilitación: un enfoque integral, España, Ed. vicens-vives, 1972, Pág: 73
- 17). Netter H. Frank.: Colección Ciba de Ilustraciones Médicas, México, Ed. Salvat, 1976, Vol. V, Págs: 99-101.

- 18). Núñez R.: Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) a la Psicopatología, México, Ed. El Manual Moderno, S.A., 1979
- 19). Padua J.: Técnicas de Investigación Aplicada a las Ciencias Sociales, México, Ed. Fondo de Cultura Económica, 1982
- 20). Ramírez S.: Infancia es Destino, México, Ed. XXI siglo veintiuno editores, S. A., 1975, Pág: 88
- 21). Rojas S. R.: Guía para realizar Investigaciones Sociales, México, Ed. Textos Universitarios, 1980