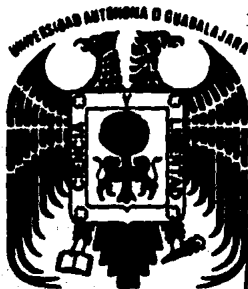


870112

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ENFERMERIA



**TESIS CON
FALTA DE ORDEN**

La Ansiedad ante una Intervención Quirúrgica

**TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE**

LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

NURIA DOMENECH SALORIO

GUADALAJARA, JAL. 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 está 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.

C O N T E N I D O

	Página
PROLOGO	1
INTRODUCCION	4
PRIMERA PARTE.	
1.- La Ansiedad como una respuesta.	7
2.- Aspectos fisiológicos de la ansiedad.	11
3.- Tensión y Ansiedad.	15
4.- El advertir y lo incierto en la Ansiedad.	26
5.- Resumen.	29
SEGUNDA PARTE.	
1.- Terapéutica del Medio Ambiente.	30
1-A) Actitudes hacia el paciente.	32
1-B) Factores que intensifican la tensión del pa ciente.	36
1-C) Actuación de la enfermera en la terapéutica del medio ambiente.	41
1-D) Consideraciones para la preparación psicológi ca del paciente.	43
1-E) Terapéutica medicamentosa.	47
2.- La Ansiedad ante la intervención quirúrgica.	56
3.- El personal de enfermería su actuación con pa cientes ansiosos.	61

CONCLUSION

70

BIBLIOGRAFIA.

76

P R O L O G O

Enfrentarse a la tensión y a la ansiedad es una necesidad diaria en el crecimiento y desarrollo de todo ser humano. Asistir por primera vez a la escuela o ingresar a un nuevo trabajo, separarse de los padres o de los seres queridos, dudar de la propia capacidad de adaptación en las relaciones con las demás personas, las presiones de trabajo, los plazos de pago y servir de animador o hablar en público, son algunas de las muchas fuentes potenciales de tensión. La tensión forma parte integral de la trama natural de la vida. Cualquier situación en la que otros evalúen el comportamiento de una persona puede producirle tensión. Puede tener efectos positivos y negativos, pero la respuesta negativa es la que generalmente capta la mayor parte de nuestra atención.

En términos comunes, la tensión se refiere tanto a las circunstancias que demandan una respuesta, exigencia física o psicológica al individuo, como a las reacciones emocionales que se experimentan en dichas situaciones.

Cada vez son mejor admitidos los efectos que la tensión tiene sobre la salud física y el bienestar emocional. Pero los expertos todavía no llegan a un acuerdo en cuanto a su definición. Una de las autoridades mundiales más famosas, sobre los efectos de la tensión en los procesos corporales, es el Doctor -

Hans Selye. En su libro, *Stress Without Distress*, Selye se pregunta: "¿Qué es la tensión?" y posteriormente responde:

"Todos la experimentan, todos hablan de ella y sin embargo pocos se han preocupado por saber qué es en realidad.... Hoy día, en las reuniones sociales se habla mucho de lo tensa que es la vida de los ejecutivos, la jubilación, el ejercicio, los problemas familiares, la contaminación y la muerte de un familiar...

La palabra tensión, al igual que las palabras "éxito" "fracaso" o "felicidad" significan cosas diferentes entre las personas; de tal manera, resulta extremadamente difícil definir las".

Del análisis de Selye se desprende que la tensión altera muchos aspectos de la vida, y que hacerle frente resulta esencial para la salud física y para un desarrollo efectivo. Pero, ¿Cómo nos enfrentamos a algo que parece tan engañoso y difícil de definir?

Dentro de la amplia gama de literatura sobre el tema, también se refleja una considerable superposición entre el significado de "tensión" y el de "ansiedad", indicando que los términos se usan indistintamente, tanto por los científicos como por los-

legos en la materia.

Enfrentarnos al estudio de la ansiedad, nos posibilita a que cada vez la comprendamos mejor y, por lo tanto podamos manejarla con el fin de combatir los sentimientos de aprensión y temor que provoca y, que en la actualidad son tan frecuentes.

I N T R O D U C C I O N

La conceptualización del término ansiedad es amplia y se encuentran algunas diferencias de unos autores a otros. Con frecuencia se emplean vocablos como miedo, temor, tensión, angustia, sino como sinónimo de ansiedad, si en forma equivalente en alguno de sus elementos que lo componen. Y en ocasiones, si se toman como iguales, Mischell (1976) habla de la ansiedad como un temor aprendido y utiliza ambos vocablos indistintamente. Hay otros autores que también manejan indistintamente palabras como miedo, (Harrison, 1958), angustia, tensión (Kolb, 1973), con referencia a la ansiedad.

Entre las diferencias que encuentran otros autores atendiendo a estas palabras se señalan los siguientes: KOLB (1973), distingue la angustia del miedo al considerar que la primera es la señal de una amenaza a la personalidad y el segundo, la amenaza se dirige a la integridad física de la persona. HOFLING (1968), agrega a esta diferencia otra consistente en que, el miedo es referible a un peligro externo y en la ansiedad o angustia el peligro es difuso.

A diferencia de lo anterior, SOLOMON (1974), HOLMES Y RIPLEY (1955), señalan que la ansiedad, es una respuesta a amenazas dirigidas tanto al cuerpo como a la personalidad del individuo.

La ansiedad es referida a aspectos diferentes, y en algunos de ellos se le define en forma distinta. Se le estudia en el campo de la personalidad tanto como, un sentimiento que, manifiesta un individuo psicológicamente normal ante una amenaza percibida por él sin, que ésto implique un cambio prolongado en la persona más allá del evento desencadenador; así, como en individuos que presentan un desorden patológico en su personalidad y - que puede ir hasta cuadros psicóticos.

Orientaciones teóricas han conceptualizado a la ansiedad - algo distinto, atendiendo a la línea del pensamiento mantenida - en sus investigaciones. Los freudianos acentúan que, la ansiedad es producida por los impulsos inaceptables que se encuentran reprimidos en el inconciente y, que se abren paso dentro de la - conciencia; la teoría del aprendizaje, se concentra en la asociación que hay con la estimulación aversiva; los existencialistas, la sitúan como la percepción de una amenaza fundamental al yo; - Mandler y Watson (1966), la explican como un estudio de angustia e impotencia en organismos que no tienen alternativas.

Como experiencia subjetiva; Solomon (1974), la ansiedad - también presenta diferencias que varían de individuo a individuo. Y aún más, se ha encontrado que la persona es un determinante en la reacción de ansiedad, además de que está sujeta al - estímulo particular afrontado, mostrando con esto que la ansiedad no es una situación libre.

La presentación de la ansiedad varía en una amplitud total, comenzando con el "trauma de nacimiento" y terminando con el temor a la muerte.

Ya con este panorama de extensión de todos los sentidos, ya en el campo de estudio, ya en las manifestaciones de la ansiedad, la conceptualización que se tenga necesariamente tiene que evitar la estrechez.

Para ubicar el presente estudio tengase en cuenta la distinción entre ansiedad normal y patológica (Solomon, 1974). En la personalidad anormal la ansiedad no se presenta sola sino que es parte de un síndrome.

En la ansiedad normal, a diferencia de la patológica, el individuo conserva su balance emocional, sólo experimenta una alteración psicológica y fisiológica que desaparece pasada la situación amenazante.

A este último tipo pertenece la ansiedad estudiada.

PRIMERA PARTE

LA ANSIEDAD COMO UNA RESPUESTA.

La ansiedad aparenta ser el hecho dominante ... y amenaza convertirse en el clisé dominante ... de la vida moderna. "Grita" desde los encabezados de los diarios, "rie" nerviosamente en las fiestas, nos "importuna" en la publicidad, "habla" -- suavemente en la sala de sesiones, "gime" en el escenario, "parlotea" en el teletipo de Wall Street, "bromea" con falsa jovialidad en el campo de Golf y se "insinua" en la diaria intimidad -- frente al espejo donde nos arreglamos. No solamente las negras estadísticas de asesinatos, suicidios, alcoholismo y divorcios denuncian la ansiedad (o esa forma especial de ansiedad que es la culpa), sino cualquier acto, por más inocente que parezca: un fuerte apretón de manos o por el contrario un saludo muy suave, el segundo paquete de cigarrillos o el tercer martini, la cita olvidada, el tartamudeo a mitad de la frase, la hora perdida ante el televisor, el niño castigado, los pagos del nuevo automóvil. (Pasaje tomado de la revista TIME).

El individuo tiene dentro de su repertorio de conductas, unas que aparecen ante estímulos que amenazan la integridad de -

la persona. Aún cuando las personas reaccionan de diferente modo a estos estímulos, se encuentran tres componentes esenciales en este complejo psicobiológico, que caracterizan a esa respuesta llamada ansiedad:

- 1) Sentimiento conciente de temor y de anticipación a un peligro; sin la facultad a identificar en ese momento, una amenaza objetiva que pueda responder a estos sentimientos de - - aprensión.
- 2) Elevada actividad del sistema nervioso autónomo, que incluye diversos cambios físicos. Pudiendo presentarse: síntomas -- cardiovasculares; síntomas respiratorios, síntomas gastrointestinales.
- 3) Una interrupción o desorganización en la eficacia para la resolución de problemas, incluyendo dificultad en la claridad de pensamiento y en enfrentarse eficazmente a las exigencias ambientales.

¿Cómo se originan las respuestas de ansiedad?

Mayer señala que, la ansiedad es una respuesta de temor - condicionada hacia estímulos que estuvieron asociados con un castigo doloroso.

Otra manera, en que aparece la ansiedad es ante una situación que amenaza la supervivencia del individuo, como la pérdida de afecto, de protección, de apoyo físico, etcétera. También -- cualquier estímulo asociado con estas situaciones, mediante el - condicionamiento, desarrolla la facultad de desencadenar ansiedad. La base de la ansiedad se encuentra en el dolor. Y la respuesta de enfrentarse ante la posibilidad de experimentar dolor, es de ansiedad. No es el dolor en sí el que conduce a la ansiedad, algunos autores llaman miedo al sentimiento que surgiría en este caso, sino al enfrentarse con la posibilidad de sufrir ese dolor o pena, sin importar que se llegue a la producción del - - evento amenazante.

Presentación de Respuestas de Ansiedad:

El trastorno emocional producido por peligros actuales -- puede ser activado, después de que ha pasado, por estímulos que recuerdan al individuo de esos peligros, o por signos que lo llevan a esperar nuevos peligros. Esto es, episodios llenos de tensión causan ansiedad, que puede persistir o repetirse después de que el trauma terminó.

Después de una severa reacción de ansiedad, el individuo está más propenso a responder ansiosamente a otro estímulo similar que se presente posteriormente, (Archibald y Tuddenham, - - 1965).

Estas observaciones sustentan la idea de que la ansiedad implica, un aprendizaje de la reacción de temor que es altamente resistente a la extinción y, que puede ser evocada por diversos estímulos similares a esos que originalmente fueron traumáticos.

Con el condicionamiento de estímulos neutros como productores de ansiedad se tiene que, en una situación en la que la mayoría de la gente no reacciona con sentimiento, hay alguna persona que si le puede ocasionar gran aprensión, por ejemplo, un niño que es atacado por un perro en la oscuridad, puede convertirse la oscuridad en estímulo aversivo desencadenador de ansiedad.

La generalización de estímulos puede extenderse mucho, -- provocando que ni el mismo sujeto conozca la relación que hay -- con el estímulo primario. Puede ser también que el estímulo excitador de la ansiedad aparentemente no tenga porque serlo. Así por ejemplo; un individuo que al caminar por una calle de la ciudad de pronto tenga fuertes sentimientos de ansiedad y tema que los edificios puedan caer y aplastarlo (Mischel, 1976), parecerá que no hay razón para que experimentar tal aprensión, pero sí tenemos en cuenta que esa persona días antes sufrió la muerte de su esposa a consecuencia del derrumbamiento de un edificio, entonces ya no parecerá que falta razón para tal sentimiento.

ASPECTOS FISIOLÓGICOS DE LA ANSIEDAD.

"La pena que no se desahoga en lagrimas puede hacer llover a otros órganos".

Henry Maudsley.

La ansiedad a menudo vuelve a una persona hiperalerta, -- irritable e incierta. Puede inquietarse o permanecer tensa, inmóvil. Es factible que hable en exceso. Duerme mal. Generalmente el interés y la función sexual están alterados. La ansiedad intensa constriñe el alcance de las actividades cotidianas del individuo y disminuye su productividad en el trabajo. Puede alterar la concentración, la memoria, el raciocinio abstracto, - la habilidad para calcular y la eficiencia psicomotora.

La ansiedad está asociada con una gran variedad de alteraciones funcionales. Cuando éstas provocan síntomas físicos, son generalmente llamadas alteraciones psicofisiológicas. El porque los diferentes sistemas de órganos se encuentran involucrados en distintos pacientes no ha sido suficientemente aclarado.

Las manifestaciones somáticas comunes de la ansiedad son las siguientes:

Solomon, 1976.

1.- Respiración excesiva.

- 2.- Tensión musculoesquelética: Cefalalgia tensional, --
constricción de la parte posterior del cuello y del-
pecho, voz temblorosa, dolor de espalda.
- 3.- Respiraciones suspirantes.
- 4.- Síndrome de hiperventilación: Disnea, vértigo, pares-
tesias.
- 5.- Trastornos funcionales gastrointestinales: Dolor ab-
dominal, anorexia, náusea, mal sabor de boca, disten-
sión, diarrea, constipación, sensación de "vacío" en
el estómago.
- 6.- Irritabilidad cardiovascular: Hipertensión sistólica
pasajera, contracciones prematuras, taquicardia, --
desfallecimiento.
- 7.- Disfunción genitourinaria: Frecuencia urinaria, disu-
ria, impotencia, dolor pélvico en las mujeres, frigi-
dez.

Las respuestas psicofisiológicas pueden interpretarse co-
mo la perpetuación inapropiada de las reacciones orgánicas que -
han servido para adaptarse a, o protegerse de, estados de ansie-
dad en la experiencia de la vida humana.

Las reacciones de ansiedad no sólo incluyen las provoca--
das por el ataque de otros organismos o agentes físicos, sino --
también las que resultan de la capacidad que el hombre tiene pa-
ra interpretar ciertos símbolos como índices de peligro, para lo

cual se basa en su experiencia anterior; estos símbolos incluyen las amenazas que resultan de la conformidad obligatoria ante las reglas familiares y culturales, que en sí mismas conducen hacia la privación de ciertas satisfacciones que innatamente se desean.

En respuesta a la ansiedad impuesta por diversas amenazas y conflictos, las reacciones orgánicas, junto con diversos sentimientos y actitudes, se presentan para ayudar al individuo a protegerse, a adaptarse y a prepararse ante las situaciones de gran urgencia.

La perpetuación de las respuestas orgánicas una vez que ha terminado el período de ansiedad, conduce hacia la producción de respuestas prolongadas que no concuerdan con la realidad y -- pueden terminar en daño tisular.

El síntoma psicósomático representa la concomitante fisiológica de un estado emocional. En el estado emocional agudo de ira, por ejemplo, la elevación de la presión arterial es un proceso vegetativo normal. Esta elevación de la presión sanguínea desaparece si el individuo iracundo libera su tensión emocional a través de un ataque físico o verbal hacia el objeto de su ira.

En cambio, si se prolonga una persistente agresión inhibida (ira crónica), la tensión emocional del paciente no desaparece, su presión sanguínea no disminuye, y sufre entonces de hiper

tensión "esencial".

En otras palabras, una tensión emocional crónica activa - cambios corporales que dan como resultado hipertensión vascular. Los síntomas físicos de algunos casos de hipertensión, son, por lo tanto, de origen psicosomático.

Si una tensión emocional que actúa a través del sistema nervioso vegetativo estimula la actividad muscular o secretora - del aparato gastrointestinal, el síntoma psicosomático se referirá a ese aparato. El paciente interpreta entonces las expresiones fisiológicas de la ansiedad como "molestias del estómago". El síntoma psicosomático no explica por sí solo la inquietud del paciente; la ansiedad subyacente que originó el síntoma y que amenaza con abrirse paso a través de las defensas insuficientes, ejerce mayor influencia. Por lo tanto, en cierto modo puede considerarse que el síntoma psicosomático "funcional" es una medida de urgencia que el paciente utiliza para impedir que la ansiedad lo agobie.

De este modo, dentro de la sucesión de acontecimientos entre, la aparición de ansiedad y su percepción e interpretación - por parte del sujeto, existen dos variables importantes, : el grado de la reacción orgánica y su estimación. A la luz de estos hechos es posible que esperemos encontrar correlaciones elevadas entre las medidas objetivas de actividad del sistema nervioso autónomo y la información subjetiva.

TENSION Y ANSIEDAD

En la década de 1920, el fisiólogo Walter B. Cannon dirigió una investigación acerca de los mecanismos homeostáticos relacionados con las reacciones de "lucha o escape" a los estímulos productores de tensión.

Notó cambios en las glándulas adrenales y en el sistema nervioso simpático de los animales y de los humanos que eran expuestos a una variedad de agentes dolorosos, incluyendo la falta de oxígeno, las bajas temperaturas y los trastornos emocionales y atribuyó tales cambios de los procesos biológicos internos a la activación de los mecanismos homeostáticos.

Cannon pensó que una función importante de la homeostasis era contrarrestar los efectos destructores causados por los estímulos nocivos de tal manera que el equilibrio interior pudiera ser restaurado. Cuando el equilibrio homeostático era perturbado o alterado más allá de los límites normales, Cannon infería que sus sujetos se hallaban en un "estado de tensión", lo cual, en otras palabras, significaba que la tensión es el resultado de una alteración de la homeostasis.

A mediados de 1930, Hans Selye inició sus famosos experimentos acerca de los efectos de la tensión en los procesos fisiológicos. Continuando los trabajos de Cannon, dirigió amplias in

investigaciones de laboratorio sobre las reacciones de los animales a diferentes estímulos nocivos: calor y frío extremos, descargas eléctricas, traumas quirúrgicos, pérdida de sangre y restricciones de espacio.

Cada uno de estos agentes tenía un efecto específico en las reacciones fisiológicas. Pero, más importante que eso fue la identificación, por parte de Selye, de un síndrome constante de cambios dispersos, inducidos seguramente por muchos estímulos diferentes. Llegó a la conclusión de que la repetición de tales reacciones fisiológicas, a una amplia variedad de estímulos se podía definir como un "estado de tensión". Este estado queda contenido en toda reacción de ansiedad.

Como características del "estado de tensión" se tienen las siguientes:

- 1.- Es un estado del organismo.
- 2.- Que implica una interacción entre el individuo y el ambiente.
- 3.- Es más extremo que un estado motivado ordinario y puede igualarse a un estado de frustración o de conflicto.
- 4.- Debe estar presente una amenaza.
- 5.- Debe percibirse, de algún modo, tal amenaza.
- 6.- Queda implícita de algún modo, la integridad del organismo.

Cofer y Appley proponen entender la tensión como, un continuo, donde primero, se hace presente la insuficiencia en la satisfacción regular del bienestar que ocasiona una conducta de enfrentamiento. Segundo, cuando no se alcanza una conducta que responda a la estimulación. Aquí se puede ya percibir la situación como posiblemente más allá de las capacidades del ya disponible potencial de defensa del organismo, y es así como se puede hablar de percepción de la amenaza, cosiguientemente debe producirse ansiedad. A continuación si persisten, la situación y las conductas de ansiedad, se da la tensión.

Aquí se presenta la preocupación del organismo por la protección del ego. Finalmente, el agotamiento o la anticipación del agotamiento de las conductas defensoras del ego pueden provocar un cuarto punto, en el que puede hablarse de una percepción de desamparo o desesperanza.

Las reacciones del cuerpo frente a la tensión.

Los cambios fisiológicos ligados a las reacciones de tensión son controlados por un centro nervioso del cerebro llamado-hipotálamo.

Cuando un agente lo excita, se inicia una compleja cadena de procesos neuronales y bioquímicos que alteran el funcionamiento de casi todas las partes del cuerpo. El sistema nervioso au-

tónomo, el cual moviliza al cuerpo para enfrentarse a la tensión es activado directamente por el hipotálamo, el cual activa también la glándula pituitaria.

Esta, a su vez, segrega un agente bioquímico, la hormona-adrenocorticotrófica (HACT) en la corriente sanguínea. La glándula adrenal, estimulada por la HACT, segrega adrenalina y otros agentes bioquímicos que excitan y activan los mecanismos del cuerpo.

Los cambios fisiológicos que siguen a la activación del "eje hipotálamo-pituitario-adrenocorticoide". por un agente, preparan al animal o a la persona para una vigorosa respuesta de "lucha o escape".

El corazón acelera su actividad, enviando más sangre al cerebro y a los músculos; los vasos sanguíneos se contraen y el tiempo de coagulación disminuye, lo cual da por resultado serias hemorragias por heridas que no lo son tanto; la respiración es más rápida y profunda, proveyendo así más oxígeno; la saliva y las mucosidades se resecan, aumentando el tamaño de los conductos de aire a los pulmones; y el aumento de la transpiración enfría el cuerpo.

Durante las reacciones de tensión, muchos músculos se ponen rígidos, preparando al cuerpo para una acción rápida y vigo-

rosa. Las pupilas se dilatan, haciendo que los ojos sean más -- sensibles. Se producen más globulos blancos para ayudar a comba -- tir cualquier infección. Las funciones prioritarias menores, co -- mo comer y digerir los alimentos, se suspenden para conservar la energía.

De esta manera, todas las fuerzas del organismo amenazado se movilizan, ya sea para atacar a un enemigo o bien para esca -- par en busca de seguridad.

También se produjeron varios cambios físicos menos ob -- vios en los animales expuestos por Selye a los agentes nocivos. Entre ellos se incluyen el aumento de tamaño de las glándulas -- adrenales y un encogimiento del timo y de los nudos linfáticos -- ubicadas en la ingle y las axilas.

La continua exposición a los agentes de gran influencia, -- frecuentemente, dió como resultado la aparición de úlceras gá -- stricas.

Selye denominó, a la suma de estas reacciones fisiológi -- cas que resultan de la exposición a estímulos nocivos, como el -- "Síndrome General de Adaptación". El SGA consta de tres etapas -- principales. La primera es una "reacción de alarma" producida -- por la exposición repentina a una situación angustiosa. La mayo -- ría de los cambios descritos anteriormente ocurren en esta etapa -- inicial.

Cuando la exposición al agente se prolonga, a la reacción de alarma sigue una "etapa de resistencia". Los signos de reacción de alarma disminuyen conforme el mecanismo homeostático intenta adaptarse a dicho agente. Pero esta "resistencia" emplea energía que puede ser necesaria para otras funciones vitales, -- por lo que existen ciertos límites para la capacidad de adaptación del organismo. Finalmente, a la etapa de resistencia sigue la "etapa de agotamiento". En este momento pueden reaparecer -- los signos de la "reacción de alarma", pero si el uso y abuso de la adaptación al agente ha agotado por completo los recursos de defensa del organismo, la tensión continuada puede causar la -- muerte.

¿Qué tipo de reacciones emocionales se producen entre los agentes y las reacciones de tensión y cómo es que se despiertan esas emociones en particular? Ya se ha visto que el estado de ansiedad aparece cuando el agente es percibido como una amenaza: considerar amenazante a una situación parece ser el factor crítico que interviene entre los agentes y las reacciones de tensión, dando como resultado el surgimiento de la ansiedad y la activación de SGA.

Las reacciones frente a la tensión dependen de que una situación en particular se considere a no amenazadora. El concepto de amenaza se refiere a la evaluación subjetiva de una situación como algo potencialmente peligroso. Obviamente, la evalua-

ción de una amenaza está influida por los factores objetivos de dicha situación y los agentes objetivamente peligrosos son percibidos como algo amenazador por la mayoría de las personas.

Pero los pensamientos y los recuerdos estimulados por esa situación, la experiencia previa de un individuo en circunstancias similares y su capacidad para hacerle frente, pueden tener un impacto aún mayor.

El grado en que se considere amenazante una situación también depende del contexto dentro del cual se encuentre el peligro potencial. El mismo estímulo puede ser considerado como una amenaza por una persona, como un desafío por otra y como algo totalmente irrevelante por una tercera.

Por ejemplo: es muy probable que un hombre desarmado, - - quien inesperadamente se encuentre con un león en la selva, vea la situación como algo extremadamente peligroso y reacciones con ansiedad y con un miedo intenso. Pero el mismo león puede generar una sensación de desafío y alborozo en un experto cazador, - así como la simple diversión de los niños en el zoológico.

Luego, la experiencia de la amenaza es básicamente un estado mental. Tiene dos características principales: está orientada hacia el futuro (es decir: generalmente contiene la anticipación de una situación potencialmente peligrosa que aún no suce

de) y consta de procesos mentales que incluyen la percepción, el pensamiento, la memoria y los juicios.

Cuando las señales asociadas a una situación se ven como señales de un peligro inminente, entonces la situación se experimenta como amenazante.

Las reacciones ante la amenaza cumplen una función importante al basarse en la evaluación de un peligro real presente o futuro; pues producen una excitación emocional que moviliza al individuo, llevándolo a hacer algo para evitar el daño. Pero, aún cuando no haya un peligro objetivo, el solo hecho de considerar amenazante a una situación hará que el mensaje de tensión se transmita y hará sonar la alarma que producirá la ansiedad y activará el SGA.

¿Cuáles son los patrones emocionales y de comportamiento que indican la presencia de tensión?

Siempre que una situación se percibe como algo amenazador independientemente de que el peligro sea real o imaginario, la sensación de amenaza conducirá a una desagradable reacción emocional --- el surgimiento del estado de ansiedad, el cual es fácil de reconocer en uno mismo o en los demás (si lo comunican) --- pues contiene una combinación muy especial de pensamientos y sensaciones desagradables, además de los procesos fisiológicos an-

tes descritos. La persona se siente aprensiva, tensa, molesta, atemorizada y nerviosa y -- naturalmente -- tiende a preocuparse por las circunstancias específicas que provocan su estado de ansiedad. Además de los pensamientos sobre el daño físico o psicológico que puede resultar del peligro real o imaginario, otros pensamientos de importancia relativamente menor pueden acudir a su mente, estimulados en forma indirecta por el nivel general de excitación.

El estado de ansiedad tiene una intensidad variable y -- fluctúa en el tiempo. La calma y la serenidad indican la ausencia de ansiedad. La incertidumbre, la aprensión y el nerviosismo acompañan los niveles moderados de ansiedad, mientras que los niveles muy altos se caracterizan por un miedo y un temor intenso aunado a un comportamiento de pánico. La intensidad y la duración del estado de ansiedad depende de los agentes recibidos por la persona, así como de la interpretación que se haga de ellos -- como algo amenazador o peligroso.

El comportamiento producido por el estado de ansiedad incluye inquietud, temblores, respiración difícil, expresiones faciales de miedo, tensión muscular (tics y sacudimientos), falta de energía y fátiga.

Los cambios fisiológicos que acompañan tales manifestaciones conductuales son básicamente las mismas que ocurren cuando --

se activa el "eje hipotálamo-pituitario-adrenocorticoide" por -- las reacciones de tensión. El ritmo cardíaco se incrementa, la presión arterial se eleva, la respiración es más rápida y profunda, los músculos se ponen rígidos y las pupilas se dilatan.

La similitud entre los cambios fisiológicos del estado de ansiedad y de las reacciones de tensión apoyan la observación de Mason de que la excitación emocional se encarga de transmitir la señal de tensión.

El hecho de que la amenaza y la ansiedad intervienen entre los agentes y las reacciones de tensión, se ajusta a la definición de tensión sugerida por Lazarus como el tipo esencial de interacción entre la persona y el ambiente. La interacción se inicia con la interpretación de una situación como amenazante, la cual lleva al surgimiento de un estado de ansiedad asociado con cambios fisiológicos específicos. Como el estado de ansiedad constituye una experiencia desagradable, hace que las personas se comporten de una manera con la cual puedan evitar o minimizar la amenaza.

Aún cuando algunas situaciones son objetivamente benignas, pueden provocar intensos niveles de ansiedad en las personas que por alguna razón los ven como algo potencialmente peligroso.

Por ejemplo: una llamada telefónica a media noche podría-

ser altamente amenazadora para una mujer cuyo esposo se encuentra hospitalizado a causa de una enfermedad grave.

Cuando ella conteste el teléfono y descubra que se trata de una llamada equivocada, sentirá una sensación de descanso, lo cual significa una reducción de su ansiedad.

Sin embargo, tras recibir la llamada, puede tener problemas para volverse a dormir, al pensar una vez más en la enfermedad de su esposo, así como en las trágicas consecuencias que su muerte implicaría para toda la familia.

EL ADVERTIR Y LO INCIERTO EN LA ANSIEDAD.

EL ADVERTIR

Algunas personas cuando se les anticipa y se les da información sobre una inminente pena o tensión, desarrollan menos ansiedad que si hubieran permanecido ignorantes de aquel acontecimiento.

Estas personas pueden hacer frente en una mejor forma -- cuando ocurra un suceso traumático ya que han sido fortalecidas psicológicamente y han podido repasar el acontecimiento, estando preparadas para buscar una adaptación.

Los trastornos emocionales de la pena y la tensión pueden quedar considerablemente minados debido a lo que algunas veces -- se ha llamada "inoculación emocional", que viene siendo una desensibilización que a través de la imaginación y el pensamiento, ensayan antes de su acontecimiento real.

En una investigación realizada por Glasserman y Sluzki -- (1969), sobre la psicoprofilaxis quirúrgica, en la que a un grupo experimental se le proporcionó información sobre la intervención y además se le dió terapia preparatoria, los resultados mostraron que el grupo experimental se adaptó mejor que el grupo de control que no recibió psicoprofilaxis.

Por otro lado, se encuentran personas que no se benefician de la advertencia y que además pueden hasta debilitarse por la ansiedad que anticipan. Algunas personas tienen dificultad en imaginarse la experiencia antes de que ocurra, especialmente si estas personas no han experimentado peligros semejantes.

LO INCIERTO.

En un estudio en que se midió la reacción ante la espera de recibir un shock eléctrico se encontró que el grupo que únicamente sabía que estaba próximo al shock, experimentó mayor ansiedad a él, que el grupo que antes se le había dado un shock similar de muestra y ahora se encontraba en espera de otro.

Aún cuando una persona no pueda cambiar en nada un peligro próximo e inevitable, frecuentemente prefiere conocer sobre él (Lanzetta y Driscoll, 1966) y, además trabajaron para obtener ese conocimiento (Jones, Bentler y Petry, 1966). Y cuando sabe la persona qué es lo que está esperando, cuando tiene información sobre el acontecimiento doloroso, estará menos tensa y excitada, (Elliot, 1966).

También se prefiere que los resultados aversivos esperados e inevitables acontezcan inmediatamente que a mayor lapso. (Mischell, 1967).

Cuando la persona se enfrenta activamente a situaciones -
tensionales las reacciones psicológicas serán diferentes.

La naturaleza de las reacciones de ansiedad podrán depender en parte de las alternativas disponibles para hacerle frente a la tensión. Y cuando la persona puede tener algún control sobre la situación la adaptación será mejor y la respuesta de ansiedad se presentará en menor grado.

RESUMEN DEL CAPITULO.

Después, del desarrollo de este primer capítulo, considero importante responder tentativamente, a preguntas que surgieron en el desarrollo del mismo a manera de un breve resumen.

- Primero, no es posible especificar las condiciones externas que determinan cuando habrá de producirse una reacción de tensión, pues depende de la interpretación de las condiciones como algo amenazador, cualesquiera que sean sus características objetivas.
- Segundo, los procesos internos que ligán los estímulos con las reacciones de tensión, aparentemente son la amenaza, los desórdenes homeostáticos y la ansiedad.
- Tercero, los patrones emocionales y conductuales que indican la presencia de tensión son: sensaciones objetivas de incertidumbre, aprensión y miedo, reacciones de preocupación y cambios psicológicos y conductuales que acompañan a la ansiedad. La tensión puede ser definida entonces como la interacción entre la persona y el ambiente en el cual los estímulos se unen a las reacciones de ansiedad a través de la percepción de la amenaza.

SEGUNDA PARTE

TERAPEUTICA DEL MEDIO AMBIENTE.

La palabra francesa milieu significa medio ambiente. En su acepción literal, mi quiere decir medio y lieu lugar. Así - pues, los vocablos ambiente, medio ambiente y lugar se emplean - como sinónimos de milieu. "Un medio ambiente terapéutico se refiere sobre todo a un lugar que favorece la salud del enfermo".

Sin embargo, dos comentarios resultan oportunos en este momento. El primero es que la introducción de la terapéutica moderna del medio ambiente constituye en cierto modo un presente - que la Psiquiatría y la Enfermería Psiquiátrica hacen a la Medicina y a la Enfermería.

"La buena terapéutica del medio ambiente descansa sobre - la sólida comprensión de la psicodinámica básica". (Kyes, Hofling 1977).

Y el segundo comentario a mi juicio el mas relevante es, - "la preocupación y el interés por lo que ocurre a cada paciente - y al grupo de enfermos en el lapso de 24 horas".

Cualquier parte del día se convierte en tiempo propicio - para el tratamiento. La sala no es simplemente un lugar para -- que el paciente "mate el tiempo" o un lugar a donde se va y de - donde se viene; más bien es un lugar en que el personal se es -

fuerza para ayudar al paciente a recobrar la salud. Adquieren - gran valor cada hora que transcurre el enfermo en la sala, cada contacto del personal con él y cada aspecto de la vida allí. Son igualmente importantes la comida, el sueño, departir con los demás, la medicación y los tratamientos, así como la satisfacción de las necesidades del paciente y la preocupación por sus intereses.

Un medio ambiente terapéutico también toma muy en cuenta la interacción entre los mismos pacientes y la que exista entre estos y el personal. Además, proporciona un lugar donde el paciente puede manifestar sus sentimientos y sus anhelos, animándolo a asumir una conducta realista que tal vez había quedado frustrada en el pasado.

Y está ideado para brindarle la oportunidad de experimentar y de afrontar situaciones de manera provechosa y concreta.

Así, adquiere un mejor conocimiento de sí, aumenta la propia seguridad y el aprecio a su persona, estimulando además su capacidad de crecimiento.

En síntesis, el medio ambiente terapéutico es en un lugar dinámico, flexible y vital que tiene presente las necesidades -- del individuo y del grupo en determinadas circunstancias, a fin de promover experiencias positivas y cambios favorables para recobrar la salud.

1-A) ACTITUDES HACIA EL PACIENTE.

Uno de los medios más importantes para lograr la aproximación decisiva a cualquier paciente, es la prescripción de determinadas actitudes que deben ser empleadas por todo el personal - en su contacto con el paciente. Se ha visto que es muy útil ser bien claro y definido en la enunciación de estas actitudes.

Las actitudes son, naturalmente, fenómenos bastante complejos; pero para el objetivo de exponerlas en este estudio, son estudiadas como si comprendieran tres elementos íntimamente relacionados: 1) un elemento emocional, 2) cierto grado de actividad y 3) los resultados que se esperan obtener.

Por lo que, estos elementos requieren ser aclarados.

1.- Naturalmente, nuestras propias respuestas emocionales internas a los pacientes son muy variables, lo cual depende de nuestra propia personalidad, de la del paciente y de las circunstancias inmediatas. Si el conocimiento que tenemos de nosotros mismos y nuestra seguridad personal son de proporciones respetables, entonces los sentimientos inadecuados negativos del paciente (es decir, los sentimientos de "contratransferencia" tales como la ira, la envidia o el temor) serán probablemente sólo de moderada intensidad. Estas emociones perturbadoras pueden reducirse todavía más aprovechando la oportunidad que se presenta en las conferencias de diagnóstico y de tratamiento para lograr-

la comprensión profunda del paciente que está a nuestro cuidado.

"Comprenderlo todo es perdonarlo todo".

El elemento emocional comprende diversos sentimientos positivos (afecto, compasión, ternura, etc), y el grado en que estos sentimientos han de ser mostrados al paciente.

De esta manera, por ejemplo, un paciente grandemente inhibido, que ha sufrido grandes privaciones emocionales, puede beneficiarse por una actitud de cálida indulgencia inconfundible. - Por otra parte, un paciente morbosamente sensible y suspicaz, -- que tiene temor a las emociones de cualquier especie, puede en--tender erróneamente, pero de manera seria, una actitud de esta - índole, y puede responder más favorablemente a otra actitud amigable que parezca natural.

2.- El grado de actividad, se refiere naturalmente a la actividad manifiesta, puesto que el personal necesita ser inte--lectualmente activo con todos los pacientes. El punto técnico - que intervien aquí es el de encontrar el correcto equilibrio terapéutico entre la cantidad de iniciativa que puede ser asumida por el paciente, y la cantidad de iniciativa que debe ser asumida por el personal.

Por ejemplo: un paciente que es notablemente retraído, --

puede ser incapaz de dirigirse emocionalmente a la enfermera. - En este caso, con frecuencia es correcto que el personal sea muy activo, que camine más de la mitad del camino para entrar en contacto con el paciente.

Sin embargo, en otro caso, el paciente puede luchar desesperadamente para obtener cierto sentido de dominio, y puede necesitar la convicción de ser él la persona que toma la iniciativa; en este caso sería correcto que el personal fuera mucha más pasivo, que esperara cortésmente a que el paciente trata de mostrar - lo que siente, y no tomar ellos la iniciativa.

3.- La expresión de lo que esperamos; se refiere no tanto a lo que podemos predecir acerca de la conducta del paciente - sino al grado en que podemos porponernos guiar o dominar esa conducta. Por ejemplo; una actitud general de indulgencia significaría, que dentro de amplios límites de seguridad, debemos ofrecer poco o ningún obstáculo a las actividades espontáneas del paciente y hacer todos los esfuerzos para cumplir con lo que pide - y lo que exige. (Presión mínima, control mínimo).

Esta actitud sería la apropiada para un paciente que ha - llegado a temer, a odiar y a comprender errónea y constantemente el medio ambiente, y que ha regresado hasta el punto en que - es imposible la aplicación de técnicos socialmente aceptables - para buscar alivio de su tensión emocional.

Por otra parte la prescripción de firmeza con bondad sería de mucho mayor valor en caso de un paciente cuya agresividad requiera ser reorientada (ya sea alejándola de sí mismo y dirigiéndola a características de su medio ambiente)- como en las depresiones graves, o alejándolas de características inadecuadas del medio ambiente, y dirigiéndola a las que resulten adecuadas, como en ciertos trastornos del carácter).

Inevitablemente existirá una laguna entre el aspecto global del tratamiento del paciente, tal como puede ser decretado - en la mesa de conferencias, y las situaciones que se presentan - cada hora o cada minuto, de las que está plagada la vida del hospital.

Por lo que es muy importante que no exista confusión o mala comprensión entre el personal y que exista coherencia y uniformidad en el manejo de los pacientes, es necesario que la actitud recomendada para una paciente en particular NO sea meramente emitida o declarada, sino DEFINIDA.

1-B) FACTORES QUE INTENSIFICAN LA TENSION DEL PACIENTE.

El comportamiento del paciente y su avance hacia el restablecimiento son influidos notablemente por el medio ambiente que le rodea. El exámen del medio circundante comprende lo mismo -- las comodidades de tipo material que la atmósfera interpersonal. Obviamente, es más difícil reconocer y modificar las necesidades y las relaciones humanas que cambiar los aspectos físicos del local. Pero tampoco se realizan cambios con facilidad en una y -- otra área, sobre todo cuando viene del exterior la fuerza que -- los propugna.

El ambiente interpersonal también puede compararse con el social, ya que incluye emociones entre personas y manifestaciones de sentimientos en la conducta. Esas emociones son modificadas e intensificadas por la tensión; se sabe y es bien conocido por todos, que tanto la enfermedad como la hospitalización causan tensiones de índole física y psíquica.

El ambiente interpersonal que rodea al paciente tendrá o no tendrá valor terapéutico, según la dedicación y la capacidad del personal. Compete ante todo a la enfermera crear y mantener una atmósfera que permita al paciente sentirse bien en el aspecto físico, emocional y social. Para cumplir tal cometido, debe percibir y entender su papel ante las exigencias del paciente o ante las suyas. Me gustaría pensar que nosotras como enfermeras

profesionistas y en calidad de personas, nos esforzamos por satisfacer las exigencias del enfermo, más no siempre sucede así.

Las personas tratan a la gente como se les ha enseñado -- que han de hacerlo, impulsadas por la reacción necesaria para estar satisfechas, por un ejemplo al que admiran, o por sus mismas emociones que requieren expresión.

Toda enfermera tiene cierta imagen de sí misma correspondiente a lo que cree ser, a lo que desea ser y a lo que quiere -- que los demás piensen de ella. Es posible que tales imágenes -- originen conflictos, produciendo tormentas y descontentos emocionales. Tal vez anhele ser considerada como una profesionalista -- eficiente y competente por su superior inmediato -- lo que le exigirá el cumplimiento rápido de muchas tareas.

Al mismo tiempo, desea que los pacientes la aprecien como una persona afable con el tiempo para escucharlos y ayudarles. -- Si la Jefatura de Enfermería y la Institución dan a la Enfermería una orientación predominantemente práctica para cumplir labores de manera sistemática, la enfermera será apreciada por sus -- autoridades superiores si acata esa orientación, pero seguirá -- creyendo que engaña al paciente.

El conflicto que nace aquí lo manifestará en sus acciones se le verá descontenta consigo misma, con los pacientes y con --

los colegas. Como uno se siente inducido a culpar a los demás - por las decepciones y frustraciones propias, también la enfermera culpará a los pacientes por las demandas que se ve obligada a ignorar.

El grupo más débil es visto como causa de la situación deplorable, y a los pacientes suele considerarlos la enfermera como menos fuertes que otros grupos del Hospital. Los pacientes - responden pronto a la atmósfera emocional de la sala y reflejan un estado de ánimo que no nació en su interior.

CASO.

La señorita X, encargada del turno vespertino, tenía la costumbre de visitar a cada paciente a la hora de cenar. Los enfermos esperaban con ansia este momento y aprovechaban el tiempo para formular preguntas, manifestar sus preocupaciones y, a veces, presentaban quejas. La tarde de un martes los cuatro pacientes que compartían el cuarto número 2261 se unieron para quejarse del ruido procedente de la central de enfermeras.

La señorita X expresó interés al respecto y se marchó prometiendo investigar. Más tarde, a la hora de dormir, la enfermera que estaba en el cuarto tenía poco que decir a los pacientes. Mientras los atendía, la señorita X se asomó a la puerta, llamándola al vestíbulo.

Hablaron en voz baja detrás de la puerta y, al regresar - la enfermera al cuarto, terminó rápidamente sus tareas. Creyeron los pacientes que se les había criticado y no quisieron sol citar más atenciones.

Dos de ellos durmieron mal y, aunque al día siguiente la señorita X, volvió a visitarlos a la hora de cenar, hubo escasa conversaci3n entre ella y los pacientes. Nadie extern3 queja alguna. La tensi3n fue decreciendo poco a poco; pero los pacientes se aferraron a la idea de que debían ser muy cuidadosos; de lo contrario, la señorita X los despreciaría y las otras enfermeras no los atenderían debidamente. (Caso tomado de Kyes-Hofling. Enfermería Psiquiátrica).

Situaciones parecidas a la mencionada anteriormente se -- presentan a menudo en Hospitales. Una enfermera perspicaz reconocerá de inmediato las seńales y descubrirá la causa de temor y ansiedad. Si la señorita X hubiera mostrado sensibilidad ante los indicios, habría visto el cambio operado en la conducta de los pacientes como signos de tensi3n que demandaba su atenci3n.

En seguida, habría buscado la manera de aliviar la incertidumbre y el malestar. Quizá les hubiera asegurado que notaba el ruido procedente de la central de enfermeras, que era un problema serio y que estaba intentando resolverlo. Les podría haber informado que si llamó a la enfermera fue para pedirle la -- ayudara con una paciente que se había agravado. La señorita X -

no tenía ninguno de los sentimientos que le atribúan; pero, como no conocían las razones del comportamiento, los pacientes buscaban y creían ver cosas que confirmaban sus sospechas.

Algo tan trivial como esta situación puede alcanzar tales dimensiones que, además de influir en los sentimientos, también llega a impedir el restablecimiento físico.

El medio ambiente del enfermo está formado por él y por otras personas que le son necesarias. Los acontecimientos ordinarios de la vida cobran extrema importancia para él por su estado vulnerable, por su ansiedad intensificada y por su dependencia.

Al advertir esto, la enfermera deberá tomar muy en serio los efectos de sus palabras y de sus acciones; estará también -- alerta para notar las señales de que el paciente lucha con sentimientos que agobian y que representan un obstáculo para la salud.

1-C) ACTUACION DE LA ENFERMERA EN LA TERAPEUTICA DEL MEDIO AMBIENTE.

Es importante para las personas saber lo que se espera de ellas, y lo que les está permitido en un medio nuevo que no les es familiar. Una enfermera que considera a su paciente con respecto a cortesía le hará saber lo que se le permite hacer para vivir en su nuevo ambiente en la forma más tranquila posible. - El paciente que está acostumbrado a ser considerado como adulto-inteligente resentirá las órdenes que se le dan sin explicación y las considerará como un acto descortés. El paciente que se siente a sí mismo como una carga, considerará las órdenes no como una descortesía, sino una prueba más del poco valor que posee y que no merece consideraciones. En cualquier caso la enfermera se ha comportado lamentablemente, de manera impersonal y sin reflexión. Lo que las personas esperan puede variar grandemente, pero la necesidad básica es la de ser respetado, y de saber que vale algo, y esto no puede variar.

La conducta de la enfermera es diferente en cada situación, pero su intención es siempre la misma; identificar las necesidades del paciente y responder a ella en forma apropiada.

Una vida en grupo, como la que se encuentra en los hospitales, impone ciertas limitaciones a cada miembro en relación con los demás. Se sabe que la mayoría de las personas viven con

mayor tranquilidad y con menor tensión emocional en un medio ambiente ordenado, en el que no puede exigirse una adaptación brusca, y en donde no existe el temor de represalias inesperadas.

Pero la enfermera también desempeña paralelamente otro papel, el de administradora de su unidad de trabajo, así pues, - - tiende a proporcionar a cada paciente este orden adecuado de sucesos; planea dar a conocer a todos los pacientes lo que sucede, lo que va a suceder y por qué va a suceder.

Desea que cada paciente sepa las cosas que puede hacer, - así como lo que puede esperar que realice el personal.

Finalmente, desea que el paciente viva sin temor de ser castigado si no se ajusta a todas las normas.

Por el hecho de que la enfermera es con frecuencia administradora de la Unidad, debe constantemente darse cuenta de esta clase de situaciones y poner cuidado en sus planes para percibirse de que los pacientes son personas y no "cosas" que pueden ser manejadas a nuestro antojo.

1-D) CONSIDERACIONES PARA LA PREPARACION PSICOLOGICA AL
PACIENTE.

La preparación del paciente debe comenzar cuando ha sido informado de que va a ser sometido a una operación. Generalmente su reacción inmediata es de ansiedad, o incluso de temor, y el éxito con que el médico y más tarde el personal de enfermería disipen o alivien estos temores, influirá notablemente sobre la condición física y mental del paciente durante el período pre y post operatorio.

La necesidad de una intervención presenta muchos problemas y temores para un paciente; puede ser su primera visita al hospital y el ambiente le parecerá extraño y más bien alarmante; estará preocupado por su enfermedad y el pensamiento de la operación (y la gran mayoría de las veces la anestesia), le inquietará el bienestar de su familia y quizá esté intranquilo porque dude de su capacidad para volver a su anterior empleo. La enfermera observadora sabe que un paciente que está ansioso y en tensión suele responder al tratamiento peor que el que ha depositado su confianza en el personal médico y en el personal de enfermería.

Los programas de televisión han familiarizado a muchos pacientes con algunos de los misterios de la vida hospitalaria, pero tienden a concentrar su atención más en el aspecto dramático-

que en el rutinario, el cual llena la mayor parte de la vida cotidiana en las salas. Por lo que, la enfermera debe tratar de hacer un balance vivido entre lo dramático y lo rutinario, procurando que el paciente sienta que él y su operación, así como los cuidados pre y posoperatorios, son importantes para todos los miembros del hospital.

A veces ayuda la presentación al recién llegado de un convaliente que haya sido sometido a una operación similar con éxito, aunque hay que procurar evitar la descripción de una serie de detalles sangrientos que pudieran ser atemorizantes.

El resultado final puede ser tan temido como la misma operación. Por ejemplo: la mujer pendiente de una mastectomía radical estará angustiada por el aspecto con que aparecerá después - y se le deberá informar de que hay modernos prótesis que se utilizan para enmascarar completamente la ausencia de un seno.

El pensar en una colostomía es a la vez terrible y repulsivo para la mayoría de la gente y el paciente que espera una intervención así necesita todavía mayor consuelo y ayuda para vivir con una colostomía que para la misma operación.

Cada miembro del personal debe presentarse directamente al paciente dando su nombre y función: "yo soy la señorita García, enfermera dietista, y creo que el doctor le ha recomendado-

que pierda algo de peso, de modo que vamos a hablar acerca de su dieta"; o "yo soy el Doctor Malo, anestesista, y me gustaría examinarle antes de aplicarle un anestésico".

Todo el personal de enfermería sin excepción debe proceder de igual manera.

El médico explicará al paciente la naturaleza de la operación, pero compete a la enfermera desvanecer las dudas y temores. Es necesario que responda a las preguntas del paciente - francamente y en confianza, sin acudir al socorrido "esto no tiene importancia". Nunca debe de subestimarse la inteligencia del paciente, y no hay que olvidar que es su cuerpo el que va a ser operado. Sobre todo, el paciente nunca debe ser "cama 2, gastrectomía parcial a las 9 de la mañana del lunes", sino "el señor Antonio Rodríguez, carnicero, casado y con cuatro hijos, muy preocupado de cómo se arreglará su familia durante su enfermedad y de si carecerán de lo necesario durante su ausencia".

El paciente y sus familiares acaso deseen saber si podrán visitarlo el día de la intervención o si pueden telefonar aunque no lo visiten.

En cualquier caso hay que dar las explicaciones pertinentes, y si los familiares van a visitarlo el día de la operación quizá hay que decirles que el paciente está somnoliento y que no

se encuentra bien, o que tiene puesta una sonda gástrica o una infusión intravenosa, etc., para que no queden sorprendidos cuando entren a la sala.

Las restricciones impuestas por la vida hospitalaria más difíciles de soportar cuando el personal de enfermería da la impresión de que la rutina es más importante que la persona, y que su control de la sala cuenta más que los sentimientos de los pacientes.

Así como la enfermera tiene como objetivo primordial que el paciente a su cargo recobre su salud de una manera satisfactoria, para reintegrarse como miembro activo a la sociedad a que pertenece, no debe descuidar la esfera psicológica de su paciente.

Esto lo logrará por medio de la percepción de los diversos efectos que ejerce sobre el paciente y su familia la atmósfera que ella crea en la sala. Un comportamiento de parte del personal de enfermería que muestre la voluntad de dejar que los pacientes sean ellos mismos, pueda ayudarles a enfrentarse a sus problemas. Así como un medio ambiente en el que impere flexibilidad en la aplicación de las normas y estímulos, ayuda a que los pacientes se sientan menos constreñidos y menos desamparados.

1-E) TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA.

Fármacos usados para tratar la Ansiedad.

Las dos clases más empleadas son:

- a) Carbamatos de propanodiol (meprobamato y congéneres).
- b) Benzodiazepinas (diazepam y congéneres).

Carbamatos de Propanodiol.

El meprobamato puede considerarse prototipo de esta clase pues es el más empleado. Tiene efecto de sincronizar selectivamente la actividad eléctrica interneuronal en los núcleos talámicos.

Propiedades farmacológicas.

Sistema nervioso central.- Se desconoce el sitio y el mecanismo de acción del meprobamato sobre el sistema nervioso central.

Este fármaco carece de efecto depresor específico de acción sobre el sistema activador reticular.

En 1973 McNair revisó críticamente todos los estudios de los efectos de los agentes contra la ansiedad sobre el desempeño humano. La falta de datos adecuados de dosis - respuesta y las-

técnicas inconstantes de medición motivaron que este autor afirmara que no podía hacerse conclusión valedera alguna.

Sistema nervioso autónomo.- Después de las dosis usadas en clínica no se han observado efectos del meprobamato sobre el sistema nervioso autónomo.

Músculo esquelético.- Aunque se supone que la relajación de los músculos puede medirse objetivamente, es difícil obtener datos cuantitativos para comparar la acción del meprobamato sobre el espasmo muscular.

Hay pruebas de que la sedación desempeña un importante papel en la relajación muscular.

Aparato cardiovascular y respiratorio.- En dosis tóxicas el meprobamato causa depresión respiratoria. De cuando en cuando ocurre hipotensión con dosis terapéuticas.

Absorción, metabolismo y excreción.- El meprobamato se absorbe adecuadamente del aparato gastrointestinal, alcanza concentración plasmática máxima y efecto general en aproximadamente dos a tres horas, y tiene semivida de diez horas. El meprobamato puede causar inducción de sistemas enzimáticos microsómicos en el hígado, y de esta manera hay aumento de la eliminación de fármacos, tolerancia farmacodinámica e interacciones con otros -

medicamentos.

El meprobamato se distribuye de manera bastante uniforme en el organismo y alrededor del 10 por 100 se excreta sin modificación por la orina. El resto se excreta en forma de hidroximeprobamato y de un glucurónido.

Reacciones tóxicas y efectos secundarios.- Los efectos secundarios mayores del meprobamato son somnolencia y ataxia. Puede ocurrir hipotensión. Se ha informado de reacciones alérgicas en 0.2 a 3.4 por 100 de distintas series de pacientes, y son más frecuentes en quienes tienen antecedentes de padecimientos dermatológicos o alérgicos.

La manifestación más frecuente consiste en urticaria o erupción eritematosa. También se ha informado de púrpura no trombótica, y a veces han ocurrido angioedema y broncoespasmo. Se ha advertido que el meprobamato guarda relación con aparición de anemia aplástica, trombocitopenia, leucopenia, agranulocitosis e hipoplasia eritroide; el número de casos informados ha sido muy pequeño.

Aunque la dosis única de 12 g ha resultado mortal, se considera que la dosis mortal corriente es de 40 g, o más.

La sobredosis masiva se caracteriza por coma, hipotensión choque, edema pulmonar y depresión respiratoria.

Con el meprobomato, ocurren tolerancia y dependencia física. En pacientes a quienes se han administrado al día dosis de 2 g, o más, frecuentemente se observa un síndrome característico de abstinencia con depresión del sistema nervioso central que -- consiste en delirio y convulsiones.

El síndrome de abstinencia aparece en 36 a 48 horas.

(Bulba, 1959).

BENZODIACEPINAS.

En la actualidad, se dispone de seis derivados de la benzodiacepina; nos referimos a clordiacepóxido, diacepam, oxacepam y cloracepato, que se utilizan principalmente para tratar -- la ansiedad. El fluracepam y el nitracepam se consideran hipnóticos.

Propiedades farmacológicas. -- El clordiacepóxido y el diacepam pueden considerarse prototipos de la clase. Han logrado un uso amplio como agentes contra la ansiedad, pero tienen -- otras aplicaciones terapéuticas.

Sistema nervioso central. -- Los efectos de las benzodiacepinas para aliviar la ansiedad se demuestran fácilmente en animales de laboratorio. En procedimientos de conflicto y castigo, -- las benzodiacepinas disminuyen mucho el efecto inhibitorio del --

castigo. Sin embargo, resulta imposible equiparar la ansiedad - en las ratas y en el ser humano.

En muchos estudios se ha comprobado que el clorodiacépxido es más eficaz que un placebo para tratar grupos diversos de - pacientes neuróticos con ansiedad o angustia, (Klein y Davis, -- 1969; Wheatley, 1973). Sin embargo, también se han encontrado - resultados negativos (Gottschalk, 1973).

Considerando que se desconoce la base neurofisiológica o - bioquímica de la ansiedad, la valoración de la eficacia debe fun - darse en la aceptación general de los compuestos de benzodiacépi - na por la profesión médica.

La boga clínica de estos fármacos parece resultar del me - canismo de acción que aún no se ha definido.

El clorodiacépxido bloquea la vigilia electroencefalográ - fica por estimulación de la formación reticular del tallo encefá - lico. No se conocen plenamente los efectos de este compuesto so - bre el cerebro.

Przybyla y Wang (1968) advirtieron que el sitio de mayor - acción depresora central del diacepam sobre los reflejos medula - res es el sistema reticular del neuroeje. Al igual que el mepro - bamato, el clorodiacépxido deprime la duración de la descarga -

ulterior eléctrica del sistema límbico, que incluye región septal, amígdala e hipocampo.

Efectos sobre el sueño.- No inhiben el sueño con MOR (movimientos oculares rápidos) en dosis corrientes, pero disminuyen notablemente o eliminan el periodo 4 del sueño. Se desconoce la importancia de lo anterior, pero el diacepam se ha utilizado para tratar "las pesadillas" o "terrores nocturnos" que surgen en el periodo 4 del sueño.

Aparato cardiovascular y respiratorio.- El diacepam, en dosis intravenosa de aproximadamente 60 mg, causa algo de disminución de la respiración, presión arterial y volumen sistólico ventricular izquierdo. También puede presentarse aumento de la frecuencia cardíaca y disminución del gasto cardíaco. Los efectos son mínimos, y es poco probable que haya depresión importante de la función cardiovascular cuando las benzodiacepinas se administran en las dosis terapéuticas por vía bucal.

Músculo esquelético.- El diacepam se usa mucho como relajante muscular, aunque estudios controlados rara vez demuestran ventaja alguna en cualquier benzodiacepina en comparación con placebo o aspirina.

Hay algo de relajación muscular después de administrar - - cualquiera de los depresores del sistema nervioso central, y no-

parece haber ventaja particular con alguno de ellos administrados por vía bucal.

Absorción, metabolismo y excreción.- El clorodiocepoóxido se absorbe lentamente y puede necesitarse varias horas para que alcance concentración plasmática máxima.

La semivida del fármaco en la circulación es de uno o dos días. Se excreta por orina cantidades de clorodiocepoóxido libre y conjugado.

En el diacepam, se absorbe rápidamente y alcanza concentraciones plasmáticas máximas en una hora; la eliminación del fármaco sigue un cuadro difásico, con etapa rápida, dos a tres horas, seguida de desintegración lenta con semivida de dos a ocho días.

El diacepam se metaboliza en productos activos, que incluyen oxacepam; 33 por 100 se excreta en forma de oxacepam y 70 por 100 de sus metabolitos se presentan en orina. El oxacepam alcanza concentración plasmática máxima en cuatro horas y se excreta por la orina en forma de conjugado glucurónido.

Tolerancia y dependencia física.- Deben administrarse dosis grandes antes que aparezcan síntomas notables de abstinencia o supresión, antes ellos convulsiones. Es común el hábito benzo

diacepínico; sin embargo, a causa de la semivida larga y la conversión en metabolitos activos, los síntomas de abstinencia después de uso crónico quizá tarden en aparecer una semana después de suspender el fármaco.

En la mayor parte de los casos después de dosis corrientes, el síndrome de abstinencia o supresión es benigno.

Reacciones tóxica y efectos secundarios.- Los efectos secundarios lógicos de somnolencia y ataxia son prolongación de -- las acciones farmacológicas de estos fármacos. Se ha informado de aumento de la hostilidad como posible acción farmacológica de todas las benzodiazepinas, excepto oxacepam.

Igualmente paradójico es el aumento de la ansiedad, perotal respuesta puede ocurrir en pacientes cuya necesidad de dominio de la situación está embotada por el efecto sedante de los -- agentes ansiolíticos.

En términos generales, la toxicidad clínica de las benzodiazepinas es baja. Entre las demás reacciones tóxicas observadas con el clordiazepóxido se cuentan erupciones, náuseas, cefalalgias, trastornos de la función sexual, vértigo y aturdimiento. También se ha informado de agranulocitosis.

Se han advertido irregularidades menstruales, y quizá --

las mujeres no ovulen mientras ingieren benzodiazepinas.

Interacciones farmacológicas.- Son poco frecuentes con las benzodiazepinas. Son insignificantes, excepto en lo que se refiere a efecto aditivo con otros depresores del sistema nervioso central. El tabaquismo puede disminuir la eficacia de dosis corrientes de estos fármacos. La falta relativa de efectos secundarios o interacciones farmacológicas con frecuencia hace que estos medicamentos sean los agentes de elección para tratar estados de ansiedad.

LA ANSIEDAD ANTE LA INTERVENCION QUIRURGICA.

Los temores a la cirugía pueden estar basados en amenazas realistas (complicaciones, muerte, dolor, hospitalización, gastos) o amenazas fantaseadas, inconscientes a menudo (aniquilación, el ser suprimido, pérdida del control, mutilación, castigo por las culpas).

La gente razonablemente normal reacciona en forma adecuada a los factores realistas mostrando preocupación y aprensión.

Así el paciente puede estar convencido racionalmente, - - cuando se somete a ser operado, de que la reputación, la integridad, la destreza de su médico y del equipo quirúrgico con el - - cual labora, desean ayudarlo estando todos actuando en su favor - y que muchos de sus temores son infundidos. Sin embargo, el sentimiento de desamparo del paciente, los temores de lo que le podrían hacer mientras está bajo anestesia, la cognición del gran poder que el cirujano ejerce sobre él antes, durante y después - de la operación, y el conocimiento de que las operaciones usualmente tienen aspectos dolorosos y de peligro, sirven para originar una gran ansiedad, aún cuando él no la exprese o trata de esconderla de sí mismo.

Muchos pacientes inconscientemente consideran al procedimiento quirúrgico como una forma de castigo por transgresiones -

reales o imaginarias y algunos buscan activamente la cirugía para mitigar conflictos emocionales o como expiación de culpas - - conscientes o inconscientes.

Mucho antes y después de la operación, mientras que se es pesa el acto quirúrgico y después de él, el paciente está someti do a una intensa experiencia emocional.

Como el trabajo quirúrgico trata con tejidos que provocan reacciones y, justamente como la anestesia actúa de manera dinámica recíproca con sistemas de intercambios bioquímicos muy complejos, así la totalidad de la experiencia quirúrgica con los -- sentimientos que se originan en ella, la multitud de pensamientos volubles acerca de ella y las personas importantes encontradas durante ella, tienen un efecto usualmente más que superficial sobre la forma en que la persona se considera a sí misma y considera a su organismo, acerca de la forma que tiene de enfrentarse a las experiencias emocionales y algunas veces acerca de - su modo real de vida.

La comprensión de la índole y las vías de estos cambios - psicológicos resultantes de una experiencia quirúrgica puede derivarse de un resumen de tres puntos acerca de las variaciones - de las reacciones que se presentan al tratamiento quirúrgico.

En primer lugar, la profundidad y calidad de estos cam- -

bios dependen de la significación personal de la enfermedad y de los procedimientos operatorios.

Segundo, lo mismo que del grado de sufrimiento, de incomodidad y de peligro, encontrados durante la experiencia quirúrgica.

Tercero, la índole y extensión de los cambios en el ajuste personal dependen de la eficacia de la recuperación física y del resultado del tratamiento quirúrgico.

La enfermedad y las operaciones quirúrgicas ponen en peligro la integridad de la configuración y de las funciones del organismo. Los sentimientos de tensión, de aprensión y de miedo, acompañados de concomitantes neuroculatorios, palpitaciones, sudores, temblores, aumento del número de los movimientos respiratorios, frialdad de las extremidades, y otros signos, hacen típica la condición del paciente que está en espera del acto quirúrgico.

Los estudios de pacientes quirúrgicos en el hospital General de Cincinnati y en otros lugares (Hofling, 1968), han conducido a un hallazgo clásico. Este consiste en la percatación de que existe una norma para la aparición de la ansiedad, facilitando la mejor comprensión de los factores responsables de las reacciones psicológicas crónicas adversas, en el caso de los conflictos de la cirugía.

Primero se ha observado con mucha frecuencia que la ansiedad preoperatoria es común en los pacientes quirúrgicos. También los sentimientos de ansiedad, tensión, miedo pueden variar de intensidad, sin que haya fuertes correlaciones con el tipo de intervención que va a sufrir el paciente.

La amplitud de estos sentimientos pueden ir desde el casi pánico hasta un grado despreciable de intensidad.

El grado de ansiedad que aparece en el período preoperatorio desde moderado hasta intenso, tiene significativo valor para predecir que habrá adaptación psicológica mejorada o totalmente restaurada después de la convalecencia.

De hecho, parece que los pacientes que no revelan tensión antes de la cirugía con toda probabilidad manifestarán agravación de los trastornos psicológicos después de la salida del hospital.

La ansiedad preoperatoria puede ser como una señal dada en el organismo a sí mismo, para prepararse al conflicto en to dos los frentes.

La ansiedad posoperatoria, no parece constituir el medio para movilizar las defensas, sino que es un signo de que la capa cidad de adaptación se desploma. (Hofling, 1968).

La no anticipación consciente de los conflictos de la cirugía como de gran magnitud, han sido en manera real, mayores -- que los recursos psíquicos de que se puede echar mano para enfrentarse con ellos.

Los estudios de Hofling indican que los pacientes que exhiben tipos figurados de adaptación, aquellos que ahogan o comprimen sus tensiones antes de la cirugía, son lo que probablemente muestren mayor intensidad después, como también experimentarán aumento de los problemas psicológicos al final de toda la evolución quirúrgica.

La cuestión es que la flexibilidad de la personalidad con respecto a su capacidad de movilizarse y de movilizar diversos mecanismos adaptativos, será la que determinará la posibilidad de una mejor respuesta a los conflictos de la cirugía.

EL PERSONAL DE ENFERMERIA SU ACTUACION CON PACIENTES ANSIOSOS.

El paciente ansioso se siente intranquilo o tiene un sentimiento general de algo desagradable o de algún desastre inminente, pero no está en condiciones de explicarse el por qué de ello. Por lo regular, el paciente no se da cuenta de la causa que se halla a la base de su ansiedad, aunque podrá tal vez tener conciencia de situaciones que la precipitan.

Cada vez que no está en condiciones de identificar la causa de su ansiedad, el paciente se siente a menudo desvalido y -- abrumado. El paciente podrá estar ansioso sin darse cuenta de -- que la ansiedad disimula la preocupación por el abandono por parte de su familia o el temor de que una operación se traduzca en una mutilación corporal que le haga menos hombre, a él, o menos-mujer a ella. O podrá estar ansioso, porque cree que su enfermedad se la ha causado él mismo, o por tener la idea errónea de -- que su malvado vecino se la ha provocado con malas artes, (in-- creíble pero este pensamiento es común en nuestros días).

Sabemos que cuando una persona está muy ansiosa, no puede percibir todos los aspectos de un problema. Sólo suele ver y am-- plificar un detalle o unos pocos detalles y, en ocasiones, esta-- blece conexiones erróneas.

La persona ansiosa se siente confusa a menudo y es inca--

paz de seguir las instrucciones o las explicaciones que se le --
proporcionan acerca de un tratamiento.

La enfermera debe evitar interrumpir a los pacientes cuando empiezan a hablar. Porque aunque la verbalización no alivie en sí misma la ansiedad, puede representar, el comienzo de una comprensión. De hecho, el dejar hablar a un paciente abre los caminos hacia la comprensión del tratamiento de los problemas. Hay situaciones en que el estado físico del paciente, hacen aconsejables en ese momento la ayuda complementaria para el estudio del material que produce la ansiedad.

En tales circunstancias, la enfermera no solicitará del paciente que explore más el problema, sino que sugerirá que los posponga. Pero en ningún momento, el "hablar después", se convertirá en una forma de evitar escuchar al paciente. Sino que es importante que la enfermera se ponga a disposición del paciente después, cuando haya mejorado su estado físico.

Es bien importante tener en mente que, cuando un paciente presenta una necesidad física que amenaza su vida y está también aterrizado, hay que prestar primero atención a esta necesidad, dejando las necesidades psicológicas para una vez pasado el peligro. Por ejemplo: cuando un paciente tiene hemorragia, toda la concentración ha de dirigirse primero de detenerla.

La competencia con que la enfermera actúe ayudará al paciente a dominar su miedo, cuando no a comprenderle. Cuando un paciente sufre dolor, habrá de proceder a aliviárselo, si es posible, antes de considerar cómo reacciona el mismo. La atención de sus necesidades físicas es una de las maneras de prestar apoyo al paciente, en tanto que la ignorancia de estas necesidades, inclusive tan minúsculas como las de darle agua o de bajarle la cama a una posición más cómoda, es una forma de decirle al paciente que nadie se ocupa de ello y de aumentar su ansiedad.

"Cuando la acción es más indicada no deben utilizarse palabras." (Smith & Germain, 1978).

La enfermera debe estar plenamente consciente que ella es una extraña para el paciente. De esto, lo más probable es que no le exponga a la enfermera todos sus pensamientos; ni debe hacerlo. Hablar de ciertos problemas puede ayudar al paciente a sentirse menos solo con los otros problemas -- frecuentemente -- los principales -- de los cuales no habla nada.

Erróneamente, se supone con frecuencia que el paciente está revelando sus pensamientos más íntimos, pero este supuesto raramente es cierto, en particular cuando la relación enfermera -- paciente ha sido breve.

Algunos pacientes prefieren no examinar sus problemas --

afectivos con la enfermera, y en tal caso ésta deberá respetar - su deseo de intimidad.

El deseo de la enfermera en el sentido de ayudar ha de estar moderado por la comprensión de lo que procurará alivio a un paciente determinado.

Hay que tener presente que, algunos pacientes aprecian -- más en la enfermera el apoyo no verbal, en tanto que otros se benefician si se les anima a decir cómo se encuentran.

En ocasiones, como la ansiedad del paciente es tan grande, prorrumpe en una efusión de inquietudes personales cargadas de emoción, aunque el contacto de la enfermera con su paciente - haya sido relativamente breve.

Tal vez el paciente se muestre después preocupado por haberle confiado a la enfermera tanto acerca de su vida personal.

La enfermera debe permanecer junto a su paciente, escuchándole en tono de apoyo durante su período de ansiedad, pero evite preguntar al paciente o incitarle en ese momento que prosiga. Una vez que el paciente se muestre más calmado y tenga posibilidad de pensar acerca de lo que le ha dicho a usted como en-fermera, se encontrará en mejor disposición de apreciar qué tópicos desea exponerle.

En tales circunstancias el paciente se sentirá turbado al ver a su enfermera. Déjele que él confíe el tema de su confidencia si lo desea, pero no inicie la conversación.

La enfermera debe mostrar por la forma con que cuida de él, que no le tiene un peor concepto o mejor concepto a causa -- del incidente, sino que para ella sigue siendo una persona con -- inquietudes, miedo y sentimientos confusos debido, a la situa-- ción a que se enfrenta; por lo que su actuación seguirá siendo -- muy profesional con todo el respeto que le inspira su profesion -- y en particular él como persona, pero en ella encontrará la com-- prensión de otro ser humano que está junto a él, para brindarle -- el apoyo emocional y profesional en el momento en que él lo nece -- site, durante su estadio hospitalario.

No hay que descuidar el comportamiento de la enfermera, -- partiendo de la base de que ella es un ser humano con todas las -- condicionantes que ésto implica. Es importante ver cuáles son -- algunas de las cosas que la enfermera puede hacer cuando está an -- siosa: Primero, de ser posible, aléjese por unos momentos, con -- objeto de concentrarse y reflexionar al respecto. Sin embargo, -- hay ocasiones en las que no es posible alejarse. Por lo que la -- enfermera tratará de concentrarse en alguna cosa concreta, prefe -- rentemente útil que pueda hacer. Ejemplo: mantener la compresa -- en su lugar, o vaciar la bandeja del vómito o tomar el pulso al -- paciente. Estos actos le dan tiempo de pensar lo que deba hacer

a continuación. Pero lo más significativo es el hecho de aprender a darse cuenta cuando está ansiosa, esto ayudará a la enfermera a no sentirse desamparada en momentos de ansiedad.

Así cuando la enfermera se dé cuenta de que está ansiosa, lo primero que debe hacer es detenerse, a menos que se trata de un momento de peligro. Reflexionará sobre la situación; no debe seguir simplemente a ciegas adelante con lo que está haciendo. Porque toda persona que trata con gente desvalida está obligada a interrumpir su trabajo cuando no está en condiciones de actuar. Pero por qué el interrumpir su trabajo; porque la ansiedad extrema puede impedir a una persona actuar y convertirla en peligro.

Por ejemplo: el dar una medicina equivocada, el dejar los barandales de las camas abajo, etc., pero esta "excusa" no es -- aceptada legalmente si el paciente resulta perjudicado. Simultáneamente, la enfermera como profesionista que es, se encuentra mal aceptada por el equipo hospitalario con el que trabaja conjuntamente.

La enfermera tiene seguros contra la ansiedad, estos son: los conocimientos y su capacidad, el buen uso de estos seguros -- podrán darle cierta inmunidad para hacerle frente a la ansiedad.

Los siguientes puntos proporcionan algunas orientaciones básicas para las relaciones entre la enfermera y el paciente an-

sioso:

- 1.- La enfermera debe ser ella misma. Porque los pacientes suelen ser muy sensibles, temerosos y suspicaces, inclusive si no lo demuestran. Si tienen la impresión de que la enfermera es franca, se le confiarán más.
- 2.- La reacción a algo tan personal como lo es la enfermedad no siempre es lógica y racional. Los pacientes que se encuentran ansiosos generalmente se muestran irritables, por ejemplo: respondiendo groseramente porque le han servido el café frío, o la sopa caliente, etc. En cambio, si el paciente tiene la sensación de que la enfermera toma interés en él y se preocupa por su mejoría y su comodidad, estará menos propenso a la irritabilidad.
- 3.- La enfermera debe apreciar bien la situación entre ella y el paciente. Comúnmente entramos precipitadamente al cuarto con demasiadas actividades a la vez, NO debemos hacerlo, a menos que sean de vital importancia para aquel.

Debemos aprender a interpretar los sentimientos del paciente. ¿Cuál es su estado general? ¿Qué es lo que dice? ¿Sufre? ¿Parece estar resignada o, por el contrario, tener miedo? ¿Puede la enfermera aceptar el estado de ánimo del paciente y no contrariarle? ¿Cuál es su actitud hacia ella? ¿Es sincera o necesita la enfermera interpretarla?

Todas son cuestionantes difíciles, pero la enfermera, debe tener bien presente, que ella no tiene que resolver personalmente la totalidad de los problemas del paciente. Esta en condiciones de ayudarlo sobre todo en ayudarlo a ayudarse a sí mismo. Hay que dejarle percibir que confía en él para esto. Y ante todo hay que ayudarlo, a alcanzar los objetivos que se a propues--to.

4.- Los clisés tranquilizantes como "no se preocupe usted" o -- "todo saldrá bien" significan para el paciente lo mismo que "no quiero oír hablar de sus molestias".

Dicen al paciente que la enfermera no sabe cómo ayudarlo a examinar sus temores. Podrán inclusive hacerle sospechar que la enfermera y el médico le ocultan cosas terribles acerca de su estado, o podrán llevarlo acaso a la conclusión de que aquella no es particularmente inteligente. Si el paciente dice que está preocupado o que no se siente bien, ha abierto la puerta a la expresión de lo que siente. Y si la enfermera, sin siquiera darse cuenta, desvía su observación mediante un comentario por el estilo de "todo saldrá bien", ella cierra la puerta, con lo que evita, sin duda, complicaciones con el paciente, pero dejándole, en cambio que se las componga solo con sus sentimientos. El paciente necesita que le proporcionen una oportunidad de expresar sus dudas. Y el tratar de eludir las dudas no hace más que hacerle sentirse más inseguro todavía. Constituye esto un procedimiento

erróneo de tranquilización que implica que no hay que hacerle caso a los sentimientos del paciente y que este tampoco debería -- hacerles caso.

5.- No es raro que los pacientes pidan consejo cuando saben lo que va a hacer. La enfermera debe guardarse de caer en esta artimaña. Anime al paciente a hablar. Es posible que detrás de sus preguntas haya preocupaciones más profundas. Una de las cosas importantes de distinguir, es la diferencia entre la pregunta que el paciente formula porque desea saber y la que hace porque necesita que se le tranquilice o para poner a prueba las relaciones entre él mismo y la enfermera.

6.- La enfermera considera a cada paciente como un adulto al -- que tal vez haya que cuidar pasajeramente como un niño.

Pero NO debe adoptar nunca, un aire protector y un lenguaje infantil con el paciente. Lo que debe hacer es ser pródiga en materia de pequeñas atenciones. El paciente necesita tener el sentimiento de que alguien se ocupa de él. Pero nunca cohiba la enfermera al paciente con aquella clase de atención que retarda su capacidad de hacer por sí mismo todo aquello que pueda hacer.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

C O N C L U S I O N

Pude observar que antes de la operación quirúrgica los pacientes, presentan una necesidad de manifestar las inquietudes - que en esos momentos ocupaban todos sus pensamientos. Buscaban expresar todos los pensamientos y sentimientos en torno a: Hospitalización, separación temporal de la familia, preocupaciones laborales, y principalmente a la intervención quirúrgica que se les presenta. Pero una vez que habían sido oídos esas inquietudes se mostraban tranquilos y agradecidos en haber sido escuchados.

En consecuencia propongo que sería necesario contar con una actitud flexible y dinámica por parte del personal de enfermería que faciliten una adaptación a la situación estresante a que se enfrentarán las personas que van a ser intervenidas quirúrgicamente. El resultado que se obtendría sería una adaptación psicológica y fisiológica.

Para el logro satisfactorio de mi proposición la enfermera puede ayudar al paciente de las siguientes maneras:

- 1.- Dando cuidado físico y atención con una actitud que indique que él es importante y merece su atención.
- 2.- Escuchando atentamente lo que él tiene que decir y mostrando interés en él y sus actividades.

- 3.- Demostrando interés y preocupación por su salud y bienestar mediante preguntas y atención a detalles del cuidado que le ha de brindar.
- 4.- Mostrando consideración por sus preferencias particulares - en la situación de cuidados de enfermería.
- 5.- Haciéndole sentirse bienvenido y cuidado mediante una actitud de aceptación y en las situaciones que en adelante surjan entre ambos.
- 6.- Procurando que alguien esté con el paciente cuando está viviendo experiencias traumáticas.
- 7.- Dando al paciente información que no implique peligro acerca de otras personas que han tenido experiencias semejantes.
- 8.- Indicándole que lo comprende (es decir, que empatiza con -- él).
- 9.- Ordenando el ambiente para que se percate de la presencia - de los que se preocupan por su bienestar.
- 10.- Dándole oportunidad de adoptar comportamientos socialmente aprobados, principalmente en situaciones en las que su conducta será notada por los demás (por ejemplo, afeitarse el varón, y el cuidado del pelo y del maquillaje en la mujer).
- 11.- Conservando una actitud de respeto y consideración cuando - se le atiende.
- 12.- Expresando aprobación sincera cuando el comportamiento amerita aprobación.
- 13.- Buscando oportunidades, o creándolas, para expresar aproba-

ción si la necesidad del paciente a este respecto es mayor que lo normal.

- 14.- Controlando su propio comportamiento para no mostrar actitudes que indiquen desaprobación (a menos que la desaprobación esté indicada terapéuticamente).
- 15.- Adoptando una actitud y efectuando acciones que indiquen preocupación, aprobación, aceptación o protección.
- 16.- El reacomodo de personal que resulte amenazador para el -- equilibrio emocional del paciente si sabe que un miembro -- del equipo de salud despierta tal sentimiento.
- 17.- Demostrando una actitud y comportamiento estables para que el paciente se sienta cómodo con ella.
- 18.- Siendo especialmente amable, gentil, paciente y comprensiva cuando el paciente indica que está inusitadamente temeroso en situaciones personales.
- 19.- Demostrando aptitud en todas las áreas del cuidado de enfermería.
- 20.- Demostrando que puede aceptarse a sí mismo y a incrementar su autoestima mediante una actitud de aceptación o aprobación.
- 21.- Animándolo a expresar y analizar lo que siente acerca de -- los demás, sin hacer ningún juicio acerca de sus sentimientos.
- 22.- Brindándole, comprensión, apoyo y animándolo mientras -- investiga cuáles son sus relaciones con los demás y hace decisiones respecto a los cambios que ha de hacer en las re-

laciones existentes.

- 23.- Pidiéndole su opinión y preguntándole sus preferencias, -- siempre que sea posible, acerca del cuidado que se le prodiga.
- 24.- Animándolo a que ayude a efectuar su propio cuidado de enfermería siempre que sea posible.
- 25.- Animar a los amigos o los familiares del paciente a hacer determinadas cosas que lo ayuden a sentirse necesario y útil.
- 26.- Evitar actitudes negativas (disgusto, ridículo, indiferencia, hostilidad) que podrían hacerle menguar su autoestima.
- 27.- Demostrando mediante actitud y comportamiento que se reconoce la individualidad del paciente (por ejemplo; llamándolo por su nombre, recordando datos acerca de su trabajo, su vida y detalles como sus aficiones, intereses, hijos, - y refiriéndose a éstos con frecuencia).
- 28.- Permitiéndole que haga uso de sus convicciones y creencias para orientarse y animándolo a que así lo haga. Arreglando visitas de un ministro y sacerdote. Animando al paciente a hablar acerca de las convicciones y creencias que le reaseguran su personalidad.
- 29.- Ayudándolo y animándolo a enfrentarse con éxito y satisfacción. Esto implica:

a) Proporcionarle la información necesaria acerca de la si

tuación.

- b) Corregirle cualquier concepto erróneo que pudiera tener acerca de las situaciones.
 - c) Darle oportunidad de adquirir experiencias perceptivas que le familiaricen con la situación.
 - d) Ayudarle a definir las acciones que puede y debe efectuar.
 - e) Animarlo a discutir la situación para esclarecer su pensamiento.
 - f) Asegurarse que las direcciones que se le dan son claras y el paciente puede entenderlas.
 - g) Procurar la corrección, la gufa con una actitud gentil y de interés por la salud del paciente.
 - h) Dar oportunidad al paciente de que experimente ejercer su propio control, si tiene necesidad de ello.
 - i) Darle apoyo emocional cuando se enfrenta a una interrupción de los modelos y el comportamiento que le son familiares.
- 30.- Ayudar al paciente a identificar con otros individuos que han logrado satisfacción y éxito en situaciones similares.

Durante el desarrollo de esta tesis, he mostrado la actuación de la Enfermera con pacientes ansiosos, aunque de una manera global, pero abarcando puntos muy importantes a mi consideración como enfermera, detalles que he visto durante el transcurso de mi vida como estudiante, se descuidan en el medio hospitalario.

No es una crítica al personal de enfermería, sino un deseo de que las generaciones que estamos recién egresadas de las aulas Universitarias hagamos conciencia de nuestro trato con el Paciente. Porque estaremos creando y manteniendo nuestra imagen profesional ante el Paciente, su Familia, la Institución, y el País en general.

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

- Goodman, Louis S. Gilmain, Alfred. Bases Farmacológicas de la Terapéutica. Quinta Edición. Editorial Interamericana, 1978.
- Spielberger, Charles. Tensión y Ansiedad. Harper & Row Latinoamericana, S.A. de C. V., 1980.
- Nordmark - Rohweder. Principios Científicos Aplicados a la Enfermería. La Prensa Médica Mexicana, 1978.
- Harrison. Medicina Interna. Tomo I. La Prensa Médica Mexicana, 1981.
- Kyes - Hofling. Enfermería Psiquiátrica. Editorial Interamericana, 1977.
- Litter, Manuel. Compendio de Farmacología. Editorial El Ateneo 1979.
- Smith - Germain. Enfermería Medicoquirúrgica. Editorial Interamericana, 1978.
- Kolb, Lawrence C. Psiquiatría Clínica Moderna. 5o. Edición. La Prensa Médica Mexicana, 1980.

Hobkink, Joan. Manual de Enfermería ANESTESIA. Compañía Editorial Continental, S. A. 1973

Hofling, Charles K. Tratado de Psiquiatría. 2° Edición. Editorial Interamericana, 1968.

Solomon, Philip. Patch, Vernon D. Manual de Psiquiatría. 2° Edición. Editorial El Manual Moderno, S.A., 1976.

Allport, Gordon W. La Personalidad. Editorial Trillas, 1963.

Cerebro y Conducta. Biblioteca Salvat de Grandes Temas. Salvat Editores, S.A. 1973.