



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Revisión Teórica de las Formas de Evaluación Psicológica

Creadas para el Área de Cirugía

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
PRESENTA (N)

Félix Magaña Martínez

Directora: Dra. Laura Palomino Garibay

Dictaminadores: Dra. Leticia Hernández Valderrama

Lic. María Luisa Hernández Lira

Los Reyes Iztacala, Edo. México, 2015





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.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
1 HISTORIA DE LOS HOSPITALE.....	7
1.1 Formación de los Hospitales	7
2 PSICOLOGÍA CLÍNICA.....	19
2.1 Origen de la Psicología Clínica.....	19
3 PSICOLOGÍA DE LA SALUD.....	26
3.1 Origen de la Psicología de la Salud.....	26
3.2 La OMS en México.....	29
3.3 Derecho a la Salud.....	31
3.3.1 Observación General Sobre el Derecho a la Sal.....	32
3.4 La Psicología en el Sector Salud.....	36
4. LA PSICOLOGÍA EN EL ÁREA DE CIRUGÍA.....	39
4.1 Historia Clínica.....	39
4.2 Enfoque Cuantitativo y Cualitativo.....	43
4.3 Investigaciones Psicológicas en el Área de Cirugía.....	47
4.4Cirugía Bariátrica.....	61
4.4.1 México.....	61
4.4.2. Chile.....	72
4.4.3 Argentina.....	80

4.5 Cirugía Cardíaca.....	86
4.5.1 Cuba.....	86
5. ANALISIS DE RESULTADOS.....	99
6. REFERENCIAS.....	105

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se hace una revisión teórica sobre las formas de evaluación psicológica que existe en el área de cirugía. Se hablara sobre los hospitales el ¿Por qué? y ¿Cómo? Surgieron en México, la necesidad que se ha tenido por atender a los enfermos. Desde las culturas Prehispánicas se han tenido registros de la utilización de hierbas para la sanación, los lugares donde se practicaban ritos de sanación. Y es durante la conquista de los Españoles a México que los frailes se dieron cuenta que había toda una estructura tanto de comercialización de productos de sanación y de curación, hasta de lugares donde se atendían a los enfermos. Y desde este punto histórico, se hablara sobre todo, de este cambio evolutivo que ha tenido todo esta organización de atención a los enfermos hasta llegar a estructuras que hoy en día conocemos como hospitales,.

Un hospital es una instalación sanitaria donde se atiende a los enfermos para proporcionar el diagnóstico y tratamiento que necesitan. Existen diferentes tipos de hospitales, según el tipo de enfermedades que atienden: como los hospitales psiquiátricos.

Dentro de cada tipo de hospital también existen las diferentes áreas de la medicina como son; los otorrinos, oftalmólogos, cardiólogos, odontólogos, neumólogos, urólogos, neurólogos, internistas, etc. que pertenecen a los hospitales generales. Dentro de los maternos están los ginecólogos, cirujanos, pediatras, etc.

En algunos países, como en España y México, se diferencian grados de calificación entre hospitales:

- Hospital de primer nivel
- Hospital de segundo nivel
- Hospital de tercer nivel

Estos Hospitales se caracterizan por la presencia de médicos generales, especialistas básicos y especialistas mayores (cardiólogos, neurólogos, nefrólogos, gastroenterólogos, y otros de acuerdo a la necesidad).

En otros países se dividen a los hospitales según su complejidad en baja y alta complejidad. Algunos países pueden aplicar sistemas de calificación más rigurosos y extensos, divididos en varios niveles de complejidad.

Dentro de los hospitales de segundo y tercer nivel donde se generan cirugías se llegan hacer evaluaciones psicológicas antes y después de una operación. Esta evaluación generalmente incluye una entrevista preliminar y la aplicación de test, también puede incluir pruebas neuropsicológicas para evaluar, establecer, localizar y medir alguna irregularidad psico-orgánica. El examen psicológico no es un proceso terapéutico en sí mismo, sino que pretende precisar un diagnóstico, indicar un tratamiento, una psicoterapia o una reeducación neuropsicológica. También puede ser parte de un peritaje de seguros o judicial, sea civil o penal.

La evaluación psicológica en el contexto de la salud se une a la formulación actual del concepto de salud y de las causas de las enfermedades. No se considera la salud como ausencia de síntomas, puesto que una persona puede estar muy enferma sin que presente ninguna sintomatología. Por otra parte, las enfermedades, actualmente, no se consideran como poseedoras de una única determinación, pero sí, como multideterminadas.

Por lo general, factores psicosociales o de comportamiento ejercen influencia sobre la salud o la enfermedad en tres formas básicas. Primero, algunas de estas influencias envuelven cambios biológicos directos que ocurren de forma paralela, anterior, posterior, o se manifiestan como parte de una reacción emocional o de comportamiento estándar. En tal dimensión, las interacciones con

el medio ambiente proporcionan al organismo una cantidad de estimulación que, cuando es adecuada, desencadena procesos de adaptación y promueven el desarrollo físico y mental.

1. HISTORIA DE LOS HOSPITALES

1.1 Formación de los Hospitales

El origen de los hospitales se remonta desde épocas muy antiguas, pero no solo los hospitales se han ido forjando a través del tiempo si no también las personas que se relacionan en él. La relación más antigua que se ha ido formando, es la de médico-paciente, esta clase de relación ha generado mucha historia, debido a que, sin el paciente o enfermo no existiría el médico o los hospitales y viceversa. Esta relación comienza dándose con el origen de los hospitales hasta desarrollar una psique en el paciente o enfermo.

El origen de los hospitales comienza con la búsqueda de un bienestar físico, mental y social, esta indagación lo conocemos como salud. Como individuos, esta exploración nos ha llevado desde la antigüedad, a lugares donde la población acudía por un malestar físico, en otras civilizaciones las personas de la salud o también llamados curanderos, chamanes, sabios, sacerdotes, etc., a los cuales solo nos referiremos como médico, acudían donde la o las personas enfermas se encontraban.

Existe información donde se demuestra el trabajo realizado por los médicos desde la Edad de Piedra, este es el caso de Luis Martín y Jorge Pérez (2008), quienes reportan la transformación de la cirugía y como se fue institucionalizando, también hacen referencia al papel que desempeñaban los médicos. Las trepanaciones en la Edad de Piedra (6000 a. C.), como las que realizan en el presente siglo por parte de algunas tribus sudamericanas, tienen como razón curar ciertos padecimientos como; neuralgias, epilepsias, etc., sin embargo, esto se ve relacionado con la presencia de “espíritus malignos” a los que hay que expulsar del cuerpo enfermo.

Pero no tan solo esa es la información que se tiene sobre las acciones que hacían las personas de la salud. Durante las dinastías III a VIII, ya aplicaban tablillas a los huesos fracturados, las que sujetaban con vendajes rígidos a base

de harina y miel. Ya después en el año 3000 a. C. el procedimiento del embalsamiento de los cadáveres implicaba una serie de procedimientos de nivel avanzado, aunque era un procedimiento meramente religioso, los que realizaban estos embalsamientos tenían un conocimiento básico sobre la anatomía humana. Lo que les permitía hacer una relación de algunas funciones vitales a los órganos que sustraían del cadáver.

En la cultura helénica se funda la primera escuela quirúrgica alrededor del año 300 a. C. Por otro lado en el año 280 a. C. en la ciudad de Alejandría se convierte en el nuevo centro de difusión de la medicina griega, a lo que se le conocerá como la llaman “Escuela de Alejandría”, la cual prospera durante el reinado de Tolomeo I y cuenta una gran biblioteca que contiene todos los textos médicos importantes de la época.

En otra etapa de la historia, en el Renacimiento el periodo que abarca del año 1450 al 1600, se realiza una serie de estudios anatómicos del cuerpo humano obteniendo la venia del papa Sixto IV, quien decreta la autorización de la práctica de disecciones de cadáveres.

Mientras que en el periodo de la Ilustración y el Enciclopedismo se da un realce en la medicina, como en el año de 1731, donde en Paris se funda la Academia Royal de Chirurgie, que para el año de 1743 se equipara a una facultad de medicina.

Esto era lo que pasaba en el resto del mundo, el avance de la medicina y de la cirugía iba institucionalizando escuelas, hospitales donde se ejercía la enseñanza y práctica. Pero poco a poco nos vamos dando cuenta que desde siempre han existido estas prácticas médicas y la creación de lugares donde se curaban a las personas. Y es en México donde los hospitales también se fueron formando como una institución tanto en espacio físico como una norma de salud

social. Desde la conquista de la nueva España se han tenido registros de cómo se fue dando esta evolución de institución salud, pero a pesar de que los mayas u otras civilizaciones fueron los que realizaron estos hechos o prácticas, los registros o la información de esto, se han obtenido por parte de los Frailes, que llegaron durante la conquista.

Comenzaré diciendo que la medicina que se practicaba en México indígena, era mezcla de instituto, teúrgia¹ y empirismo, la cual poseía unos profundos antecedentes en la prehistoria, en los que se tenían deidades que simbolizaban la vida, la salud, la enfermedad y la muerte.

Los servicios que estaban dedicados a la curación, se realizaban en los centros ceremoniales o adoratorios de Zempoala, Gran Tenochtitlan. Por lo que los conocimientos sobre el diagnóstico y los servicios médicos de aquella época han sido reseñados por diversos autores, como Hernán Cortés (1485-1547) dejó asentado una serie de testimonios de lo que en la actualidad se pueden identificar como servicios de consulta externa y farmacia, Cortés escribió lo siguiente "... Hay calle de herbolarios donde hay todas las raíces y hierbas y medicinales que en la tierra se hallan. Hay casas como de Boticarios donde venden las medicinas hechas, así potables como ungüentos y emplastos.

Unos de los frailes que realizó documentación de cómo se ejercían ciertas prácticas fue Fray Toribio de Benavente al hablar de la efectividad de los médicos indígenas, afirmó que "... hay algunos de tanta experiencia, que muchas enfermedades viejas y graves que han padecido los españoles largos días sin

¹ 1.- Teúrgia.- f. Especie de magia de los antiguos gentiles que decían tener comunicación con las divinidades.

hallar remedio estos indios las han sanado”. En otras líneas, al hablar de la atención obstétrica, Motolinía escribió “Si alguna de las indias está de parto, tiene muy cerca la partera, porque todas lo son; y si es primeriza va a la primera vecina o parienta que la ayude, y esperando con paciencia a que la naturaleza obre; paren con menos trabajo y dolor que nuestras españolas, de las cuales muchas por haberlas puesto antes de tiempo y poner fuerza, han peligrado y quedan ligadas y quebrantadas para no poder parir más...”

Otro de los frailes que documento es el ilustre franciscano español Fray Bernardino Sahagún (1499- 1590) que llegó a México cuando aún los Toltecas conservaban sus tradiciones aseveró que el pueblo tolteca de Tula Xicocotitlán tenía conocimientos acerca de los vegetales medicinales, la cita de Sahagún dice:

“Tenían asimismo mucha experiencia conocimiento los dichos toltecas, que sabían las que eran de provecho y las que eran dañosas y mortíferas, y las que eran simples; y por la gran experiencia que tenían de ellas y dejaron señaladas y conocidas las que ahora se usan para curar, porque también eran médicos y especialmente los primeros de este arte que llamaban Oxomoco, Cipactonal, Tlaltetecuin, Xochicauaca, los cuales fueron tan hábiles en conocer las hierbas que ellos fueron los primeros inventores de Medicina, y aún los primeros médicos herbolarios...”

En el sur del país, los mayas recurrían a procedimientos semejantes, lo cual es señalado por Sylvanus G. Morley en su libro “La civilización Maya” en 1972. Morley, citando en ocasiones a Fray Diego de Landa (1524-1579). Landa dice, citado por Morley:

“Había también cirujanos o, por mejor decir, hechiceros, los cuales curaban con hierbas y muchas supersticiones... Los hechiceros y médicos curaban con sangrías hechas en la parte donde dolía al enfermo... Creían (los mayas) que por

el mal pecado les venían muertes, enfermedades y tormentos, tenían por costumbre confesarse, cuando ya estaban en ellos”. “Según el mismo autor, los mayas tenían gran miedo a la muerte, y cuando ésta llegaba su dolor era excesivo”.

Ya en el siglo XVIII, Francisco Javier Clavijero, (1731-1787) jesuita y notable historiador mexicano escribe un libro titulado “Historia Antigua de México”, donde redacta sobre medicina aborígen, a continuación se muestra un fragmento de este libro:

“Usaban los médicos mexicanos de infusiones, cocimientos, emplastos, ungüentos y aceites; todo lo cual se vencía en el mercado con las demás cosas necesarias a la vida como deponen Cortés y Bernal Díaz, testigos oculares”.

Al hablar de sangrías y baños, Clavijero señaló lo siguiente:

“Era comunísima entre los mexicanos la sangría, la cual ejecutaban con destreza y seguridad con unas agudísimas lance tillas de itztli; la gente del campo solía sangrarse, como hace hasta ahora, con púas de maguey. Servían se por sanguijuelas de las espinas de huitztlacuatzin o puerco espín, las cuales son huecas y con un pequeño agujero en la punta”.

El historiado Clavijero de refirió a la cirugía en los siguientes términos:

“Por lo que mira a la cirugía de los mexicanos, los mismos conquistadores deponen de su prontitud y felicidad en curar las heridas. Además del bálsamo y de la maripenda, usaban de la leche del itzontecpatli (especie de titímalo), del tabaco y de otras varias hierbas”.

Más adelante agregó:

“Los médicos eran ordinariamente los que preparaban y aplicaban a los enfermos los medicamentos, pero acompañaban la cura para hacerla más misteriosa y estimable, con varias ceremonias supersticiosas, con la invocación de sus dioses y con imprecaciones contra las enfermedades. La deidad máxima de la medicina de los aztecas era Tzapotlatenan.”

En cuanto a sitios para abrigar a los afectados, los aztecas trataban de sanar a sus guerreros enfermos o heridos, llevándolos a alojamiento militares o a chozas (probables hospitales), donde eran atendidos por los “tlamtepatócitl”, médicos o por “toxoclaticitl”, cirujanos.

Dulato Gutiérrez niega la presencia de hospitales en el antiguo México y escribió al respecto en 1970. En el área maya, varios de sus comentaristas hablan de la existencia de casas a donde iban a vivir, temporal o permanentemente según el caso, enfermos o gente lisiadas, paralíticas y rencas², individuos deformes de nacimiento y ciegos. Se sabe que entre los mayas, un niño nacido deforme nunca era admitido en la comunidad y que muchos de ellos los sacrificaban poco después de haber nacido. (Fajardo Ortiz, 1979)

Pasando a la etapa de la edad media la relación que se estaba formando entre el médico y el paciente se ve fragmentada debido a que los clérigos regían el manejo de la medicina así como el conocimiento que se tenía. Los pacientes en esa época se les daban una explicación divina. Debido a esto la relación se fragmenta y la formación de los hospitales se quede suspendida debido al control de la Iglesia Católica.

² Renco, ca.- adj. Cojo por lesión de las caderas.

Hasta ahorita la formación de los hospitales se ha ido dando con el manejo de la cirugía, la investigación del funcionamiento de los organismo se debe a la cirugía permitida después de la edad media a cuerpos exhumado. Así que debe aclarar que no se habla simplemente de los avances que se tuvieron de la cirugía si no de la forma de como se fueron originando los hospitales hasta nuestra época.

Ya después de la Edad media se vuelven a retomar las investigaciones, los descubrimientos, generación de teorías y se retoma la formación de los hospitales. Debido a que un gran tiempo los clérigos eran los únicos que tenían conocimientos y controlaban no solo la medicina si no que también la arquitectura, la organización y las leyes de los hospitales, los cuales eran físicamente parte de las parroquia o iglesias.

El Dr. Fajardo (1979), escribió que existían dos tipos de hospitales en esta época: generales y especializados, este último dedicado a la convalecencia, los leprosos, demente y bubosos³, este servicio era para los indios, negros, españoles, mulatos y mestizos.

Al ir pasando el tiempo los hospitales se fueron separando de las parroquias e iglesias, construyendo hospitales con distintos materiales como: madera, adobes sin cocer mezclados con zacate, piedra y cal. Para que en el siglo XVI el número de hospitales ascendiera a 150 en toda la colonia.

La construcción de los hospitales se siguió dando y para el México moderno existen dos tipos de hospitales: el primero es público el cual cuenta con 1 182 hospitales,

³ buboso, sa.- adj. Que padece de bubas.

Bubas.- Tumores blandos, frecuentemente con pus, que se dan en la región inguinal y también en las axilas y en el cuello. Ordinariamente, aunque no siempre, son de origen venéreo.

el segundo es el privado el cual cuenta con 3 172. Del total de hospitales públicos, 718 atienden a la población sin seguridad social y el resto a la urbe con seguridad social. Alrededor de 86% son hospitales generales y el resto, de especialidad.

El sector público está compuesto por las siguientes instituciones de seguridad social: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros y las instituciones con programas que atienden a la población sin seguridad social son: Secretaría de Salud (SSA), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O), Seguro Popular de Salud (SPS). El sector privado comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa.

Pero todos estos hospitales se rigen con leyes como en la época de la colonia, en el México moderno en la página electrónica de Diputados describen una serie de artículos de la Constitución de 1917, donde en el año de 1983 se incorporó el artículo 4º el derecho a la protección de la salud y cuando el Estado asumió su papel regulador de este derecho social. Además, el segundo párrafo del Art. 77 bis de la Ley General de Salud señala que este derecho es el mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad y sin desembolso, el acceso a los servicios de atención médica y hospitalaria a la población de bajos ingresos.

La Ley establece funciones generales y específicas para garantizar el derecho a la protección de la salud. Como funciones generales se encuentran ser el medio por el cual el gobierno adopta las medidas necesarias para responder al progreso de la ciencia y la tecnología, así como garantizar la equidad en la prestación de los servicios. Como funciones específicas están el combate a toda conducta perjudicial para la salud, la ejecución de programas y servicios para

fomentarla, la asignación de los recursos, sistematizar la participación de la sociedad, la vigilancia de la calidad de la atención y de los productos para uso y consumo humano.

Los servicios de salud se definen como todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad. Los servicios de salud se clasifican en tres tipos: de atención médica, de salud pública y de asistencia social.

El Artículo 4º de la Ley General de Salud también identifica a las autoridades sanitarias: el Presidente de la República, el Consejo de Salubridad General, la Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas. El Consejo de Salubridad General (CSG) está integrado por el Secretario de Salud y los presidentes de la Academia Nacional de Medicina y de la Academia Mexicana de Cirugía. La competencia del CSG se circunscribe a la asesoría y opinión del más alto nivel en la ejecución de la política pública en materia de salud, mientras que a la Secretaría de Salud le corresponde la coordinación del Sistema Nacional de Salud.

En el artículo 5º de la Ley General de Salud, se establece que “el Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas y morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.”

En materia de políticas públicas, el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2000-2006 enfatiza la importancia de la salud como punto esencial para la educación y el desarrollo de los mexicanos. Uno de los objetivos rectores del PND

consiste en “Mejorar los niveles de educación y bienestar de los mexicanos”, el cual tiene como estrategia “Eleva los niveles de salud, garantizando el acceso a los servicios integrales de salud”.

Pero todas estas instituciones hospitalarias tienen una estructura, número y calidad del personal adscritos al Servicio de Admisión y Documentación Clínica (SADC). López (1997) describe una estructura del personal que labora en los hospitales, este orden va de forma gerárquica, este personal es valioso ya que al desempeñar sus funciones influyen directamente en la calidad de sus productos y servicios. La estructura de los hospitales es multidisciplinaria:

➤ Médico

- Jefatura del servicio
- Coordinación con la división médica
- Autorización de asistencias
- Programación de asistencia
- Gestión de historia clínica
- Diseño y administración del sistema de información asistencial
- Evaluación de la información asistencial
- Evaluación de la atención a pacientes
- Gestión clínica y revisión de utilización

- Enfermería
 - Coordinación con la división de enfermería
 - Gestión de camas
 - Coordinación de actividad asistencial
 - Codificación Clínica
 - Diseño y evaluación de las tareas de gestión de pacientes.

- Asistente Social
 - Atención socio-sanitaria
 - Acogida e información a pacientes

- Administrativo
 - Captura, registro y mantenimientos de datos
 - Gestión de archivo
 - Gestión de traslados
 - Secretarías asistenciales

- Celador

- Gestión de archivo
- Mensajería de documentación

2. PSICOLOGÍA CLÍNICA

2.1 Origen de la Psicología Clínica

Buendía (1999) nos menciona que el origen de la psicología clínica proviene desde las sociedades primitivas, cuando los trastornos mentales eran atribuidos a la influencia de poderes demoníacos o sobrenaturales. Entonces el agente terapéutico es el chamán, mago o hechicero, quien con una ceremonia variada y en ocasiones colectiva, se encaminaba a identificar el agente o causa patógena sobrenatural. No obstante, cuando las sociedades se hacen más complejas, como ocurre con las civilizaciones antiguas, donde ya existe cierta división social de trabajo y en las que el poder está simbolizado en un emperador identificado con la divinidad y dueño absoluto de las tierras, la ideología dominante, se vuelve cada vez menos mágica y más propiamente religiosa. Así que, en los papiros egipcios y en documentos sobre las antiguas medicinas hindúes, por ejemplo, se distinguen diversos trastornos mentales.

Con los griegos, cuando la medicina se convierte en ciencia, tiene lugar la primera medicalización propiamente dicha de las alteraciones mentales, dado que éstas se atribuye por primera vez a causas naturales. Y en los romanos también se produjo un cambio de perspectiva, centrando la atención en la repercusión social de la locura y en la diferenciación de los distintos trastornos. No obstante los avances sobre la percepción de la enfermedad mental en Roma no sólo provienen del campo médico, sino también de la filosofía. Sin embargo con la edad Media, la “demología” vuelve de nuevo, por lo que se acepta al demonio como culpable de todos los comportamientos anormales y la conducta desviada se ve como perversa, ya que supone una acción contra Dios provocada por el demonio.

A pesar de todo, existieron disidentes en la Edad Media, uno de ellos fue Paracelso, quien creyó en la astrología y atacó las ideas acerca de la posesión diabólica. Paracelso describió de nueva las enfermedades mentales, al igual que los griegos, como fenómenos naturales y propugnó por una cura médica para el

comportamiento anormal. No obstante en el Renacimiento cuando propiamente tiene lugar la secularización de la locura y cuando los locos empiezan a ser considerados como personas peligrosas, de forma parecida a los criminales y delincuentes. Posteriormente en el siglo XVII, se desarrolla la psicología asociacionista, que consideraba a las percepciones de los sentidos como la única fuente de vida psíquica. De modo que Filósofos como Espinoza contribuyeron al comienzo de un enfoque psicodinámico, cuestionando la idea tradicional de la existencia de un libre albedrío absoluto.

Desde finales del siglo XVII y durante el XVIII, las transformaciones que tienen lugar en la sociedad inglesa, y en cierta medida, también en la sociedad francesa, motivadas por la revolución industrial, han determinado una situación social y psicológica. Ordinariamente, Garfield (1979) admite que la psicología nació con la fundación del primer laboratorio por Wilhelm Wundt, esto en Leipzig (Alemania), en 1879. Las áreas de investigación por aquellos años eran principalmente las de sensación y la percepción. Sin embargo desde un punto de vista histórico, la primera persona que hizo una aportación directa al desarrollo de la psicología clínica fue Lightner Witmer. Su trabajo clínico inició con el caso de un niño que tenía ciertas dificultades para deletrear las palabras. Witmer también desempeñó las cátedras de psicología infantil, psicología clínica y de psicología anormal, y fundó una escuela de entrenamiento y un hospital para que fuera un complemento de la enseñanza clínica.

La psicología infantil, merece un comentario aparte pues en ésta la dirección psicoterapéutica es por lo regular lúdica; es decir a través del juego. Esto responde a varias razones como lo resalta Garfield, la personalidad del niño no ha llegado a su madurez, existe una dependencia relativa del niño en relación a sus padres o de alguna figura parental, quienes por lo regular cuentan la historia

pasada del niño; además el desarrollo verbal e intelectual dificultan o interfieren con las propias interpretaciones o análisis simbólicos.

Por otra parte la modalidad del trabajo grupal supone desde sus orígenes la alternativa de intervención por conveniencia de tipo económico, es decir, atender a un mayor número de personas o pacientes con un menor costo. Sin embargo, hoy en día las razones son incluso por un cierto tipo de padecimientos, trastornos, etc. (A., 2010)

Posteriormente, en la primera guerra mundial ofreció una excelente oportunidad para el uso de pruebas de grupo en gran escala y, después de la guerra, el movimiento de las pruebas de grupo se desarrolló rápidamente.

De igual manera a fines del mismo XIX, surgió un interés cada vez mayor por describir y clasificar en el campo de la medicina, algunas de estas perturbaciones de conducta. Una de las contribuciones muy importantes que se hicieron a la psiquiatría fue la clasificación tan conocida que hizo Kraepelin de los cuadros psicopatológicos.

La psiquiatría es una especialización dentro del campo de la medicina, pero en realidad es un área donde la materia coincide con la de la psicología anormal y de la psicología clínica (Garfield, 1979).

Hay otros antecedentes históricos que hay que mencionar y uno de ellos es el desarrollo del psicoanálisis que llevaron a cabo Sigmund Freud en 1938 y sus seguidores, introdujo muchos conceptos nuevos y significativos en la psicopatología. Freud fue uno de los primeros en insistir en la importancia que tienen los factores psicológicos en la etiología y tratamiento de la neurosis.

Un ejemplo de esto podría ser el caso y el tratamiento de “Dora” por Freud: a pesar de ser absolutamente único, existen muchos otros casos similares y

muchos tratamientos semejantes; sobre esta base se elaborarían generalizaciones empíricas de valor científico (Pérez, 1981).

Por otra parte el modelo conductual juega un papel preponderante en la psicología clínica e incluso en la psiquiatría. Un buen ejemplo lo constituye la consideración de los mecanismos de defensa como estrategias de afrontamiento y las definiciones de estos mecanismos que aparecen en el DSM-IV. Dada la gran influencia de la psicología conductual, con resulta sorprendente que en la actualidad muchos psicólogos consideren que la psicología clínica es evaluación y modificación de conducta (Buela, G.; Caballo, V.; Sierra, J. 1996).

La psicología clínica pretende ser un campo, una disciplina, una ciencia y una profesión que cubre en rango y totalidad la conducta humana. Cullari (2001), da una definición la cual publico APA: "El campo de la psicología clínica integra ciencia, teoría y práctica para entender, predecir y aliviar el desequilibrio, la invalidez y la incomodidad, también promueve la adaptación humana, el ajuste y el desarrollo personal. La psicología clínica está enfocada en los aspectos intelectuales, emocionales, biológicos, psicológicos, sociales y del comportamiento humano que funcionan a través de la existencia en las diferentes culturas, y en todos los niveles socioeconómico."

Por otra parte algunos autores han intentado resolver la propia complejidad de su definición analizando las funciones que desempeña un psicólogo clínico. Otros han tratado de estudiar la influencia de lo científico sobre la profesional y a la inversa en la formación de los futuros psicológicos clínicos (Buendía, 1999).

Los psicólogos clínicos han estado especialmente enfocados y capacitados en psicopatología (en cómo entender, evaluar y tratar la conducta anormal). Han desarrollados pruebas de inteligencia que también se volvieron importantes en la evaluación del funcionamiento orgánico y neurológico. La principal actividad de los

psicólogos clínicos es la psicoterapia, un servicio que compartimos con innumerables campos e incluso con gente no profesional (Cullari, 2001).

Bernstein, A. y Nietzel, M. (1994), y Buendía (1999), coinciden en que, las funciones actuales del psicólogo clínico, son: 1) la evaluación psicológica, que supone el estudio científico del comportamiento, así como el análisis de las dimensiones básicas de la personalidad humana; 2) la investigación, con el fin de aumentar los conocimientos básicos acerca del comportamiento humano; 3) el tratamiento psicoterapéutico realizado a nivel individual o grupal; 4) la prevención, con la aplicación de programas a nivel comunitario; 5) la enseñanza, como forma de preparar a los futuros psicólogos.

Según esto podría definirse la psicología clínica como un área de la psicología en la que se aplican técnicas de evaluación y modificación de conducta para la investigación, evaluación, tratamiento y prevención de trastornos psicológicos.

En años recientes ha surgido el campo de la psicología sanitaria y se encuentra en rápido crecimiento. Los psicólogos de la salud son aquellos quienes, a través de la investigación y práctica, constituyen a la promoción y mantenimiento de la buena salud. También participan en la prevención y tratamiento de la enfermedad. Pueden diseñar, ejecutar y estudiar programas para ayudar a las personas para que dejen de fumar, control en el estrés, para que un paciente pierda peso o se mantengan en forma. Muchos psicólogos de la salud trabajan en centros médicos, pero cada vez más laboran como consultores en negocios e industrias (Phares, 1996).

El psicólogo clínico ha ampliado su campo de acción abordando los aspectos conductuales de los trastornos orgánicos. La medicina conductual es una disciplina interdisciplinar que integra la psicología conductual y la medicina, así

como el conocimiento y las técnicas relevantes para la comprensión de la salud física y de la enfermedad y la aplicación de este conocimiento y de estas técnicas a la prevención, evaluación, tratamiento y rehabilitación (Buela, G.; Caballo, V.; Sierra, J. 1996)

La salud entendida como un estado integral de bienestar es algo más que la mera ausencia de enfermedad, la salud depende de la relación de equilibrio entre tres factores: organismo, conducta, ambiente.

La psicología de la salud puede considerarse como un área de especialización de la psicología que nace para dar respuesta a una demanda socio sanitaria. Los psicólogos de la salud, procedentes en su mayoría de la psicología clínica y de la medicina conductual, fueron adaptando sus técnicas a un nuevo campo de aplicación.

El interés del clínico se centra en descubrir y descubrir para evitarlo, corregirlo o compensarlo, lo que el comportamiento humano hay de anormal o excepcional, sin tales aspectos suponen mengua de salud o de rendimiento. Por ello la clínica dirige su atención al estudio individual, ya que el interés el individuo como organismo, como psiquismo, como afortunadamente empieza a interesarle, como persona.

La misión específica del psicólogo no es propiamente hacer diagnósticos, sino más bien la descripción del enfermo y de su enfermedad; y consecuentemente un intento de modificación de los fenómenos patológicos que descubre. La actividad del psicólogo clínico, dentro de los muy amplios campos de la psicología y de la medicina, se caracteriza por el criterio metodológico y técnicas que emplea.

Cuando un psicólogo emplea las técnicas y criterios que por comodidad llamamos en Psicología “método clínico”. Pero el que nosotros llamemos método clínico no es una forma especial de observación, ni una técnica experimental particular, si no una modalidad, un criterio de observación y experimentación en vista a la consecución de los fines que a la psicología clínica se asignan (Peinado, 1978).

3. PSICOLOGÍA DE LA SALUD

3.1 Origen de la psicología de la Salud

Psicología es el estudio de la psique, tomando la definición del Diccionario de Psicología el término de psicología lo acuñó el reformista y humanista alemán P. Schwarzherde, donde la psicología explora conceptos como la percepción, la atención, la motivación, la emoción, el funcionamiento del cerebro, la inteligencia, la personalidad, las relaciones personales, la consciencia y la inconsciencia. La psicología es un área de la ciencia la cual esta posicionada en muchos ámbitos de la vida de una persona, tanto laboral, como familiar, de manera individual, social, en la salud, etc.

La psicología tiene distintas áreas las cuales tratan de explicar y comprender muchas aspectos de la vida en este capítulo hablaremos de una, que es “La psicología de la Salud”, esta tiene una importante relevancia ya que ve al individuo, no tan solo como un ser enfermo si no como un ser el cual tiene una serie de afecciones por su entorno y como un individuo que se preocupa por su entorno y sobre todo que se enfrenta ante problemas de salud que nunca se imagino tener y sobre todo que nunca se preparo para enfrentar por ejemplo una situación de cáncer, VIH, una amputación, o el someterse a un tratamiento él cual cambia su alimentación estilo de vida, todo esto solo sería una ejemplificación de manera simple de las muchos eventos que afectan al individuo y que la psicología de la salud trata de explicar, comprender y de intervenir o prevenir.

En este sentido, la psicología juega un importante papel en el cuidado de la salud a la hora de procurar que las personas se mantengan saludables en lugar de esperar a tratarlas una vez que hayan caído enfermas. Así la psicología comparte este papel con la medicina y otras disciplinas sanitarias, pero, a diferencia de la medicina (que tiende a estudiar enfermedades específicas), la psicología

contribuye con ciertos principios de comportamiento generales específicamente relacionados con la salud. Entre las contribuciones de la psicología a la salud están las técnicas para modificar comportamientos implicados en la aparición de enfermedades crónicas. Además de modificar comportamientos poco saludables, los psicólogos también han utilizado sus habilidades para aliviar el dolor y reducir el estrés, aumentar el grado de cumplimiento de las prescripciones médicas y ayudar a los pacientes y a los miembros de sus familias a convivir con las enfermedades crónicas. (Feist, 2001)

Pero donde nace esa necesidad de bienestar de los individuos, anteriormente se explico cómo se hace una relación entre los médicos y los pacientes, y como se busca el bienestar. En este capítulo se hablara de cómo se origino el área de la psicología de la salud y cuáles fueron las necesidades que se intentaron cubrir. Fernández Rodríguez y Pérez Álvarez (1998) hacen una explicación histórica desde cuando surge la necesidad de entender el bienestar del individuo. Desde la antigüedad Hipócrates quien fue un médico de la Antigua Grecia que ejerció durante el llamado siglo de Pericles. Es considerado una de las figuras más destacadas de la historia de la medicina y muchos autores se refieren a él como el “padre de la medicina”. Planteo que mientras la salud era resultante de un estado de armonía del individuo consigo mismo y con el exterior, la enfermedad devenía de la ruptura de ese equilibrio por causas naturales. Ahora bien, dentro de las causas naturales se incluían tanto las de naturaleza biológica como las relativas al comportamiento del individuo, así como a su personalidad.

En otra parte del mundo, en China se desarrolla un concepto también naturalista donde para entenderla podríamos decir que sería el del balance entre fuerzas. La enfermedad aparecería cuando se rompiese el balance de esas fuerzas opuestas, por ejemplo cuando el cuerpo padece mucho calor o mucho frio

o cuando se sufre un acontecimiento emocional o se da un desequilibrio emocional.

Durante otra época de la historia la Alta y baja edad Media se fue produciendo un cambio en esta concepción naturista, especialmente dentro del mundo occidental. Cada vez adquiriría más prestigio el enfoque espiritualista de la enfermedad, debido entre otras razones, a que la práctica médica fue quedando bajo los auspicios de la Iglesia Católica. La influencia fue tal que en el año 1139 el Papa dictó una norma por la que prohibía a los sacerdotes dispensar medicina con objeto de que se dedicaran más intensamente a la práctica propias de su misterio. La enfermedad se pasó a ver como resultado de la violación de una ley divina. La curación era vista, al menos en parte como resultado de la fe y arrepentimiento del pecado.

Durante el Renacimiento se recuperó una cierta conceptualización de la enfermedad en términos naturalistas. Durante este periodo se vivió un renovado interés por el estudio de las ciencias, fruto del cual fueron, por ejemplo, el desarrollo del microscopio o la realización de las autopsias. De acuerdo a esta visión el cuerpo sería como una máquina que podría ser analizada en términos de sus partes constituyentes y entendidos así en términos mecánicos. La enfermedad sería, entonces, el resultado del fallo de algún elemento de la máquina y, al igual que haría un mecánico, el trabajo del médico sería el de diagnosticar dicho fallo y reparar la maquinaria. Desde esta perspectiva, la salud y la enfermedad pasan a ser vista como una cuestión meramente bioquímica, omitiéndose la importancia de los factores sociales o psicológicos.

3.2 La OMS En México

Esta perspectiva de salud y enfermedad impulsa la creación de la Naciones Unidas donde uno de los asuntos que abordaron los diplomáticos que se reunieron para crear las Naciones Unidas en 1945 fue la posibilidad de establecer una organización mundial dedicada a la salud. Esta organización fue la Organización Mundial de la Salud la que sus siglas fueron la OMS, la cual entró en vigor el 7 de abril de 1948, fecha que conmemoramos cada año mediante el Día Mundial de la Salud.

En México, opera una representación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/OMS desde 1952, que hasta el año 1984 atendió también a Cuba, República Dominicana y Haití. En la ciudad norteamericana de El Paso Texas, existe una oficina de campo de la OPS/OMS que desarrolla labores de cooperación técnica a lo largo de los poco más de 3,000 Km., de frontera común entre México y Estados Unidos, cuyo trabajo tiene obvias implicaciones para ambos países.

La Cooperación de la OPS/OMS, con México parte del Acuerdo de Cooperación Técnica, firmado el 30 de Mayo de 1984 y que está sustentada en los mandatos regionales principalmente emanados de resoluciones de los cuerpos directivos de la OPS, así como de OMS, y de otros Organismos del Sistema de las Naciones Unidas y de Organización de Estados Americanos (OEA). También se contemplan las resoluciones procedentes de reuniones regionales o internacionales que dan indicaciones precisas a la OPS y la OMS.

El trabajo de la OPS/OMS en México tiene los retos diversos de aportar al desarrollo de las instituciones de salud de alto nivel científico con que cuenta el país; apoyar los esfuerzos nacionales y locales para el control y eliminación de las enfermedades infecciosas aún prevalentes; contribuir a la respuesta sanitaria que

se está dando al envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades no transmisibles y a los riesgos derivados de hábitos de vida poco saludables.

Asimismo, la extensión territorial del país, su organización constitucional de tipo federal y el acceso segmentado de la población al sistema público de salud, condiciona que la cooperación técnica genere iniciativas y trabaje con creatividad en apoyo a la interlocución y puesta de acuerdo entre las diversas instituciones y organizaciones del espectro sanitario:

- Públicas y de la sociedad civil.
- Con y sin fines de lucro.
- Nacionales e internacionales.

La labor actual de la OMS y la OPS está enfatizada en hacer más eficiente y efectiva la cooperación técnica en y con los países, en respuesta a sus necesidades e intereses y también a los mandatos globales y regionales que tiene la organización por resoluciones de sus cuerpos directivos.

Las acumulaciones y perspectivas de desarrollo del sistema de salud de México lo colocan en la situación dual de ser un país con claras potencialidades para aportar cooperación técnica en la esfera internacional y, al propio tiempo, de requerir colaboración para reforzar la respuesta a viejos y emergentes problemas de salud.

Para el trabajo de cooperación técnica en México durante los próximos 5 años, se han definido cuatro áreas, que en conjunto concentran 20 Prioridades de cooperación a las que se vinculan 54 Líneas de Acción de la CT. Esta propuesta de elementos ordenadores del trabajo se estableció con base en la realidad identificada a lo largo del ejercicio de Estrategia de Cooperación en el País

(ECP/CCS) que, como se adelantó en la introducción, conllevó la consulta a más de 400 directivos, profesionales y académicos del sector salud y de otros sectores de la economía que contribuyen a la mejoría de las condiciones de vida y la situación sanitaria de la población, así como la revisión amplia de información y documentos claves sobre el quehacer sanitario nacional.

3.3 Derecho a la Salud

El derecho a la salud significa que los gobiernos deben crear las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones incluyen la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajos saludables y seguros, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar sano.

El derecho a la salud está consagrado en tratados internacionales y regionales de derechos humanos y en las constituciones de países de todo el mundo. Ejemplos de tratados de las Naciones Unidas sobre derechos humanos:

- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966.
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979.
- Convención sobre los Derechos del Niño, 1989.

Ejemplos de tratados regionales de derechos humanos:

- Carta Social Europea, 1961.
- Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, 198.

- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), 1988.

El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) establece que, entre las medidas que se deberán adoptar a fin de asegurar la plena efectividad del derecho a la salud, figurarán las necesarias para:

- La reducción de la mortalidad infantil y garantizar el sano desarrollo de los niños.
- El mejoramiento de la higiene del trabajo y del medio ambiente.
- La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas.
- La creación de condiciones que aseguren el acceso de todos a la atención de la salud.

3.3.1 Observación General Sobre el Derecho a la Salud

Para aclarar y hacer efectivas las medidas antes mencionadas, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, que supervisa el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptó en 2000 una Observación general sobre el derecho a la salud.

En dicha Observación general se afirma que el derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna, sino también los factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a

condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

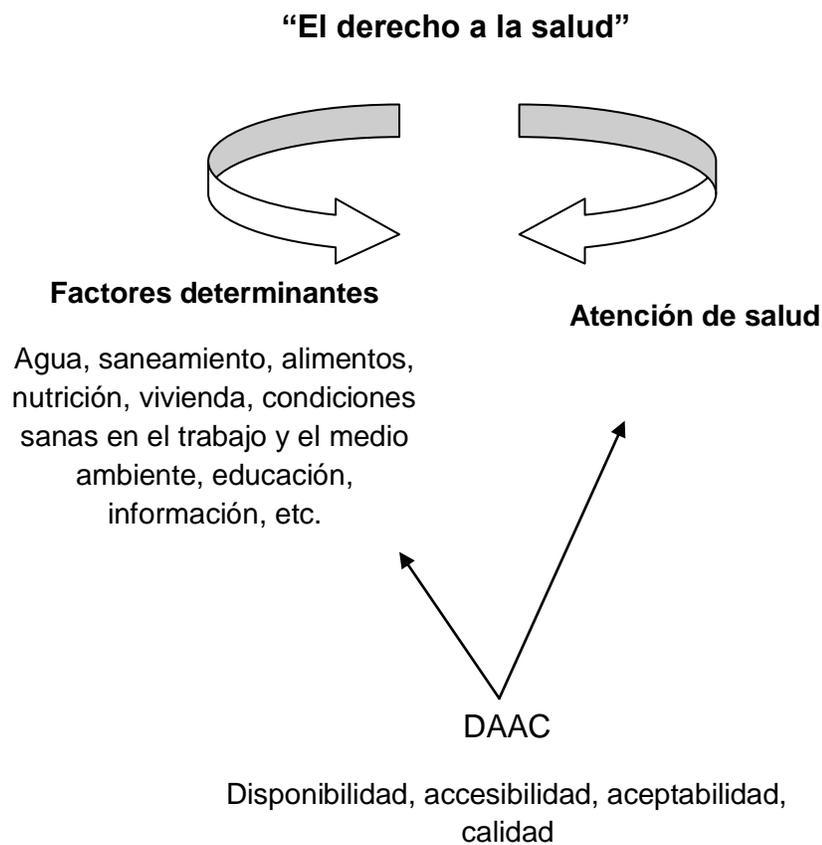


Figura 1. Diagrama de los derechos a la salud.

Según la Observación general, el derecho a la salud abarca cuatro elementos:

1. Disponibilidad. Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
2. Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:
 - No discriminación.
 - Accesibilidad física.
 - Accesibilidad económica (asequibilidad).
 - Acceso a la información.
3. Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.
4. Calidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone a los Estados tres tipos de obligaciones:

- 1) Respetar. Significa simplemente no ingerir en el disfrute del derecho a la salud (“no perjudicar”).
- 2) Proteger. Significa adoptar medidas para impedir que terceros (actores no estatales) interfieran en el disfrute del derecho a la salud (por ejemplo regulando la actividad de los actores no estatales).

- 3) Cumplir. Significa adoptar medidas positivas para dar plena efectividad al derecho a la salud (por ejemplo, adoptando leyes, políticas o medidas presupuestarias apropiadas).

Según la Observación general mencionada, el derecho a la salud también comprende “obligaciones básicas” referentes al nivel mínimo esencial del derecho. Aunque ese nivel no se puede determinar en abstracto porque es una tarea que corresponde a los países, para guiar el proceso de establecimiento de prioridades se enumeran los siguientes elementos fundamentales. Entre esas obligaciones básicas figuran las siguientes:

- Servicios esenciales de atención primaria de la salud.
- Alimentación esencial mínima que sea nutritiva.
- Saneamiento.
- Agua potable.
- Medicamentos esenciales.

Otra obligación básica es la de adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública en los que se tengan en cuenta las preocupaciones en materia de salud de toda la población. Esa estrategia y ese plan deberán elaborarse y examinarse periódicamente a través de un proceso participativo y transparente; deberán incluir indicadores y bases de referencia que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados; y deberán prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados.

Los Estados deben adoptar medidas para avanzar hacia la realización del derecho a la salud de conformidad con el principio de realización progresiva. Esto significa que deberán adoptar medidas deliberadas, concretas y

específicas hasta el máximo de los recursos de que dispongan. Esos recursos incluyen aquellos proporcionados por el propio Estado y los procedentes de la asistencia y la cooperación internacionales. En este contexto, es importante establecer una distinción entre la incapacidad de un Estado de cumplir sus obligaciones contraídas en virtud del derecho a la salud y la renuencia a cumplirlas.

3.4 La Psicología en el Sector Salud

Y es así por estas y demás razones por la que en 1973, cuando el Gabinete de Asuntos Científicos de la Asociación Psicológica Americana (APA) convocó un grupo de estudios para analizar el potencial del papel de la psicología en investigación sanitaria. Tres años más tarde, este grupo de estudio (APA, 1976), informó de que había muy pocos psicólogos implicados en la investigación sanitaria y que, al mismo tiempo, aquellas investigaciones que estaban dirigidas por psicólogos en el área de la salud a menudo ni siquiera era comunicadas en las publicaciones sobre la psicología. Esta recomendación condujo a la creación de la Sección de Investigación Sanitaria dentro de la división de Psicólogos del servicio Público de la APA. En 1978, la asociación Psicológica Americana creó la división 38, dedicada a la psicología de la salud.

Hasta este punto hemos comprendido un poco del origen de la psicología de la salud, pero aun hace falta entender, cual es el significado de psicología de la salud. Una de las definiciones la cual varios autores coinciden y la cual en este trabajo vamos a trabajar es la que propone Matarazzo (1980) define la psicología de la salud como: “la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de las enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la

enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud.” (en: Oblitas Guadalupe, 2009)

Una vez entendido él como surgió ahora nos falta entender cuál es el papel que cumple o debe de cumplir la psicología de la salud Matarazzo formulo cuatro líneas de trabajo fundamentales del psicólogo de la salud. En primer lugar se destaca la promoción y mantenimiento de la salud que incluiría todo el ámbito de las campañas destinadas a promover hábitos saludables.

La segunda línea de trabajo la constituye la prevención y el tratamiento de la enfermedad. La psicología de la salud enfatiza la necesidad de modificar los hábitos insanos con objeto de prevenir la enfermedad, sin olvidar que se puede trabajar con aquellos pacientes que sufren enfermedades en las cuales tienen gran importancia ciertos factores conductuales.

En tercer lugar, la psicología de la salud también se centra en el estudio de la etiología y correlatos de la salud, enfermedad y las disfunciones. La etiología hace referencia al estudio de las causas de la salud y la enfermedad.

Finalmente también se atribuye también como competencia de la psicología de la salud el estudio del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud. Esto trataría de analizar el impacto de las instituciones sanitarias y de los profesionales de la salud sobre el comportamiento de la población y desarrollar recomendaciones para mejorar el cuidado de la salud. (Rodríguez & Pérez Alvarez, 1998)

Ya teniendo las líneas de trabajo cuando considerar la psicología como una profesión sanitaria, al reconocer que la conducta del ser humano puede ser crucial tanto en el mantenimiento de la salud como en el origen y evolución de la

enfermedad. Las razones que se suelen plantear como causas particulares de la emergencia de la psicología de la salud:

- En primer lugar, desde mediados de este siglo, asistimos a un cambio en la preocupación sanitaria que se ha desplazado, en una medida importante, desde las enfermedades infecciosas, hasta los trastornos de carácter crónico de etiología pluricausal que están ligados al estilo de vida propio de las sociedades industrializadas. El incremento de las nuevas enfermedades como el cáncer o de los problemas cardiovasculares.
- En segundo lugar este tipo de enfermedades crónicas, con las cuales el paciente tiene que convivir durante muchos años, suele conllevar una serie de cambios importantes en la calidad y estilo de vida de las personas.
- Finalmente, el modelo médico de la enfermedad, como ya hemos señalado entiende la enfermedad en términos de un desorden biológico o desbalances químicos y, en definitiva, asume el dualismo mente-cuerpo entendiendo que el cuerpo y la mente son dos entidades separadas.

4. LA PSICOLOGÍA EN EL ÁREA DE CIRUGÍA

4.1 Historia Clínica

Cuando una persona ingresa a un hospital o a una clínica de salud de primer nivel, de segundo nivel o tercer nivel. Los procedimientos quirúrgicos susceptibles de tratamiento en el primer nivel de atención dependen de la capacidad profesional, de los conocimientos diagnósticos, de la seguridad y de los técnicos disponibles. A continuación se enumeran y describen los diferentes niveles de atención.

- 1) Primer nivel de atención. Procedimientos realizados en consulta externa con anestesia local y que no requieren cuidados especiales posoperatorios (cirugía menor).
- 2) Segundo nivel de atención. Procedimientos de cirugía mayor que precisan cuidados posoperatorios específicos, pero no ingreso hospitalario (cirugía mayor ambulatoria).
- 3) Tercer nivel de atención. Cirugía que precisa hospitalización (cirugía de corta estancia).

Es sometido a un procedimiento médico o también llamado protocolo clínico o historia clínica, en el cual se le hace una valoración al paciente para determinar cuál es la causa que altera el estado biofísico del paciente. Esta historia clínica es una serie de evaluaciones que recaban información sobre el paciente ya sea de forma transversal o longitudinal.

El Dr. J. Englebert (1982) dice que el primer contacto del cirujano con el paciente es crucial. Este es el momento para obtener su confianza y de convencerlo de que le puede ayudar y sobre todo, de que el cirujano se interesa en el paciente como una persona que necesita ayuda y que de ninguna manera constituye sólo un caso que va a ser resuelto en el quirófano. Esto no siempre es fácil de llevar a cabo, y no hay reglas para hacerlo, excepto el ser gentil y considerado. La mayor parte de los pacientes están dispuestos a querer a sus

médicos y responden con agradecimiento a palabras y gestos dulces y afectuosos. Algunos cirujanos están capacitados para establecer una relación terapéutica de confianza con su paciente, desde la primera palabra de saludo.

Finalmente todas las historias clínicas se deberán de estructurar en forma completa pues se puede aprender del paciente, permitiéndoles que divague un poco. Las discrepancias y omisiones en la historia clínica son debidas frecuentemente a prejuicios y preguntas tendenciosas, más que a falta de confiabilidad del paciente.

Cuando se establecen los principios de la cirugía, es muy importante tomar en cuenta que todos se aplican a seres humanos, y como tales, se deben respetar su dignidad, de ahí que sea imperativa la atención integral del paciente.

En cirugía, el paciente no sólo debe ser visto como un ser biopsicosocial que exige una estrecha interrelación entre las ciencias clínicas, las básicas y las humanísticas, primero para el diagnóstico preciso y posteriormente, para definir un plan terapéutico acorde con su medio ambiente y su estado de salud, sin olvidar sus necesidades personales, así como sus prioridades y su situación económica, antes, durante y después del acto quirúrgico.

➤ Preoperatorio

El objetivo fundamental de la valoración preoperatoria es determinar si una enfermedad coexistente, conocida o insospechada, es lo suficientemente peligrosa como para retrasar, modificar o contraindicar la operación.

➤ Historia clínica

La planeación adecuada se inicia, como casi todo en medicina, con la historia clínica y el examen físico, ya que si la primera se hace en forma adecuada, proporciona más del 60% del diagnóstico exacto de la enfermedad, además de

que permite identificar antecedentes y situaciones en curso que pueden influir en el resultado final del procedimiento; permite detectar específicamente los siguientes factores de riesgo quirúrgico:

- ✓ Infarto al miocardio en los últimos 6 meses
- ✓ Enfermedad cardiaca valvular.
- ✓ Hipertensión arterial
- ✓ Insuficiencia arterial periférica, principalmente carotídea
- ✓ Hemorragias anormales
- ✓ Diabetes mellitus
- ✓ Enfermedad tiroidea
- ✓ Insuficiencia suprarrenal
- ✓ Alcoholismo
- ✓ Cáncer
- ✓ Drogadicción y alcoholismo
- ✓ Insuficiencia respiratoria y tabaquismo
- ✓ Pérdida anormal de peso
- ✓ Enfermedades infectocontagiosas
- ✓ Otros

Si en la Historia clínica se identifican factores que ponen en peligro la vida del paciente y no es posible corregirlos antes del procedimiento, no hay duda de que éste debe ser aplazado. Al respecto, algunos de los ejemplos más representativos son corrección de los desequilibrios hormonales, radioterapia y quimioterapia preoperatoria y, muy especial, adecuado ajuste de medicamentos como antiarrítmicos, anticoagulantes, insulina, hipoglucemiantes orales y esteroides.

➤ Examen físico

Según el colegio americano de cirujanos, para el diagnóstico, el examen físico es muy importante, pero no tanto como una adecuada historia clínica, por lo que el médico debe tener el concepto de que sólo la adecuada combinación e interpretación de ambos darán la certeza en 75 a 90% de los casos.

➤ Exámenes de laboratorio y gabinete

Ya se ha dicho que como una historia clínica y un examen físico completo y adecuado se logra en gran medida el diagnóstico del paciente; el resto dependerá de las pruebas de escrutinio de laboratorio, para las cuales, el adecuado balance costo-beneficio normará la conducta, es decir, si se puede obtener el diagnóstico sin problemas y con cierto margen de seguridad con estudios poco costosos y sencillos, no hay razón para hacer otros que si lo sean; sin embargo, no se deben escatimar el gasto si se pone en riesgo la certeza diagnóstica y terapéutica con el argumento de que es “ más barato y no hay muchas diferencias”.

Entre el amplio arsenal de exámenes que se pueden solicitar para un paciente quirúrgico, según las características del paciente (edad, sexo, enfermedades previas, etc.) y el diagnóstico presuntivo, pero los exámenes conocidos como de rutina suelen ser los siguientes:

- Biometría hemática completa
- Química sanguínea
- Examen general de orina
- Radiografía de tórax
- Electrocardiograma

Otros estudios más específicos son tiempos de coagulación, pruebas hormonales, ultrasonidos, tomografías axiales, resonancia magnética nuclear, endoscopia, prueba de esfuerzo, sangre oculta en heces, grupo sanguíneo y Rh, etc.

Hasta este punto, cómo podemos identificar en qué momento o en que parte de la historia clínica un psicólogo puede hacer una inserción o de qué manera puede contribuir a aportar información con relación del paciente

4.2 Enfoque Cuantitativo y Cualitativo

En términos generales, los dos enfoques (cuantitativo y cualitativo) utilizan cinco fases similares y relacionadas entre sí (Grinnell, 1997 en sampieri):

- a) Llevan a cabo observación y evaluación de fenómenos.
- b) Establecen suposiciones o ideas como consecuencia de la observación y evaluación realizadas.
- c) Prueban y demuestran el grado en que las suposiciones o ideas tienen fundamento.
- d) Revisan tales suposiciones o ideas sobre la base de las pruebas o del análisis.
- e) Proponen nuevas observaciones y evaluaciones para esclarecer, modificar, cimentar y/o fundamentar las suposiciones e ideas; o incluso para generar otras.

Así, el investigador de organizaciones buscará observar y evaluar aspectos de las empresas o instituciones, tales como el grado de satisfacción en los obreros. El investigador en Derecho Fiscal hará lo mismo con los fenómenos tributarios e intentará explicar la captación de impuestos en épocas de crisis. El investigador en Ingeniería de Construcción -por ejemplo- observará y/ o evaluará los nuevos materiales para estructuras. El investigador en Ciencias de la

Comunicación aplicará dichas fases para conocer más los fenómenos comunicativos, como el surgimiento de rumores cuando una fuente emite mensajes contradictorios. Sin embargo, aunque ambos enfoques comparten esas etapas generales, cada uno tiene sus propias características.

El enfoque cuantitativo utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente, y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población.

El enfoque cualitativo, por lo común, se utiliza primero para descubrir y refinar preguntas de investigación. A veces, pero no necesariamente, se prueban hipótesis (Grinnell, 1997 en sampieri). Con frecuencia se basa en métodos de recolección de datos sin medición numérica, como las descripciones y las observaciones. Por lo regular, las preguntas e hipótesis surgen como parte del proceso de investigación y éste es flexible, y se mueve entre los eventos y su interpretación, entre las respuestas y el desarrollo de la teoría. Su propósito consiste en "reconstruir" la realidad, tal y como la observan los actores de un sistema social previamente definido.

A menudo se llama "holístico", porque se precia de considerar el "todo", sin reducirlo al estudio de sus partes. Desde nuestro punto de vista, ambos enfoques resultan muy valiosos y han realizado notables aportaciones al avance del conocimiento. Ninguno es intrínsecamente mejor que el otro, sólo constituyen diferentes aproximaciones al estudio de un fenómeno. Pensamos que la controversia entre las dos visiones ha sido innecesaria y no está exenta de dogmatismo. La posición asumida en esta obra es que son enfoques complementarios; es decir, cada uno sirve a una función específica para conocer un fenómeno, y para conducirnos a la solución de los diversos problemas y

cuestionamientos. El investigador debe ser metodológicamente plural, y guiarse por el contexto, la situación, los recursos de que dispone, sus objetivos y el problema de estudio. En efecto, se trata de una postura pragmática. A continuación ofreceremos ejemplos de investigaciones que, utilizando uno u otro enfoque, se dirigieron al mismo objeto-sujeto de estudio.

En lo fundamental, (qué características destacan en el enfoque cuantitativo de la investigación). En términos generales, un estudio cuantitativo regularmente elige una idea, que transforma en una o varias preguntas de investigación relevantes; luego de éstas deriva hipótesis y variables; desarrolla un plan para probarlas; mide las variables en un determinado contexto; analiza las mediciones obtenidas (con frecuencia utilizando métodos estadísticos), y establece una serie de conclusiones respecto de la(s) hipótesis.

Por ejemplo, la investigación de comunicación en que Rogers y Waisanen (1969 citado en Sampieri) proponen que la comunicación interpersonal resulta más eficaz que, la comunicación de medios en las sociedades rurales. Se espera que, en los estudios cuantitativos, los investigadores elaboren un reporte con sus resultados y ofrezcan recomendaciones que servirán para la solución de problemas o en la toma de decisiones.

Estos dos tipos de investigaciones cualitativo y cuantitativo nos permiten recabar información la cual nos permitirá hacer una intervención, general un tratamiento o hacer una canalización. En la investigación del comportamiento se dispone de diversos tipos de instrumentos para medir las variables de interés y en algunos casos se pueden combinar dos o más métodos de recolección de datos. A continuación se presentara un diagrama en el cual se muestran dichos tipos instrumentos de medición o recolección de datos.

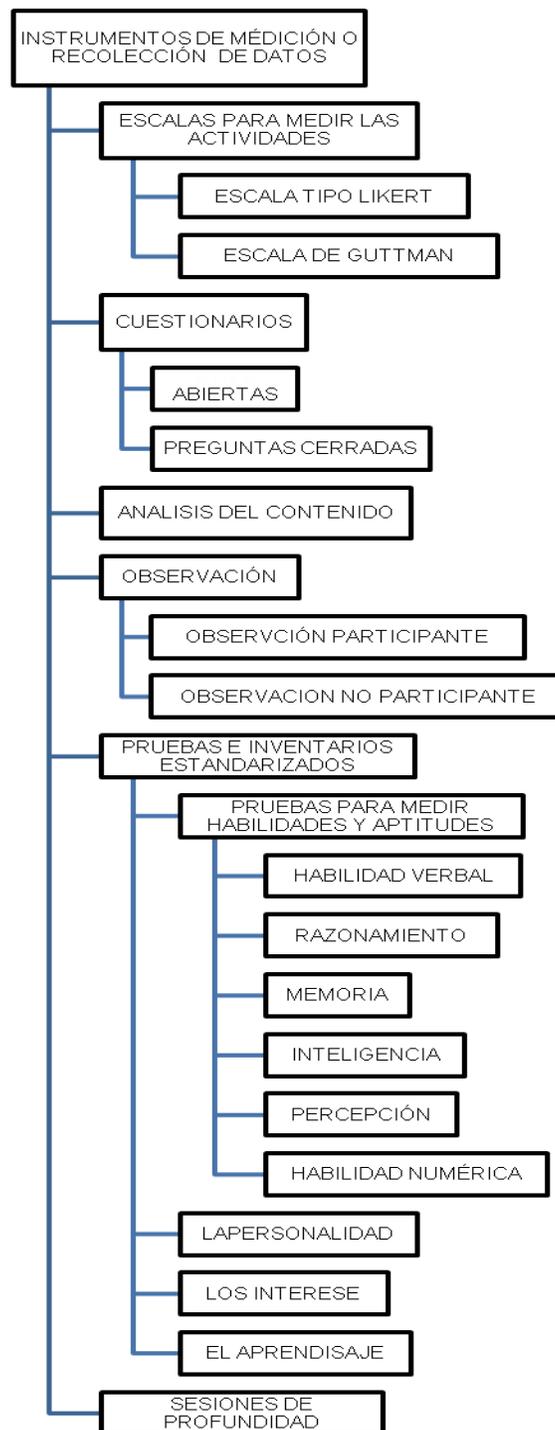


Figura 2. Esquema que indican los tipos de Instrumentos de Medición o Recolección de Datos.

4.3 Investigaciones psicológicas en el área de cirugía

Una vez explicado los tipos de estudios y los tipos de instrumentos o recolección de datos pasara a exponer investigaciones, con el propósito de indicar cuál ha sido su importancia de aplicación principalmente en el área de cirugía.

La aplicación de los instrumentos nos indica el estado del paciente, ya que hay un porcentaje considerable en el que el estado psíquico de la persona afecta su estado físico, a esto se le conoce como psicósomático. La medicina reconoce la importancia de los procesos emocionales en la aparición y desarrollo de algunas enfermedades, pero este proceso es difícil de cuantificar y precisar por depender de factores y variables difíciles o imposibles de estudiar con el método científico.

Ejemplos de procesos psicósomáticos son:

- La hipertensión arterial ante situaciones de estrés.

Ejemplos de enfermedades en las que se sospecha que el factor psicósomático puede tener gran importancia son:

- Hipertensión arterial
- Úlcera péptica
- Síndrome de colon irritable
- Síndrome de fatiga crónica
- Fibromialgia
- Neurodermatitis
- Colitis ulcerosa
- Tirotoxicosis
- Artritis reumatoide
- Asma bronquial
- Enfermedad de Crohn

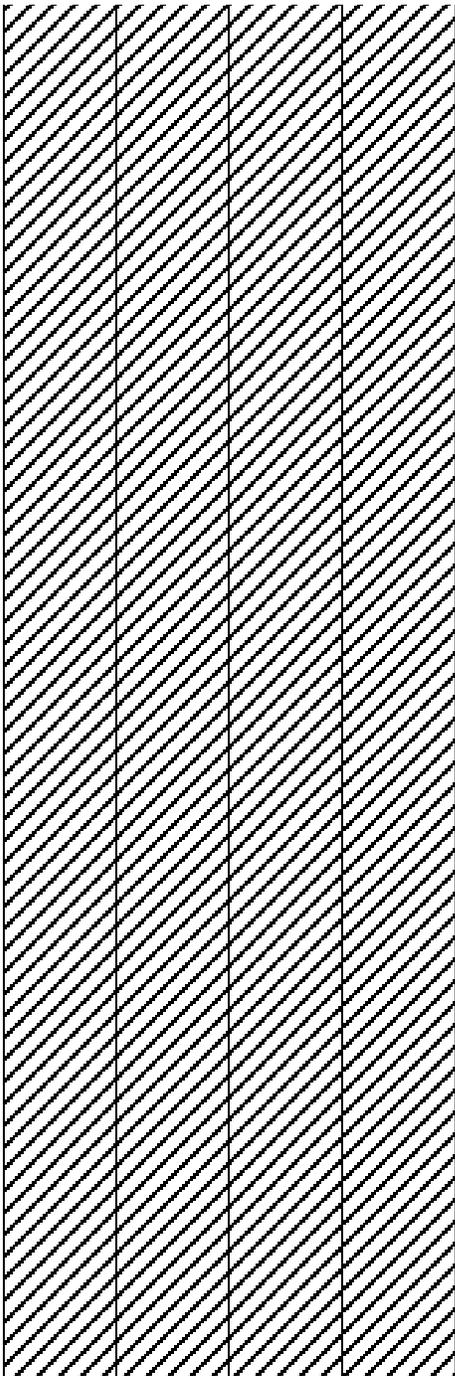
Es importante no confundir trastornos psicosomáticos en los cuáles el organismo se ve afectado, con trastornos somatoformes en los cuales sólo se manifiesta una reacción física externa sin desprender patologías orgánicas visibles.

Hay estudios donde se trata de cuantificar el nivel de estrés que sufre una persona al estar hospitalizada por el lapso de tiempo que requiere su proceso quirúrgico, el estrés que vive la familia al conocer la situación de su paciente, el conocimiento de alteración del núcleo familiar. A continuación se presentara un cuadro en el cual se expone los instrumentos utilizados, el momento de la aplicación así como una breve explicación de que consiste cada instrumento.

INSTRUMENTO	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO EN EL QUE SE EMPLEO	PREOPERATORIO	POSTOPERATORIO	HOSPITALIZACIÓN	EXPERIENCIAS QUIRURGICAS PREVIAS	ASPECTOS GENERALES DE LA PRUEBA
Inventario de Depesión de Beck (BDI - II)	Cardiología, Medicina Interna, Neurlogia, Ginecologia, Transplante de Células Hematopoyéticas					El Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II), creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, es un cuestionario auto administrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en

					<p>personas de a partir de 13 años de edad. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual).</p>
<p>Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)</p>	<p>Cardiología, Medicina Interna, Neurlogía, Ginecología, Cirugía Bariátrica</p>				<p>Es un cuestionario auto aplicado de 14 ítems, integrado por dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad (ítems impares) y otra de depresión (ítems pares). Los ítems de la subescala de</p>

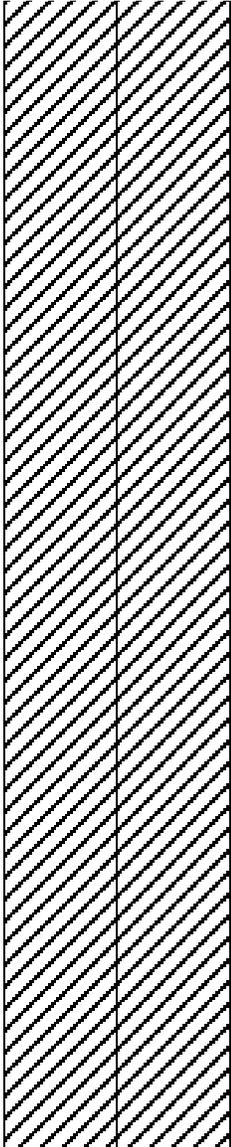
					<p>ansiedad están seleccionados a partir del análisis y revisión de la escala de ansiedad de Hamilton, evitando la inclusión de síntomas físicos que puedan ser confundidos por parte del paciente con la sintomatología propia de la enfermedad física. Los ítems de la subescala de depresión se centran en el área de la anhedonía (pérdida de placer).</p>
Inventario de Miedos Infantiles	Cardiología, Medicina Interna, Neurlogia, Ginecologia				<p>Los inventarios generales de miedos se suelen componer de dos elementos: -Un listado extenso de estímulo fóbicos, aproximadamente</p>

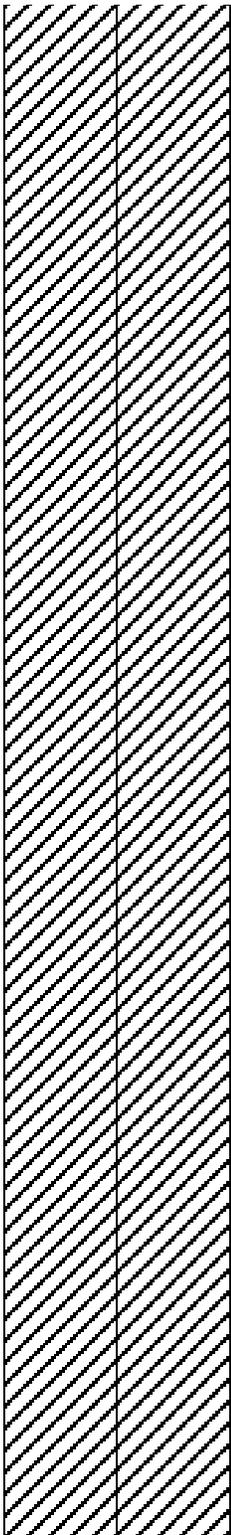


entre 50 y 100 ítems.

-Una escala de estimación de la intensidad de la fobia, de tres o cinco puntos, donde el extremo inferior equivale a "nada de miedo" y el superior a "mucho o muchísimo miedo".

En español tenemos el Inventario de Miedos, del que hay una versión de 103 ítems (Pelechano, 1981) y otra muy similar de 100 ítems (Pelechano 1984), ambas con una escala de tres puntos para que los padres evalúen los miedos de sus hijos.

Escala de Calidad de Vida (SF-36)	Cirugia Bariátrica, Transplante de Celulas Hematopoyeticas		Consta de 36 temas, que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física; función social; limitaciones del rol: de problemas físicos; limitaciones del rol: problemas emocionales; salud mental; vitalidad; dolor y percepción de la salud general. Existe un elemento no incluido en estas ocho categorías, que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año.
-----------------------------------	--	--	---

Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ)	Cirugía Bariátrica		<p>El concepto de Imagen Corporal es complejo. En el mismo no sólo intervienen elementos perceptivos sino también actitudes, emociones y reacciones de la personalidad de los individuos ante sus cuerpos. Bruch fue en 1962 la primera autora en reconocer la importancia de la Imagen corporal en la Anorexia Nerviosa. Describió tres síntomas claves que para ella tenían una significación causal en el desarrollo de la Anorexia Nerviosa:</p> <ul style="list-style-type: none">• Alteración de proporciones delusivas en la
---------------------------------------	--------------------	--	---

					<p>imagen y concepto corporal.</p> <ul style="list-style-type: none"> ü Alteración en la exactitud de la percepción (o de la interpretación cognitiva) de los estímulos que surgen del cuerpo. ü Sentimiento paralizante de ineficiencia.
Test de Ansiedad (IDARE)	Transplante de células hematopoyéticas				<p>La escala A-Rasgo del Inventario de ansiedad, consta de veinte afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir cómo se sienten generalmente. La escala A-Estado, también consta de 20 afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen</p>

					<p>cómo se sienten en un momento dado. La escala A-Estado es un indicador sensible del nivel de ansiedad transitoria experimentada por pacientes en orientación, psicoterapia, terapéutica del comportamiento o en los pabellones psiquiátricos.</p>
<p>Cuestionario Sobre Ingesta Alimentaria (OQ)</p>	<p>Cirugia Bariátrica</p>				<p>El OQ es un inventario de auto-informe que consta de 80 ítems divididos en 12 escalas: dos de validez, seis de actitudes y hábitos relacionados con el comer (Sobre-ingesta alimentaria; Sub-ingesta alimentaria; Antojos</p>

						<p>alimentarios; Expectativas relacionadas con comer, Racionalizaciones, Motivación para bajar de peso) y cuatro escalas más que se relacionan con hábitos generales de salud y funcionamiento psicosocial (Hábitos de salud, Imagen corporal, Aislamiento social y Alteración afectiva).</p>
<p>Escala de Autoestima de Rosenberg</p>	<p>Transplante de células hematopoyéticas</p>					<p>La Escala de Autoestima de Rosenberg consta de 10 preguntas, puntuables entre 1 y 4 puntos, lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. Los autores del cuestionario no han</p>

					establecido puntos de corte, es decir, puntuaciones que permitan clasificar el tipo de autoestima según la puntuación obtenida, aunque se suele considerar como rango normal de puntuación el situado entre 25 y 35 puntos.
--	--	--	--	--	---

Tabla. 1 Instrumentos aplicados pre-postoperatorios, estancia hospitalaria y experiencias previas.

Con las pruebas no tan solo podemos determinar si el grado de estrés, depresión, ansiedad, calidad de vida o que percepción tienen los pacientes sobre su cuerpo, la ingesta de comida. Si no que también podemos explicar que relevancia tuvieron durante su aplicación. La relevancia va desde de determinar si la operación se puede evitar, si el paciente requiere de un acompañamiento o adherencia al tratamiento, o requiere de una atención postoperatoria para evitar que recaiga en una cirugía nuevamente. Por lo que a continuación se muestra una tabla de las ventajas y desventajas de aplicar una prueba en preoperatorio, postoperatorio y hospitalización.

	VENTAJAS	DESVENTAJAS
PREOPERATORIO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificación de problemas emocionales que pudieran manifestarse después de la operación. ✓ La canalización de pacientes a tratamiento psicológico. ✓ En caso de que la cirugía no presente un grado de urgencia contar con el tiempo y asegurar la confiabilidad del instrumento. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No se identifican problemas psicológicos que se manifiestan después de la operación o durante la estancia hospitalaria. ✓ No se identifica si hay una adherencia al tratamiento. ✓ No se evalúa la integración del paciente a familia, trabajo, amigos. ✓ Complicaciones al aplicar instrumentos con muchos ítems ✓ Riesgo al perder la confiabilidad del instrumento por

		<p>inestabilidad física del paciente o por urgencia de la operación.</p>
<p>POSTOPERATORIO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificación de problemas psíquicos por cirugía. ✓ Canalización del paciente a tratamientos de rehabilitación. ✓ Tiempo necesario para aplicación del instrumento. ✓ Identificación de problemas no médicos 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El paciente debido a operación quede imposibilitado a contestar. ✓ En caso de una cita después de egreso del hospital el paciente no asista.
<p>HOSPITALIZACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificación de problemas que son causante de alteraciones en comportamiento. ✓ Poder atender al 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Limitaciones de ingreso a áreas del hospital que son de control. ✓ El tiempo de estancia del

	<p>paciente de manera oportuna.</p> <p>✓ Se puede identificar situaciones que alteran el estado psíquico de la persona</p>	<p>paciente sea muy breve.</p>
--	--	--------------------------------

Tabla 2. Ventajas y Desventajas cuando se aplica un instrumento pre y pos operatorio y hospitalización.

4.4 Cirugía Bariátrica

4.4.1 México

La Psic. Blanca Patricia y compañía realizaron una investigación en el XI Congreso Nacional de Cirugía de Obesidad y Enfermedades Metabólicas del Colegio Mexicano de Cirugía de la Obesidad y Enfermedades Metabólicas (CMCOyEM) en Julio del 2009, en Cancún, Quintana Roo, durante el Consenso de Psicología Bariátrica del Núcleo de Psicólogas de Cirugía de Obesidad (NPCO-México) y Comité de Psicología del CMCOyEM, donde el Objetivo de la investigación es: Conocer los aspectos psicológicos y psicoterapéuticos relacionados con el manejo multidisciplinario de los pacientes obesos sometidos a

cirugía bariátrica y lograr una mejor aceptación, evolución y adaptación en su proceso quirúrgico.

La obesidad es un problema de salud pública mundial que se ha ido incrementando al pasar de los años por el impacto que ha tenido en la esperanza y calidad de vida. Las investigaciones demuestran la relación que tiene la obesidad con complicaciones médicas (diabetes, hipertensión, insuficiencia cardíaca, problemas óseos, entre otros); sin embargo, poco se sabe sobre la relación que se tiene entre esta enfermedad y problemas psicológicos (sea depresión, ansiedad, autoconcepto, personalidad, psicopatologías, etc.).

Se han realizado varios estudios sobre obesidad y depresión en hombres, mujeres y adolescentes, algunos resultados detectaron que las mujeres que tienen un aumento en su índice de masa corporal (IMC) presentan mayor número de síntomas depresivos que los hombres, y se ha concluido que el tener depresión en la adolescencia se asocia con un aumento de riesgo para el surgimiento de obesidad en la adultez joven. De igual forma, se ha visto que la familia juega un rol importante en el desarrollo de la obesidad; una investigación hace referencia a supuestos factores que correlacionan con la depresión siendo éstos: raza, edad, estado civil, logros educativos, problemas físicos crónicos e historia familiar; en donde la historia familiar depresiva es un factor de riesgo para depresión en pacientes obesos y la más significativa.

Lo anterior es compartido por otras investigaciones que refieren que la genética materna contribuye en un 50% y en un 38% la paterna en el desarrollo de la obesidad; así como otros factores como la existencia de valores, el ambiente en el que se desarrollan y el apoyo familiar. Existen algunos instrumentos de evaluación que han sido usados en los pacientes obesos; en éstos se han medido diferentes variables, siendo las más destacadas el apoyo social, actividad física, ajuste psicológico, habilidades sociales, calidad de vida, hábitos alimenticios, entre

otros. Con respecto a esto, se ha encontrado que las personas con obesidad tienen una mayor dificultad para participar en eventos sociales y deportivos, también se presenta dificultad en sus relaciones interpersonales, logros, heridas emocionales, agresión, apetito sexual. Cabe resaltar que la poca sensación de influir sobre la imagen es una de las fuentes principales de estrés, frustración, compulsión de comer y el aumento de peso en estos pacientes.

Ahora bien, al estudiar aspectos psicológicos como la autoestima y la personalidad del paciente que padece obesidad no se han encontrado resultados significativos que pudieran asegurar la existencia de trastornos psicológicos en comparación con gente de peso promedio o que pudiera existir algún perfil de personalidad específico del paciente obeso. Por lo anterior, la psicología bariátrica es una especialidad muy útil y necesaria en el manejo del paciente obeso dentro de un grupo multidisciplinario.

Material Y Métodos

Se llevaron a cabo cinco mesas de trabajo con las participantes de psicología, todas actualmente trabajando en clínicas, hospitales o instituciones bariátricas y se discutieron los temas de acuerdo a las experiencias y conocimientos de cada una de ellas, así como con los artículos revisados individual y previamente a la presentación de las mesas. Se discutieron las mesas con un total de 8 horas, repartidas en tres días durante el congreso. Al finalizar las mesas de trabajo se dieron conclusiones, llegando a importantes acuerdos con respecto al manejo psicológico del paciente obeso entre las participantes.

Resultados

Presentamos los resultados preliminares de esta primera reunión durante el congreso, y en próximos eventos académicos iremos mejorando y actualizando esta tarea conjunta de las psicólogas que trabajamos con pacientes bariátricos.

A continuación se dan las conclusiones de cada mesa de trabajo, en el orden en que fueron presentadas.

I. Entrevista psicológica prequirúrgica

Uno de los puntos principales que se concluyó durante este consenso fue acerca de la importancia de mantener y establecer un buen rapport (empatía) tanto con el paciente como con su familia, ya que es fundamental para lograr el éxito en esta primera parte de la entrevista, y así poder recabar, obtener información y tener una adecuada adherencia al tratamiento y al equipo multidisciplinario.

Es importante que el paciente narre la historia de su peso, ya que es un punto clave debido a que esto le puede ayudar a hacer conciencia de su propia evolución, logrando de esta manera una mayor conciencia de su enfermedad. Por otro lado, la motivación es otro de los aspectos fundamentales a valorar en la entrevista, ya que la mayoría de los pacientes ven a la cirugía bariátrica como una solución mágica a su obesidad y, por lo tanto, sus expectativas hacia la cirugía son muy irreales y su compromiso hacia el cambio es nulo. Por lo cual, nuestro papel en este punto es aclarar las expectativas, metas y objetivos que tiene el paciente acerca de la cirugía, así como proporcionarle información clara y concisa sobre el tipo de cirugía al que desea someterse.

Se considera muy útil saber quién lleva o acompaña al paciente a su cita, esto con la finalidad de saber de quién es el interés por el tratamiento y las ganancias que hay detrás de esto. El género del paciente ha sido un aspecto sobresaliente, porque, aunque no se puede generalizar, se ha encontrado que los hombres y las mujeres suelen tener objetivos o expectativas distintas de la cirugía.

Así mismo, se debe considerar que la mayoría de estos pacientes no logra identificar y percibir la cantidad de lo que come, por lo cual es necesario conocer las conductas y sintomatología de los distintos trastornos de la conducta alimentaria para descartarlos o identificarlos y ayudar al paciente a ser más consciente de los mismos.

La importancia de los factores psicológicos en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad son claros, por lo cual la psicóloga debe explorar desde su desarrollo psico-emocional, su entorno social y familiar, así como también la representación psíquica consciente e inconsciente que tiene de su propio cuerpo, de su autoestima y su autoimagen. También resulta de importancia evaluar las posibles complicaciones psicosociales en su baja de peso.

Por ello es necesario evaluar qué tipo y de qué manera su obesidad ha repercutido física, emocional, sexual y socialmente, ya que al tener dificultades en cualquiera de estos aspectos en ocasiones los lleva a buscar la cirugía, como una forma de solucionar sus problemas. Los hábitos alimenticios son otro aspecto necesario y se debe identificar bajo qué circunstancias y con qué frecuencia el paciente come, su grado de impulsividad y su tolerancia a la frustración, así como los hábitos alimenticios familiares y la red de apoyo con la que cuenta para hacer cambios en la conducta alimentaria.

Es muy común encontrar en estos pacientes un trastorno por atracón significativo aunado a ser comedores nocturnos, por lo cual explorar este punto es fundamental, también porque ven sus porciones de comida más pequeñas de lo que realmente son y la frecuencia con la que comen.

Así mismo, es básico tener conocimientos acerca de la psicopatología para poder identificar y lograr un diagnóstico acertado. Se debe evaluar si el paciente o su familia han tenido antecedentes psiquiátricos y han estado en un tratamiento

psicológico o psiquiátrico, así como hospitalizaciones previas en cuanto a su salud mental. Uno de los trastornos mentales más frecuentes que se presentan como comorbilidad a la obesidad son los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad y los trastornos de personalidad, por lo que el uso de escalas nos ayudarán a identificar la posible existencia de dichos trastornos y qué tan significativa es su psicopatología.

La psicóloga debe informarle al paciente sobre el proceso de la cirugía y la importancia del acompañamiento psicológico y del resto del equipo multidisciplinario, así como informar al paciente de los objetivos del acompañamiento o de la psicoterapia, para que entienda la importancia del seguimiento. Se ha demostrado que un proceso terapéutico previo a la cirugía da un mejor pronóstico a corto, mediano y largo plazo. En resumen los puntos que se consideraron necesarios a indagar son:

1. Ficha de identificación (nombre, edad, estado civil, ocupación, escolaridad, etcétera).
2. Historia de inicio y evolución de su obesidad, así como la variación de peso en las distintas etapas de su vida.
3. Motivo de consulta
4. Expectativas, metas y objetivos.
5. Entorno familiar (de origen y nuclear)
6. Estilo de vida
7. Disposición al cambio

8. Redes de apoyo (sociales, laborales, familiares, etcétera)
9. Autoconcepto
10. Sexualidad (género, rol y genitalidad)
11. Historia de hábitos alimenticios (trastornos de alimentación, trastornos por atracón)
12. Identificar qué tipo de alimentos prefiere el paciente.

II. Contraindicaciones absolutas y relativas para la cirugía bariátrica

Generalmente al hablar de contraindicaciones relativas y absolutas existe una fuerte polémica al respecto, sin embargo hemos tratado de identificar algunas de éstas con la finalidad de dar un mejor manejo al paciente. Y, en caso de ser necesario, posponer la cirugía, ya que si no se consideran estas contraindicaciones, el paciente y su familia pudieran tener un riesgo psicológico mayor. Por lo tanto, las contraindicaciones deberán tomarse con reserva y se recomienda también comentarlas con el grupo multidisciplinario.

a) Contraindicaciones absolutas

- Paciente en situación de crisis emocional actual (rompimiento emocional, duelo(s) reciente(s), etcétera).
- Trastornos psiquiátricos (esquizofrenia, manía, trastorno bipolar, depresión severa, intento de suicidio reciente, etcétera).

- Situaciones de riesgo: consumo de alcohol y/o drogas, trastornos de la alimentación, trastornos por atracón, retraso mental profundo, que la decisión de la cirugía no sea por propia voluntad del paciente.
- Poco apoyo de parte de su entorno social y familiar, o ellos son los que quieren que el paciente se opere.

b) Contraindicaciones relativas

- Entorno familiar desfavorable (disfuncional).
- Duelos pasados no elaborados, divorcio, intentos de suicidio previos.
- Historia previa de bulimia (por lo menos 1 año de remisión).
- Historia previa de uso o abuso de alcohol y/o drogas (a valorar).
- Identificar las ganancias secundarias alrededor de la obesidad.
- Que el paciente considere la cirugía como la “varita mágica” y la solución a todos sus problemas relacionados con su entorno en general.

Ante alguna de estas contraindicaciones, la cirugía no procede hasta que el paciente sea sometido a un tratamiento psicofarmacológico y/o psicoterapéutico.

III. Instrumentos de evaluación prequirúrgicos

Es importante apoyarnos en los cuestionarios o instrumentos psicométricos, debido a que hay que descartar o identificar cualquier trastorno que pueda contraindicar la cirugía a corto, mediano, largo plazo o de forma definitiva, por lo que se mencionarán algunos de los instrumentos más utilizados y más eficientes para identificar los problemas relacionados con la obesidad. Existen muchas escalas e instrumentos de evaluación, sin embargo nos enfrentamos con el problema de no estar algunas de ellas validadas en la población mexicana y con

obesidad, lo cual indica que hay una ardua tarea aún por realizar, por lo que se consideraron las más apegadas a nuestra población o las pocas usadas en nuestra población.

Áreas a evaluar e instrumentos a utilizar:

En adultos:

- Personalidad por medio de la entrevista
- Depresión y ansiedad con la escala de ansiedad y depresión en hospital (HAD).
- La calidad de vida con la escala de calidad de vida (SF-36).
- Imagen corporal con el cuestionario de imagen corporal (BSQ).
- Conducta alimentaria con el cuestionario de sobre-ingesta alimentaria (OQ).³⁴
- Problemas maritales con la escala de insatisfacción marital.

En adolescentes:

- Todas las anteriores excepto la escala de insatisfacción marital.
- Y se añade para valorar la dinámica familiar, el dibujo kinético de la familia.

Es importante tener una información cuantitativa que apoye los datos clínicos, algunos también evaluados en la entrevista. Sin embargo, también es útil y necesario obtener datos cuantitativos para corroborarlos y para el uso de proyectos de investigación.

IV. La evaluación psicológica postquirúrgica y seguimiento del paciente

La evolución del paciente que se somete a cirugía bariátrica presenta las siguientes etapas, que no necesariamente se restringen a un tiempo determinado;

sin embargo se describen con un tiempo promedio para poder marcar un parámetro de referencia.

1) Vinculación con el paciente y su proceso. Postoperatorio inmediato (hospitalización)

El vínculo comienza a establecerse en las entrevistas de valoración prequirúrgicas, sin embargo, se consideró que un momento clave es la visita hospitalaria durante la estancia postquirúrgica. Posteriormente, se sugirió definir un promedio de 12 sesiones de seguimiento que cada psicóloga distribuirá conforme a las necesidades de cada paciente, dejando abierto que el paciente que requiera psicoterapia entre a dicho tratamiento con sesiones semanales.

2) Etapa emocional inmediata postquirúrgica. (15 días a 1 mes, el tiempo es variable de acuerdo a cada paciente).

Se deben evitar el síndrome hospitalario, la sensación de enfermedad, la ansiedad que presentan generalmente los pacientes con comorbilidades, por lo que se vuelve un buen momento importante para vincular al paciente al apoyo psicológico.

3) Cambio de hábitos relacionados con los alimentos. (1 a 3 meses)

El comer era antes un placer o un consuelo y ahora se vuelve molesto por la restricción en cuanto a calidad, cantidad y horarios de los alimentos. El síndrome de dumping se presenta en algunos pacientes y esto ocasiona frustración y miedo en el paciente.

4) Etapa de cambio de imagen corporal. Fase de "luna de miel" que generalmente experimenta el paciente dentro de los primeros 6 meses.

En esta etapa es necesario reforzar la conducta del acondicionamiento físico, como una nueva conducta adquirida, lo cual le ayudará a fortalecer su tono

muscular, ya que por la pérdida significativa del peso aparece la flacidez. Así también, el paciente se siente desilusionado al ver que aunque está delgado y afilado, su imagen real es diferente a la que tenía idealizada.

5) Manejo de sus relaciones de pareja, familia, trabajo y contexto social

El paciente deberá desarrollar habilidades sociales, ya que al adquirir una nueva imagen, su auto-concepto se modifica, pues entre otros cambios que experimentan están la disminución de sus limitaciones anteriores, también comienzan a sentirse atractivos, incluso algunos manifiestan conductas rebeldes frente a personas que percibían rechazan téis por su obesidad.

6) Tiempo adecuado para realizar el seguimiento del paciente

Se consensó que un año es tiempo adecuado para acompañar al paciente, favoreciendo un nuevo manejo de conductas y emociones, independiente a los casos que requieran una psicoterapia más prolongada para superar conflictos y dinámicas específicas.

Conclusiones

Consideramos que al existir diversos factores psicológicos involucrados, tanto en el desarrollo como en la evolución postquirúrgica, es importante resolver estos aspectos para una mejor adaptación del paciente a su entorno familiar, social, laboral y sexual y así poder aprender a vivir con un mejor estilo de vida y cambiar conductas autoagresivas y dañinas que lo condujeron a la obesidad. También es importante el aprender a mejorar su autoestima, cambiar hábitos alimenticios y conocer más sobre su alimentación y el manejo de las emociones. Dentro de la psicología bariátrica, hay un campo amplio a trabajar de manera multidisciplinaria, por ello creemos que es importante la elaboración de guías de trabajo como se han venido haciendo para el mejor manejo del paciente obeso. Así como se han venido planteando algunos lineamientos e instrumentos de medición con la

intención de mejorar el manejo de los pacientes y poder continuar con futuras investigaciones a nivel nacional e internacional, y trabajar de una manera ética para una mejora de los pacientes obesos.

4.4.2 Chile

En otros países de Latinoamérica también se han hecho investigaciones sobre el estado psicológico de un paciente ante un proceso quirúrgico. Es el caso de Chile la Magister en Psicología Carmen Rojas y compañía (2011) realizan un estudio sobre la Cirugía Bariátrica, a continuación se presenta dicho estudio.

En Chile, se han realizado tratamientos médicos multidisciplinarios, utilizando variadas alternativas: dieta, actividad física, terapia psicológica y fármacos, entre otros; los que particularmente en pacientes con obesidad mórbida, han fracasado. Frente a esto, en los últimos 10 años, la alternativa quirúrgica ha mostrado ser la opción más efectiva.

La pérdida de peso producto de la cirugía bariátrica tiene consecuencias psicosociales positivas. Los pacientes mejoran sus índices de calidad de vida, con un incremento de la salud global y una mejor adaptación social y disminución de los síntomas ansiosos y depresivos. En relación con la salud mental de las personas obesas post cirugía, Koppmann (Ponencia presentada en el III Congreso IFSO Latinoamericano, 2009), señala que mejoran los trastornos ansiosos y depresivos, pero no se modifican aspectos caracterológicos. Sin embargo, existen estudios que muestran evidencias que refutan esto, es decir, que no hay una asociación significativa entre obesidad, depresión y ansiedad.

Otros estudios señalan que la disminución y mantención del peso después del tratamiento quirúrgico depende de varios factores, entre ellos, el estado

psiquiátrico del paciente. En este sentido algunos autores sugieren realizar apoyo psiquiátrico previo y posterior a la cirugía, para promover una mayor estabilidad psicológica del paciente, favoreciendo la mantención del peso logrado.

A la luz de los contradictorios antecedentes, tanto de manifestaciones psicológicas asociadas a la obesidad mórbida, así como en relación al impacto emocional producido por la cirugía bariátrica, cabe preguntarse: ¿Cambian la ansiedad, depresión y auto concepto en pacientes obesos mórbidos al ser sometidos a cirugía bariátrica?.

Se propuso como objetivo general: evaluar cambios en las variables de estudio, ya mencionadas, entre el momento previo a la cirugía (una semana antes) y seis meses después de esta, en centros de salud de las ciudades de Valdivia y Puerto Varas.

Como objetivos específicos: determinar la existencia de diferencias entre los dos momentos evaluados en los 20 pacientes respecto a: a) funcionamiento ansioso (rasgo y estado) usando el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI); b) sintomatología ansiosa-depresiva (SD), relaciones interpersonales (RI) y rol social (RS), medidos con el OQ-45.2; y c) en auto concepto, usando la técnica de la rejilla (TR) para evaluación de constructos personales.

Método

Participantes

Se utilizó un muestreo no probabilístico intencionado, accediendo a pacientes disponibles en las regiones de Los Ríos y Los Lagos: 15 mujeres y 5 hombres, con edades entre 28 y 61 años. Todos los participantes, diagnosticados con obesidad mórbida, habían sido categorizados aptos para acceder a cirugía bariátrica, tras evaluación psicológica y psiquiátrica (previa a este estudio, realizado por profesionales de cada institución), descartándose pacientes con presencia de trastornos anímicos severos, alteraciones de personalidad (especialmente límite), esquizofrenia u otra patología psicótica, abuso o dependencia de alcohol o drogas; y retardo mental.

Diseño

Se realizó un estudio no experimental descriptivo, de grupo único, con mediciones antes y después (una semana previa a la operación y seis meses después de ésta).

Instrumentos

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI E-R: Inventario de auto-reporte, diseñado para evaluar ansiedad como estado (STAI-E) y como rasgo (STAI-R). La puntuación total para cada dimensión oscila entre 0 y 60, transformando puntuaciones directas en percentiles en función de sexo y edad (sin puntaje de corte). El estudio de Vera permitió generar normas, determinar su validez de constructo mediante análisis factorial confirmatoria y establecer la confiabilidad por consistencia interna para cada escala.

Cuestionario de Autoevaluación OQ-45.2. Instrumento de auto-reporte que mide estados y no rasgos. Consta de tres escalas: síntomas ansiosos y depresivos (SD); relaciones interpersonales (RI); y rol social (RS). Además, entrega un puntaje general que abarca las tres escalas antes señaladas. La tabulación muestra que a mayor puntaje mas discomfort, con puntos de corte (PC) para la población chilena que discriminan población funcional de disfuncional. El instrumento demostró ser confiable, mostrando validez concurrente con el DAS, y validez en su sensibilidad a la psicopatología y al cambio.

Técnica de la Rejilla TR: Formulada desde la concepción constructivista de Kelly, que concibe un ser humano activo que interpreta los sucesos de la realidad de acuerdo a sus propios significados subjetivos, expresados en constructos personales bipolares, los cuales representan distintos aspectos de su identidad. La rejilla está constituida por elementos, en este caso aspectos del sí mismo (yo real, yo ideal, yo antes de la operación, y después, etc.) y por constructos bipolares que permiten visualizar el auto concepto (autoestima, control, agilidad, atractivo, entre otros). Se seleccionaron los constructos más representativos mediante prueba piloto, considerando que lo que interesaba era la comunalidad del grupo a investigar (rejilla de investigación), tabulándose con escala tipo Likert, de 1 a 7 puntos.

Procedimiento

La recolección de datos consistió en evaluar con los tres instrumentos de forma individual a los participantes una semana antes de la cirugía y seis meses después de esta.

Análisis de datos

Se utilizó el software SPSS versión 15.0, para el cálculo de estadísticos descriptivos (frecuencia, porcentaje, mediana, entre otras) y comparación entre las medianas de las dos mediciones (antes/después) con los tres instrumentos (STAI, OQ-45.2 y TR) mediante la prueba *W* de Wilcoxon, por ser la que mejor se adecúa a las características de los datos (escalas de medida ordinal, distribución no normal y pertenecer a dos grupos relacionados).

Resultados

Tal como se aprecia en la Tabla 4, el STAI-E registro una reducción de 2,5 puntos entre la medición previa (Md = 17,5) y posterior a la cirugía (Md = 15), bajando, de acuerdo a las normas chilenas, del percentil 55 al 47. En el STAI-R la reducción fue de 7 puntos entre la medición previa (Md = 23,5) y la posterior (Md = 16,5), disminuyendo del percentil 58 al 35. Pese a que se aprecian diferencias en los puntajes brutos y percentiles, con una leve disminución de la ansiedad tanto de estado como rasgo, las diferencias no son estadísticamente significativas y se encuentran dentro del rango normal de ansiedad (pre y post cirugía), según normas chilenas.

Tabla 4. Medianas, puntuación z y significación estadística (p), obtenidas por los sujetos previas y posteriores a la cirugía bariátrica, con la escala de ansiedad STAI (E-R); OQ-45.2; y Técnica de la Rejilla (TR), comparadas a través de W de Wilcoxon

		Mediana	z	p
STAI (E)	Antes	17,5	-1,591	0,112
	Después	15,0		
STAI (R)	Antes	23,5	-1,872	0,061
	Después	16,5		
OQ-45.2 Total	Antes	51,0	-1,573	0,116
	Después	45,5		
OQ-45.2, sub-escala SD	Antes	32,0	-2,634	0,008*
	Después	26,0		
OQ-45.2, sub-escala RI	Antes	10,5	-1,432	0,152
	Después	12,5		
OQ-45.2, sub-escala RS	Antes	9,0	-0,175	0,861
	Después	9,5		
TR Controlada- Descontrolada	Antes	6,0	-0,917	0,359
	Después	6,0		
TR Autoestima Alta - Baja	Antes	2,0	-3,442	0,001**
	Después	6,0		
TR Satisfecha - Insatisfecha	Antes	6,0	-2,180	0,029*
	Después	6,0		
TR Ansiosa - Relajada	Antes	3,0	-0,986	0,324
	Después	4,0		
TR Ágil - Lenta	Antes	3,0	-2,850	0,004*
	Después	6,0		
TR Atractiva - Poco atractiva	Antes	3,0	-2,965	0,003*
	Después	6,0		
TR Responsable - Irresponsable	Antes	6,0	-1,059	0,289
	Después	6,0		
TR Aceptada - Discriminada	Antes	5,5	-2,998	0,003*
	Después	6,0		
TR Solitaria - Acompañada	Antes	5,5	-0,756	0,450
	Después	6,0		
TR Alegre - Triste	Antes	6,0	-0,103	0,918
	Después	6,0		
TR Amable - Antipática	Antes	6,0	-0,221	0,825
	Después	6,0		
TR Segura - Insegura	Antes	3,0	-2,840	0,005*
	Después	6,0		
TR Culposa - No culposa	Antes	2,5	-2,139	0,032*
	Después	5,5		

*p ≤ 0,05; **p ≤ 0,001.

Del mismo modo, el OQ-45.2 mostro variaciones en los puntajes brutos entre las mediciones antes-después, con medianas previas a la cirugía de 51 para OQ total; 32 para SD; 10,5 para RI y 9 para RS. En la medición posterior a la cirugía, se observó una disminución tanto del OQ total, como de la sub-escala SD, con medianas de 45,5 y 26 respectivamente. En cuanto a la sub-escala RI, esta aumento, al igual que RS con medianas de 12,5 y 9,5 puntos, respectivamente. Solo se evidencian diferencias significativas en la sub-escala SD ($p < 0,05$), lo que implica una disminución significativa de los síntomas ansiosos y depresivos posteriores a la cirugía (Tabla 4). Cabe señalar que aunque existen diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes previos y posteriores en la sub-escala SD, ambos puntajes se encontraron dentro de rangos normales (población sin disfuncionalidad) de acuerdo a las normas chilenas y la variación no sería clínicamente significativa.

En la evaluación con la TR, en el auto concepto, se evidencio que el constructo autoestima alta v/s autoestima baja presento el mayor incremento ($p = 0,001$), al considerar el yo actual, antes y después de la cirugía. Asimismo, los participantes señalaron que a los seis meses posteriores a la cirugía experimentaron mayores niveles de satisfacción ($p = 0,029$), agilidad ($p = 0,004$), atractivo ($p=0,003$), aceptación ($p = 0,003$), seguridad ($p = 0,005$) y disminución del sentimiento de culpa ($p = 0,032$). El resto de los constructos no mostro cambios significativos (Tabla 4).

Discusión

Los resultados obtenidos en relación a los constructos del auto concepto, (TR) son coherentes con la literatura antes señalada, así poco más de la mitad (7 de 13), se incrementan significativamente a los seis meses después de la cirugía bariátrica. Se evidencia en los pacientes, una auto percepción más positiva, con

un importante aumento en la autoestima. Además se sienten más atractivos, más satisfechos, más ágiles, más aceptados, con mayor seguridad y menos culpas. El resto de los constructos no varió significativamente.

Por otro lado, no se observan cambios significativos en los niveles de ansiedad reportados por el STAI. Ello es esperable, considerando que la evidencia científica disponible, que relaciona obesidad con trastornos ansiosos, es contradictoria.

Sin embargo, aparece una disminución significativa en la sub-escala de síntomas ansiosos y depresivos (SD) del OQ-45.2 después de la cirugía, lo cual es concordante con lo planteado en la mayor parte de la literatura, especialmente en los primeros 6 meses posteriores, que es donde la baja de peso es mayor, experimentando mayores sensaciones de satisfacción y escasas frustraciones. En relación a las sub escalas RI y RS, así como en el OQ total, no hay diferencias significativas. Hay que considerar que desde antes de la operación los pacientes reportan puntajes, (ansiedad y depresión) que los ubican dentro de la población sin disfuncionalidad, pero posterior a la cirugía experimentan un mayor confort.

Una hipótesis explicativa de los hallazgos considera lo planteado por la literatura sobre las dificultades de los pacientes con obesidad para contactarse adecuadamente con sus emociones (alexitimia) y sus dificultades en el área de las relaciones interpersonales y rol social (área laboral); lo que les hace minimizar estos problemas y sufrimientos o simplemente no expresarlos frente a un contexto de evaluación, particularmente cuando se usan instrumentos de auto reporte, en este sentido resultaría interesante usar medidas de observación externa (fisiológicas y conductuales) para la ansiedad.

4.4.3 Argentina

También en Argentina se ha hecho estudios sobre Cirugía Bariátrica, uno de los investigadores que han hecho estudios sobre este proceso Quirúrgico es la Lic. Lasagni Viviana quien empieza a recabar datos desde el 2005 y concluye hasta el 2001. La intervención quirúrgica pretende que las personas con obesidad disminuyan su peso y no vuelvan a recuperarlo. Esto implica un proceso de valoración y preparación previa a la práctica quirúrgica dado que existen componentes psicológicos que determinarán el descenso de peso y cambios de hábitos en las personas que padecen esta enfermedad a largo plazo. Diversos autores desarrollaron investigaciones sobre el perfil de las personas candidatas a cirugía bariátrica desde la valoración psicológica.

En España, un estudio sobre la valoración de candidatos a cirugía bariátrica Martínez observaron que del total de una muestra de 198 pacientes, el 27% padece ansiedad y el 22 % síntomas depresivos. Aplicando el cuestionario de depresión de Beck encontraron que poseen un nivel de depresión leve y no existen diferencias según el género. No encontraron diferencias entre los grupos de obesidad mórbida y súper mórbida. Otro estudio realizado por Vásquez, sobre pacientes remitidos para valoración psiquiátrica previo a cirugía, describen que el patrón alimentario de obesos mórbidos se encuentra alterado sin llegar a configurar una bulimia. En general refieren que son pocos los pacientes que se descartan estrictamente por causas psiquiátricas.

En Colombia, Reyes encontró en una muestra de 50 personas, trastornos depresivos en el 24 % de los casos, trastornos adaptativos en un 8% y trastornos de ansiedad en un 6%. En México, Ríos, analizando indicadores de ansiedad, depresión y calidad de vida del paciente obeso, observaron que los pacientes quirúrgicos sienten poco agrado por su figura. Por otro lado revelaron que a pesar que los pacientes quirúrgicos tienen un mayor IMC no existen diferencias con los

no quirúrgicos en relación a los niveles de depresión, ansiedad y aspectos de calidad de vida.

Estos valiosos antecedentes, reflejan trabajos empíricos sobre indicadores psicológicos de los postulantes a cirugía a partir de la aplicación de instrumentos de medición debidamente estandarizados. Realizando una búsqueda bibliográfica sobre indicadores psicológicos de candidatos a cirugía bariátrica en Argentina no se encontraron estudios lineales que describan a esta población desde el punto de vista psicológico, motivo por el cual se visualizó la necesidad de realizar nuevos aportes científicos profundizando el estudio de los componentes psicológicos. A partir de lo enunciado, desde CQO, se pretende efectuar un análisis de los datos obtenidos de la valoración psicológica desde el año 2005 al 2011 de los postulantes a cirugía bariátrica.

Por lo expuesto, esta investigación se planteó los siguientes objetivos:

1. Determinar las variables socio demográficas de los postulantes a cirugía bariátrica (edad, género, estado civil, escolaridad) y medidas antropométricas (Peso e IMC).
2. Evaluar la calidad de la salud que presentan las personas con obesidad mórbida.
3. Explorar la existencia de indicadores de ansiedad, depresión y desorden alimentario y su relación con el peso e índice de masa corporal IMC).
4. Analizar la influencia de las variables socio demográfico en relación al peso e índice de masa corporal (IMC).

Método

El tipo de estudio que se desarrolló es descriptivo lineal.

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 294 personas que asistieron a evaluación psicológica pre-quirúrgica en el CQO del año 2005 a marzo del 2011.

Instrumento

Para la recolección de datos se efectuó una entrevista semi-estructurada a través de la cual se indagó las variables socio demográficas como edad, género, estado civil, grado de instrucción, estado civil.

Se realizó una revisión de historia clínica para obtener las medidas antropométricas de los informes nutricionales y/o médicos y se obtuvo la media del IMC y peso. Se Aplicaron pruebas psicológicas, a saber:

- 1) EAT 26.- Es un cuestionario auto-administrado, elaborado por Garner y Garfinkel (1979). Se investiga la presencia de conductas bulímicas, abuso de laxantes, presencia de vómitos, etc.
- 2) Cuestionario de Calidad de vida SF36.- Es un cuestionario de salud diseñado por el Health Institute New England Medical Center, que a partir de 36 preguntas pretende medir ocho conceptos genéricos sobre la salud, detectando tanto estados positivos como negativos de la salud física y estados emocionales.
- 3) Escala de Ansiedad de Hamilton (HAS).- Diseñada en 1959 y readaptada en 1969. Se trata de una escala auto-administrada de 14 ítems.
- 4) Inventario de Depresión de Beck (BDI).- Es un cuestionario auto-administrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple.

Procedimiento

Dicha investigación, a partir de la recolección de datos obtenidos de la evaluación psicológica de la totalidad de los postulantes a cirugía bariátrica en el CQO. Teniendo en cuenta que en el año 2005 tomaba gran auge en nuestro país esta nueva práctica quirúrgica y contando con escaso material bibliográfico en el tema psicológica en relación a la cirugía bariátrica en ese entonces, se tomo conciencia de la necesidad de adoptar datos científicos en el área mencionada. Por tal motivo desde la fecha mencionada se efectuó un protocolo de procedimiento y se elaboró la matriz de datos para su posterior análisis. En el transcurso de estos años se efectuaron análisis parciales en el año 2007 y 2009 que fueron presentados en distintos congresos internacionales de cirugía bariátrica realizados en la ciudad de Mendoza.

Análisis de datos: Se realizó una descripción de las variables socio demográficas y de las medidas antropométricas (peso e IMC). Se estudiaron las asociaciones entre las variables socio demográficas y los indicadores de ansiedad, depresión y desorden alimentario a través de la prueba "t" siendo significativa una $p < 0.05$. Para todos los estudios realizados se utilizo el programa estadístico SPSS.

Resultados

Por otro lado se analizó la presencia de indicadores de ansiedad, depresión y desorden alimentario a partir de los cuestionarios HAS, EAT 26, ID. Del total de la muestra la media encontrada en el indicador de ansiedad es de 15.81; para depresión la media fue 12.86 y en relación al indicador de desorden alimentario 19.86.

Se evaluó como estos indicadores fueron evolucionando desde el año 2005 al 2011. Observando los indicadores explorados se observa una leve declinación de la curva de ansiedad y depresión y un aumento en los desordenes alimentarios. Es importante destacar que el inventario de depresión se comenzó a aplicar en el año 2008 motivo por el cual no constan indicadores previos.

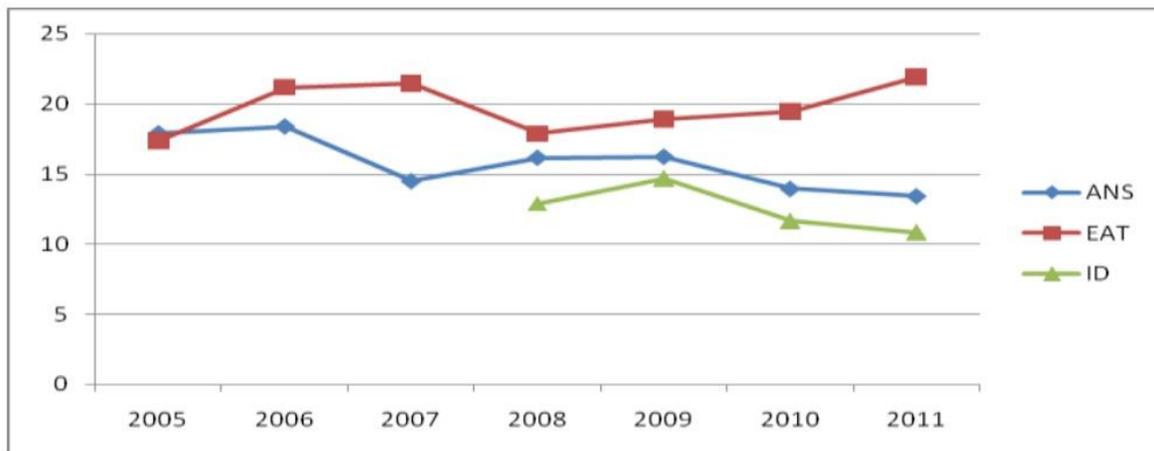


Fig. 4– Curva indicadores de ansiedad, depresión y trastornos alimentarios.

Se estudio la influencia de las variables “peso” e “IMC” en relación a los indicadores de ansiedad, depresión, y trastorno alimentario. No se encontraron asociaciones positivas en relación a las variables “peso”. Para analizar la asociación de las variables IMC e indicadores psicológicos se re-categorizó la variable “IMC” en los que presentaron un “IMC de 45 y menos y los que presentaron un “IMC de más de 45”.

	Categoría IMC	N	Media	Desviación típica.	Error de la media
ANS	1- IMC 45 y Menos	147	15,11	9,902	,817
	2- IMC Mas 45	138	16,62	10,037	,854
EAT	1- IMC 45 y Menos	147	20,67	9,887	,815
	2- IMC Más 45	140	18,74	9,511	,804
ID	1- IMC 45 y Menos	99	11,18	6,681	,671
	2- IMC Más 45	67	15,39	7,628	,932

Tabla II. Indicadores de ansiedad, depresión y trastorno alimentario

A partir de la prueba estadística “t” se corroboró que el indicador de depresión posee una relación significativa con el IMC, observando que a mayor IMC mayor depresión.

Discusión

En síntesis, se comprobó que del 2005 al 2001 la mayoría de los postulantes a cirugía bariátrica son mujeres, de estado civil casadas con estudios universitarios completos. La edad promedio de los postulantes no tuvo variaciones significativas, siendo el promedio más bajo en el año 2005 y el más alto en el 2006. Con respecto a las medidas antropométricas, se observa en relación al peso inicial de los postulantes que la media más alta se obtuvo en el año 2006 y el más bajo en el 2010.

Se comprobó que presentan trastorno de ansiedad mayor y depresión leve. Con respecto al indicador de desorden alimentario se observa que los resultados obtenidos se encuentran en el límite del punto significativo, no llegando a demostrar dicho trastorno. Los indicadores de ansiedad, depresión y trastornos

alimentarios no poseen una relación significativa con el peso pero si se encontró una asociación positiva con el índice de masa corporal, estableciéndose que a mayor IMC mayor depresión. También se demostró que a mayor escolaridad menor IMC.

4.5 Cirugía Cardíaca

4.5.1 Cuba

A pesar de que las técnicas quirúrgicas se han ido modificando y desarrollando para hacer cada vez menor el riesgo para la vida, la cirugía constituye indudablemente un evento estresante, alrededor de la cual existen preocupaciones sobre la autonomía y condiciones físicas, las acciones dolorosas, la supervivencia y la recuperación, la separación de la familia y el hogar a lo que se suma el carácter impersonal de la propia hospitalización.

Pueden surgir variadas respuestas emocionales ante el proceso quirúrgico, que cuando son muy intensas tienen importantes consecuencias para la recuperación.

Un gran número de evidencias sugieren que mientras mayor es la ansiedad, más lenta y complicada resulta la recuperación postoperatoria, lo que ocurre a través de mecanismos tanto conductuales como fisiológicos (Wallace, 1992).

Investigaciones en el campo de la Psiconeuroinmunología muestran que el estrés rompe la homeostasis neuroendocrina y retarda la reparación de tejidos, dificultando la cicatrización de las heridas. Por otra parte, los individuos más distresados son más susceptibles de experimentar trastornos del sueño y el sueño profundo se relaciona con la secreción de la hormona de crecimiento, que también

facilita la cicatrización de las heridas (Kiecott-Glaser, Page, Marucha, Mascallum, y Glaser, 1998).

La ansiedad y el distrés pueden aumentar el dolor y hacer más difícil la adherencia a las orientaciones terapéuticas que contribuyen a la recuperación como por ejemplo caminar, realizar ejercicios respiratorios, toser.

La evaluación y tratamiento de un paciente que va a ser sometido a una cirugía mayor, requiere por tanto, de especial atención en una variedad de aspectos como la racionalidad para someterse al proceder, las sensaciones más comunes, el proceder en si, así como ofrecer las habilidades básicas para un mejor afrontamiento de este proceso. Sobran los ejemplos de estudios que hablan de los efectos positivos de una preparación psicológica previa a la cirugía, aún cuando no se ha podido discriminar si un tipo particular de intervención es más efectiva que otra, incluyendo hasta las técnicas más informales.

Algunos de los beneficios que se han señalado son disminución de la estadía hospitalaria, disminución importante de la ansiedad (predictor clave de recuperación), menos dolor, menor necesidad de analgésicos, mejor preparación para el alta, mayor satisfacción con la atención recibida y una percepción más positiva de la experiencia hospitalaria (Jenkins, Stanton, y Jono, 1994; De L. Horne et al., 1993; Devine, 1992; Kulik, Mahler y Moore, 1996; Good, 1996; Seers, y Carrol, 1998; Moix, López, Otero, Quintana, Ribera, Saad y Gil, 1995; Canovas, Moix, Sanz y Estrada, 1998).

A través de este estudio nos propusimos evaluar el estado psicológico de un grupo de pacientes que se sometieron a cirugía cardiovascular, antes y después de un programa de preparación psicológica elaborado en nuestro Servicio de Psicología para estos fines.

Objetivo General

Evaluar los resultados de un programa de preparación psicológica para la cirugía cardiovascular.

Objetivos específicos

- Evaluar la percepción de síntomas psicológicos y generales en un grupo de pacientes antes y después de ser sometidos a los procedimientos médicos.
- Aplicar un programa de preparación psicológica para la cirugía cardiovascular.
- Comparar los resultados de ambas aplicaciones.

Material y Método

➤ Población estudiada

Se incluyeron los pacientes hospitalizados en el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas de Ciudad de la Habana, Cuba, de Enero del 2000 a Enero del 2001. Estos pacientes no presentaban patologías que impidieran una recuperación adecuada y su nivel intelectual permitía realizar las pruebas y técnicas psicológicas indicadas.

➤ Diseño y pruebas psicológicas realizadas

Nuestra investigación constó de tres etapas básicas con un promedio de 6 sesiones, según las características del paciente. En la primera etapa fueron

evaluados los pacientes, posteriormente se aplicó el programa de preparación psicológica para este tipo de cirugía y en la etapa final se reevaluaron los mismos aspectos de la evaluación inicial.

➤ Etapa Inicial

Se inicio con una entrevista semiestructurada donde se estableció el vínculo terapéutico con el paciente y se recogió información de interés, adicional a la que ofrece la historia clínica. Luego se aplicó una batería de pruebas psicológicas.

En la entrevista se exploran:

- Datos sociodemográficos del paciente.
- Estado emocional y general.
- Personalidad.
- Experiencias traumáticas anteriores. Sistema de creencias.
- Significación de la enfermedad y el proceder médico a que va a someterse. Actitudes ante los mismos.
- Expectativas.
- Estilo cognitivo de evaluar las situaciones de crisis.
- Recursos de afrontamiento.
- Interacción con el equipo médico.
- Redes de apoyo social.

Las pruebas realizadas fueron:

- Test de depresión de Beck.
- Escala de síntomas generales.

- Escapa de trastornos del sueño de Jenkins (Jenkins, Stanton, Niemcryk y Rose, 1988).

➤ Etapa interventiva

Se basa fundamentalmente en técnicas Cognitivo-Conductuales. Este modelo psicoterapéutico resulta fundamental pues el modo en que el paciente interpreta y evalúa su enfermedad, el procedimiento médico y los propios recursos repercute en sus respuestas al proceso en que está inmerso.

Se trabajó en los aspectos siguientes (Canovas, Moix, Sanz y Estrada, 1998; Baró Pérez, 2002; Shröder, Schwarger y Konerte, 1996; Meichenbaum, 1991; Chapa, 1997; Zaldívar Pérez, 1996):

- Brindar información sobre el procedimiento médico (Webber, 1992; Valls Molins, 1996).
- Brindar información sobre las habilidades y técnicas psicológicas que se le enseñaron.
- Estimular la expresión de dudas y preguntas, la confianza en el equipo médico y la participación del paciente como elemento activo de este proceso.
- Realizar la reestructuración cognitiva de ideas preconcebidas, creencias y falsas expectativas en cuanto al procedimiento médico. Desafiar perturbaciones del pensamiento como: catastrofización, minimización, magnificación, abstracción selectiva (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983).
- Enseñar el automonitoreo para reconocer señales tempranas de temor, ansiedad o dolor (De L. Horne et al., 1993).
- Hacer sugerencias directas sobre expectativas positivas de recuperación tanto en relación con el estado psicológico como el fisiológico.

- Enseñar técnicas de respiración y relajación apoyadas en el uso del biofeedback (respuesta galvánica de la piel) y combinarlas con técnicas de imaginación y visualización (De L. Horne et al., 1993; Meichenbaum, 1991; Zaldívar Pérez, 1996; Association for Applied Psychophysiology and Biofeedback, 1998; Wall, 1997; Thompson, 1983).

Estas técnicas estaban encaminadas a desarrollar el sentido de autocontrol, estimular la recuperación física, disminuir la ansiedad conjuntamente con sus mecanismos fisiológicos, endocrinos, metabólicos, manejar el dolor, alejar la atención del paciente de las fuentes de estrés (Smith, 1987; Weisenberg, 1987; Merskey, 1987).

En relación con el sueño se le indicó al paciente un control de estímulos que incluye el automonitoreo, la educación e higiene del sueño, así como instrucciones específicas acerca del mismo (Riba, 1993).

➤ Etapa final

Al mes de evolución del paciente, fue evaluado nuevamente y se compararon los resultados con los de la primera evaluación. Se realizó entrevista evolutiva y la misma batería de pruebas psicológicas.

➤ Recogida de datos y procesamiento de la información

Los datos de los pacientes y los resultados de las pruebas realizadas se almacenaron en una base de datos en SPSS 10.0. Para la descripción de los mismos se utilizaron: para las variables cuantitativas, la media aritmética como medida de centralización y la desviación estándar como medida de dispersión; para las variables cualitativas se realizaron las distribuciones de frecuencias (en tantos por ciento) de cada una de las categorías para las variables utilizadas.

Como prueba de hipótesis se usó una prueba t para muestras pareadas. El nivel de significación aceptado fue del 5 % ($p < 0.05$) para los análisis efectuados.

Resultados. Análisis Y Discusión

Datos sociodemográficos

La Tabla 1 presenta los principales datos de los 45 pacientes evaluados. La media de edad fue de 45.7 y el grupo etáreo predominante fue el comprendido entre los 51 y los 60 años. Predominaron los pacientes a realizarse revascularización coronaria (62 %), el resto fue sometido a sustitución valvular.

EDAD (años)	Media \pm de	45.7 \pm 10.8
	Rango	21- 63
SEXO	Femenino	36 %
	Masculino	64 %
ESTADO CIVIL	Soltero	4 %
	Casado/pareja	90 %
	Divorciado/separado	6 %
	Viudo	0 %
NIVEL ESCOLAR	Primario	10 %
	Secundario	34 %
	Preuniversitario	36 %
	Universitario	10 %

Tabla 1 Datos sociodemográficos (n=45)

Resultados de las pruebas realizadas

Test de Depresión de Beck

Como se refiere en la literatura revisada, la depresión es una de las reacciones emocionales frecuente en los pacientes que van a ser sometidos en sentido general a procedimientos médicos invasivos (Jenkins, Stanton y Jono, 1994; De L. Horne et al., 1993).

Blythe y Erdahl, por ejemplo encontraron una alta prevalencia de pacientes deprimidos en sus estudios de preparación psicológica para la cirugía mayor y procedimientos médicos invasivos, que luego de la aplicación de las técnicas para la inoculación del estrés, mejoraron significativamente (Blythe y Erdahl, 2000).

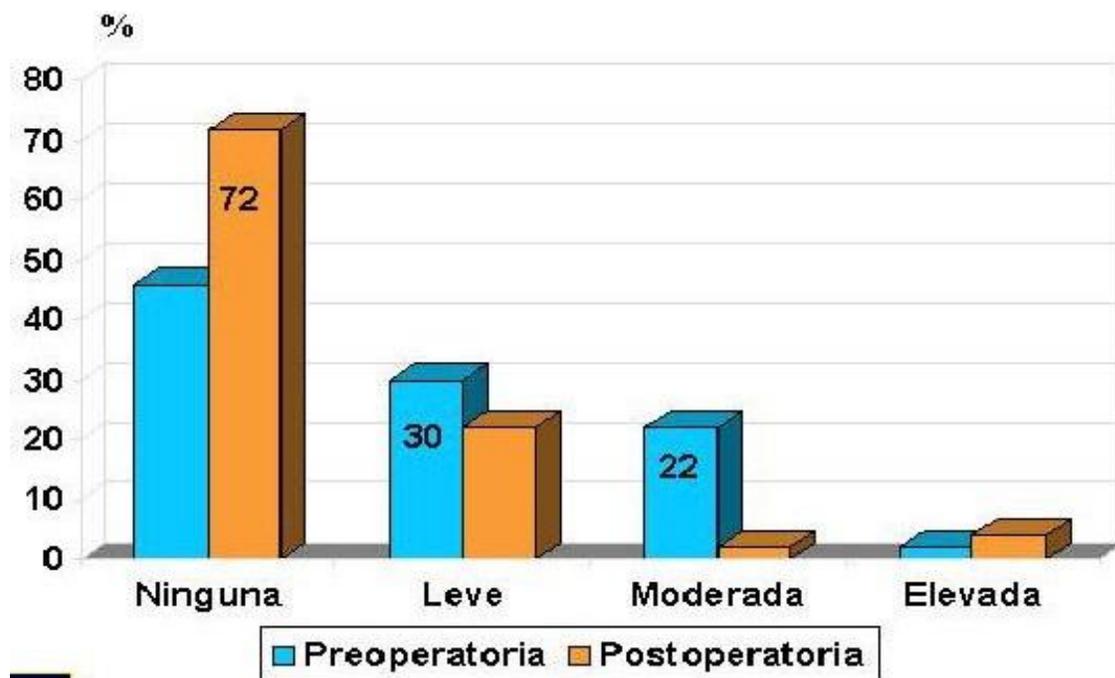
Devine en su recopilación de 191 estudios, a los que sometió a meta-análisis también refiere la depresión como una de las reacciones más presentes (Devine, 1992).

En algunos casos se ha descrito hasta un tipo de depresión caracterizada por la falta de control de la situación y una importante falta de motivación para jugar un rol activo en el proceso denominada “desesperanza aprendida” (De L. Horne et al., 1993; Siegman, Townsend, Civelek y Blumenthal, 2000).

Como muestra la Figura 1, si bien el 46 % de los pacientes no estaban deprimidos en la fase preoperatoria, un 22 % estaba moderadamente deprimido y un 30 % se ubicó en la categoría leve. Con depresión elevada encontramos solo un 2 %. En la fase posoperatoria los niveles de depresión disminuyeron significativamente; sin depresión encontramos al 72 % de los pacientes y con depresión leve a un 22 %, en las categorías moderada y elevada, un 2 % y un 4 % respectivamente.

Tal como se aprecia, la categoría predominante en ambas evaluaciones es no depresión, resultando más marcado aún en la segunda licación . El resto de los pacientes se distribuye inicialmente en las categorías leve y moderada, desplazándose en la segunda evaluación hacia la depresión leve.

Figura 1. Resultados de la depresión



Escala de síntomas generales

Para la evaluación de los síntomas generales se elaboró una escala por un grupo de especialistas en Psicología y Cardiología, donde se trataron de abarcar los síntomas más frecuentes tanto generales como psicológicos. Las figuras 2, 3 y 4 muestran los síntomas más significativos.

Al comparar estos tres síntomas es la irritabilidad quien mantiene mayor porcentaje de pacientes en las categorías leve y moderada en el postoperatorio.

Vemos que incluso la categoría leve se iguala a No presencia del síntoma. La prevalencia de este síntoma pudiera estar relacionada con las propias condiciones de dependencia en que deben mantenerse estos pacientes en el posoperatorio inmediato.

Resulta válido señalar también que en el período previo al proceder médico un 42 % de los pacientes perciben tener irritabilidad en nivel moderado, lo que además de relacionarse con las propias respuestas al estrés que supone una cirugía de esta magnitud pudiera estar vinculado con las bien descritas características de la personalidad tipo A, propensa a las coronaoriopatías, en la que predominan la ira y la hostilidad (Siegman, Townsend, Civelek, y Blumenthal, 2000; Hendrix y Hughes, 1997; Bosma, Stansfeld y Marmot, 1998; Flory, Matthews, y Owens, 1998; Pérez y Caputo, 2000).

Figura 2. Resultados de la percepción de síntomas generales

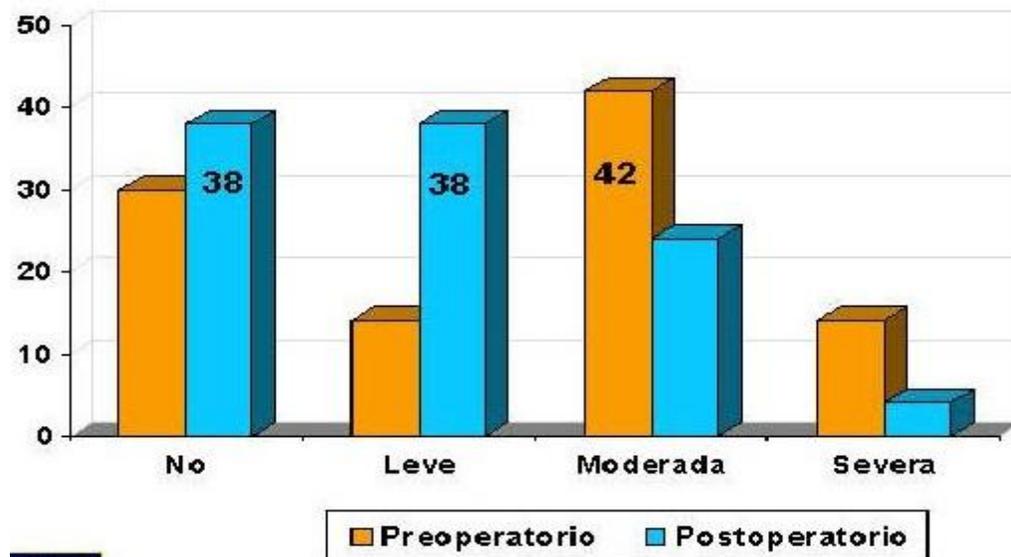


Figura 3. Resultados de la percepción de síntomas generales

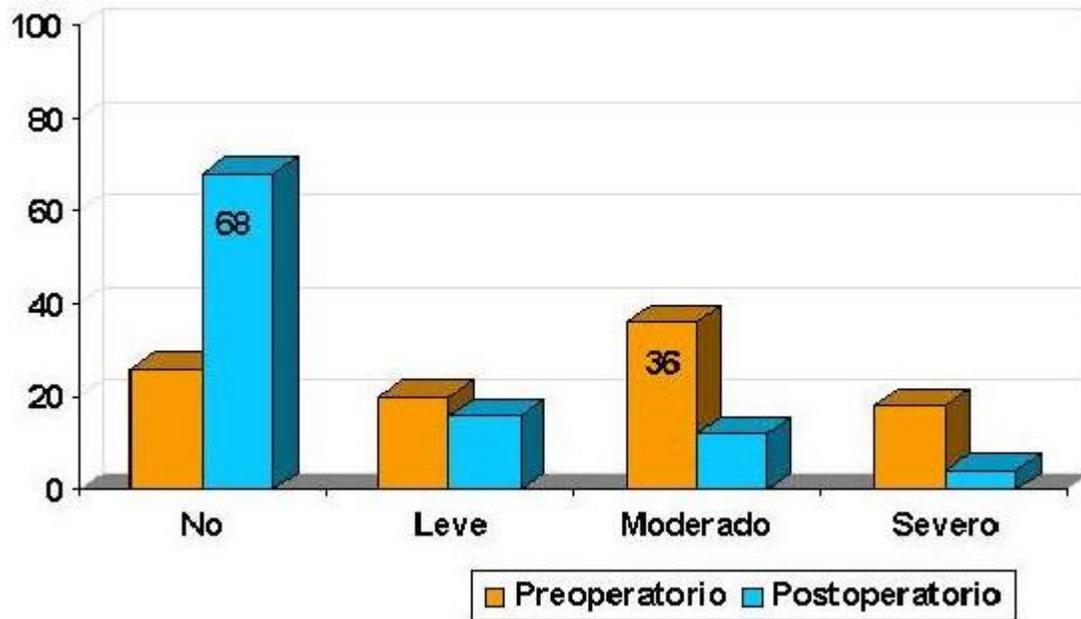
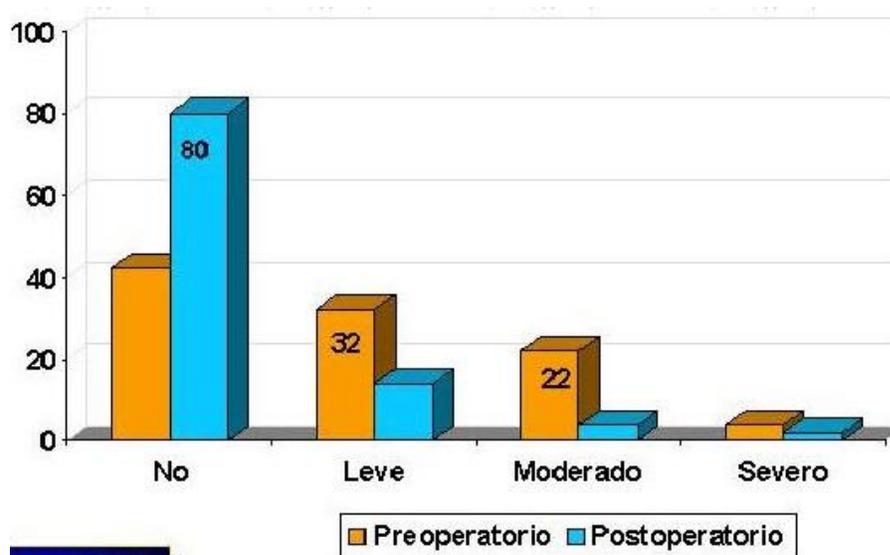


Figura 4. Resultados de la percepción de síntomas generales



Escala de los trastornos del sueño

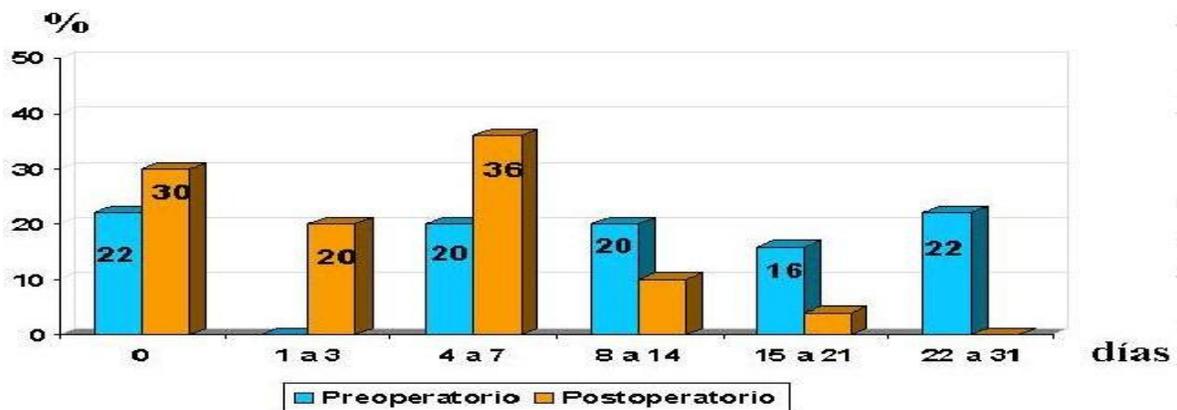
Inadecuada cantidad y calidad del sueño han sido referidas como concomitantes de patologías psiquiátricas y médico clínicas, ya sea como precursores o secuelas de las mismas. Constituyen además un riesgo para la prevalencia y futura emergencia de enfermedades cardiovasculares. Por ejemplo, estudios muestran que se encuentran entre los más fuertes predictores de frecuencia y severidad de angina de pecho en pacientes masculinos que esperan la cirugía de bypass cardíaco Jenkins, Stanton, Niemcryk y Rose, 1988; Riba, 1993; Neubauer, 1999).

A pesar de que las enfermedades físicas, el dolor y el discomfort afectan la aparición y duración del sueño es indiscutible su carácter reparador por lo que en las condiciones de una cirugía cardíaca o tratamiento invasivo resulta importante su cuidado y tratamiento.

La escala que utilizamos para evaluar los trastornos del sueño, valoraba los siguientes aspectos: dificultades para quedarse dormido, despertar varias horas en la noche, despertar mucho antes que de costumbre y despertar cansado luego de haber dormido la cantidad de sueño habitual.

Despertarse varias veces durante la noche fue el trastorno del sueño que predominó en la muestra evaluada. El 22 % de los pacientes ha presentado este trastorno casi todo el mes (22 a 31 días) en la etapa previa a la cirugía mientras en los primeros tres días no se reporta esta dificultad. En la etapa postoperatoria un 30 % no refiere su presencia y un 36 % plantea que lo ha padecido pero en pocos días. Al analizar la Figura 5 vemos como en la etapa posterior a la cirugía el mayor porcentaje de pacientes que lo padecen se ubica en alrededor de una semana, lo que pudiera corresponderse con los primeros días de convalecencia donde existen dificultades para la movilidad.

Figura 5. Trastornos del sueño



Conclusiones

1. Tal como refiere la literatura, existen reacciones emocionales en los pacientes que van a ser sometidos a procedimientos invasivos y/o quirúrgicos, reacciones que pueden mostrarse antes e incluso después de los mismos, pues en el caso de la cirugía por ejemplo, la recuperación es progresiva y difícil.
2. En el preoperatorio la depresión estuvo presente en el 54 % y en el postoperatorio solo el 28 %, predominando la depresión leve.
3. El trastorno del sueño que más se destacó en la evaluación inicial fue despertarse varias veces durante la noche, presente en el 78 % de los pacientes estudiados.
4. Para la escala de percepción de síntomas los más significativos fueron la irritabilidad, el nerviosismo y la tristeza. La primera de estas aunque disminuye significativamente de la primera a la segunda evaluación, está presente en forma moderada en un 24 % después de la cirugía. Esta ha sido una de las respuestas más referidas por la literatura del tema.

5. ANALISIS DE RESULTADOS

Una cirugía es un proceso invasivo el cual genera una sanación y deja una marca la cual es un constante recordatorio de aquella invasión. A partir de esto no podemos alejarnos del hecho, tal vez podamos decir que se venció un cáncer pero a cambio de que, de ya no tener un órgano, de ser marcado constantemente. ¿Qué pasa por los pensamientos de una mujer al afrontar una mastografía?, ¿deja de ser mujer?, ¿se vuelve más mujer?, ¿tendrá un sentimiento de vacío?

Cuando nos llegamos a encontrar ante una cirugía hay veces que se rechaza por qué no queremos ser sanados, ¿será una forma de suicidio?. Por que otras personas que se encuentran ante una operación si aceptan la cirugía, ¿será el hecho que adoren vivir?, o porque tal vez le tenga miedo a la muerte. ¿Que es lo que envuelve a la cirugía?, que hace a que una persona le genere ansiedad, estrés, depresión, tristeza, miedo, o haga surgir esas fobias que tal vez no sabíamos que teníamos, porque no hay que dejar de lado esta situación de cuantas le tienen miedo a una jeringa, los que se desmayan por ver un poco de sangre.

Los pacientes a cirugía ¿qué los motiva a seguir adelante?, ¿cuáles serán estas redes de apoyo? y ¿por qué estas redes de apoyo llegan a ser causantes de que el paciente se niegue a la cirugía?. Las investigaciones presentadas no alcanzan a mostrarnos el impacto de todo esto, se trata de ver un mundo en un pequeño grano de arroz.

Las redes de apoyo como la familia, el ámbitos laboral, el social, etc., porque juegan una doble función, la primera es la de apoyarnos para poder sobre llevar las situaciones, el factor que logra disminuir factores de la psique como el estrés, la ansiedad, depresión y demás factores que alteren el estado psíquico de la persona, la segunda de estas funciones es el de ser un factor que provoca el aumento del estrés, ansiedad y los ya mencionados.

Para entender este punto imagínense un caso con la intención de tratar de entender un poco todo esto. Supongan que nuestra paciente a cirugía tiene el nombre de Isabel la cual tiene un aproximado de 46 años, es casada y tiene dos hijos, el primero de 9 años y el segundo de 7 años. Isabel es internada en un hospital para realizarle una serie de exámenes médicos para identificar la causa de un dolor abdominal, es colocada en el área de cirugía ya que los doctores al hacer el historial clínico no descartan la posibilidad de una posible apendicitis o ulcera reventada. Una vez ingresada Isabel al hospital y en el área de cirugía se queja constantemente del fuerte dolor en el abdomen, siendo Isabel una persona católica se le escucha decir: “Dios quítame este dolor insoportable, llévame contigo, ya no quiero vivir”. Una persona al pasar por afuera del cuarto escucha estas palabras e ingresa el cuarto, se presenta ante la paciente y le pregunta que es lo que le sucede porque hace esa petición, Isabel le responde diciéndole que tiene un dolor muy fuerte en el abdomen y que los doctores no encuentran la causa del dolor y si fuera poco la máquina del ultrasonido no está en funcionamiento. La persona extraña que ingreso le pide que se tranquilice que todo va a pasar muy pronto, que si ella se lo permite le gustaría decir una plegaria, a la que Isabel acepta sin ningún problema. La persona extraña al término de la plegaria le dice a Isabel, la dejaré descansar un poco para que se tranquilice y descanse, pasa aproximadamente 5 min y la persona regresa al cuarto de Isabel la cual no se encuentra, la persona sale del cuarto y camina en el pasillo del área de cirugía, al pasar un par de puertas alcanza a ver a Isabel dentro de otro cuarto platicando con otro paciente, teniendo una conversación muy alegre puesto que se le marcaba una sonrisa en el rostro.

Teniendo este caso podemos hacer mucho análisis, se puede cuestionar de mil maneras que fue lo que paso, que hizo a que Isabel se pusiera de pie cuando dentro de su umbral del dolor de una escala del 1 al 10, su dolor estaba en la posición 9, pedía que esa divinidad en la que creía le retirara la vida, suplicaba no

vivir. No se está cuestionando un hecho religioso si fue sanada por algo divino, nada de eso, solo se trata de ver qué fue lo que paso por qué no recibió ningún medicamento la cual le permitiera sobrellevar el dolor. Aquí se puede ver como una de las redes de apoyo de una persona puede ayudar a una persona en pre cirugía a mantenerse en un estado equilibrado.

Ahora se verá el otro lado de la situación en el que las redes de apoyo están del otro lado. Se tiene a una persona de nombre David la cual será sometida a una segunda operación para amputarle el miembro inferior derecho, él se encuentra preocupado por lo que va hacer con una sola pierna. David sabe que si él no quiere morir rápidamente es necesaria la amputación, en su trabajo al saber su situación de salud toman la decisión de despedirlo ya que no será funcional para ellos. David es soltero, tiene apenas 35 años, y no presenta ansiedad o estrés u alguna otra cosa que le provoque algún desequilibrio, él solo piensa en lo que va ser sin trabajo y si fuera poco le genera mucha ansiedad el tenerse que ir a vivir a la casa de su hermano el cual es casado y con tres hijos. Ha tenido dos intentos de cirugía debido a que cuando lo preparan para la cirugía presenta una presión arterial alta y niveles de azúcar elevados aún cuando el no es diabético.

En este caso las redes de apoyo de David provocan un desequilibrio lo cual no le permite ser intervenido, de igual manera que el caso anterior se puede cuestionar infinidad de cosas sobre lo que paso, puede pasar, o está pasando. Como podemos identificar cuando las redes de apoyo están a favor del paciente o cuando están en contra, o cuando la cirugía está afectando realmente al paciente de tal grado que le genere un desequilibrio.

Algunos psicólogos se han dado a la tarea de tratar de entender y de descubrir que es lo que se relaciona con la cirugía, y algunos hacen propuestas de intervención con el objetivo de disminuir niveles de ansiedad, estrés, depresión, etc. En este trabajo se procuro encontrar la mayor cantidad de información con

respecto al tema, hay que aclarar que la información es muy escasa y que tal vez algunos investigadores realicen una búsqueda y encuentren trabajos similares al tema, pero estos trabajos tienen objetivos como el de proponer intervenciones a una adherencia terapéutica en pacientes con tal cirugía, o trabajos donde se realiza un análisis de caso, no se está desmeritando esa información ni se hace de lado sino que hay que tener en claro que se está haciendo una revisión teórica de las evaluaciones psicológicas que existen en el área de cirugía.

Hay muchos trabajos bastantes buenos en cuanto a su contenido y punto de investigación e incluso muchos trabajos tuvieron un impacto sobre esta investigación para tomar este línea de investigación, haciendo cuestionamientos sobre lo que pasa en ese lapso de tiempo en el que una persona es ingresada al hospital para ser intervenido y el tiempo que permanece para su recuperación.

Las investigaciones que se han hecho con relación a la investigación de este trabajo es la cirugía bariátrica. En esta se han aplicado batería de pruebas psicológicas para determinar el estado psíquico de la persona postulada a cirugía. Desafortunadamente todavía no hay mucha investigación de esto en México sin embargo se comienza a tomar en cuenta esta situación, Blanca Patricia (2009) presenta un artículo en el cual hace referencia al trabajo que se está comenzando hacer en instituciones privadas. Hay que destacar que a pesar que es un trabajo donde se habla de mesas de trabajo maneja información muy destacada y que se debe de considerar. Una persona que pretende someterse a una cirugía de esta índole debe de estar en un equilibrio, a que se refiere con esto que no debe de presentar algún desorden alimentario, que no presente estado depresión y en algún momento identificar algún intento de suicidio, si es que la persona presente alguna de estas situaciones u otra que se menciona en la investigación se le rechazará para la cirugía.

Se puede ver como las evaluaciones psicológicas determinan el avance del proceso quirúrgico, pero esto solo se tiene por así decirlo todavía sobre la mesa son muy pocos los casos de hospitales donde se demuestra esta extraordinaria intervención psicológica. Hay otros países que también comienzan a tomar en cuenta esta situación de evaluar a las personas que son sometidas o van a ser sometidas a una cirugía, es el caso de Chile y Argentina, en este primero Carmen Rojas (2011) aplica una batería de pruebas para evaluar dos momentos de la cirugía lo correspondiente a la pre cirugía y post cirugía.

Los datos obtenidos en la pre cirugía demuestran datos como autoestima baja, depresión y ansiedad elevados y después de la cirugía en algunos pacientes presentaron autoestima elevado y disminución de estrés y ansiedad también se pudo observar mejoramiento en las relación laboral y social. Que nos dice esto que la cirugía a pesar de ser algo invasivo, ser un proceso el cual genera una marca, no tiene un impacto negativo si no que es favorable.

Hasta este punto con lo que se recabo de información se puede decir que a pesar de una escasa investigación en esta área existe información suficiente como para decir que es importante realizar una evaluación psicológica a pacientes que están a punto de ser sometidos a cirugía con la finalidad de encontrar factores psicológicos que pueden ser negativos para el sometimiento quirúrgico, que significa esto que si por medio de la evaluación se detectó niveles de estrés elevados estos pueden ser causantes de una nivel arterial alto o niveles de azúcar elevados por lo que una se podrá trabajar directamente con ese factor o factores por ya se tendrá la certeza de que factores están presentes dentro del paciente.

También hay que tomar en cuenta que esta participación debe de considerar el esquema médico, los tiempos de hospitalización que tiene el paciente, se debe de considerar otros factores que pueden ser estos factores: la disponibilidad del paciente así como las capacidades del mismo para poder llevar a cabo una

entrevista, factores que alteren la honestidad del paciente como el dolor ya que este puede influir para que la persona conteste cualquier cosa.

Hay que considerar muchos factores pero sin embargo se hace la invitación a realizar más estudios sobre esta índole y a general nuevas propuestas de análisis y de de investigación. Tal vez no se está consideran la magnitud que esto puede tener a corto o largo plazo, pero el hecho de hacer este tipo de investigaciones o intervenciones podemos contribuir al mejoramiento del servicio en cirugía que se puede ver reflejado en una mejor atención, en el aumento de personas atendidas, en la disminución de tiempo que pasa una persona hospitalizada y esto se puede ver reflejado en el mejoramiento de otras áreas dentro del hospital.

6. BIBLIOGRAFÍA

Abrev, L. M., & Pérez Vela, J. (2008). Cirugia para el Estudiante y el Médico General. México: Mendez Editores.

Agudelo Vélez, D. M. (2008). Evaluación de la depresión en pacientes

APA. (1976). Recuperado el Junio de 2013, de <http://www.apa.org/about/index.aspx>

Becerra Millan, E. A. (20 de Abril de 2006). Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública Salud. Recuperado el Sabado de Mayo de 2013, de Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública Salud: <http://www.diputados.gob.mx/cesop/Comisiones/salud.htm>

Benavente, T. (1969). Historia de los Indios de la Nueva España. México: Porrúa.

Bernstein, D. & Nietzel, M. (1994) *Introducción a la psicología clínica*. (p.3-57) México, D. F.: Ed. McGraw- Hill.

Buela, G.; Caballo, V.; Sierra, J. (1996) *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. (p. 1-10) Ed. Siglo Veintiuno.

Buendía, J. (1999) *Psicología clínica perspectivas actuales*. (p. 17-31) Ed. Pirámide.

Caycedo B., M. L. (2005). Estudio descriptivo- exploratorio del trastorno depresivo mayor: aproximaciones psicológicas y sociodemograficos de pacientes hospitalizados en la Clinica Psiquiatrica Nuestra Señora de la Paz. 515-528.

Clavijero, F. J. (1974). Historia antigua de México. Mexico: Porrúa.

Cullari, S. (2001) *Fundamentos de psicología clínica*. (p. 1-24) Ed. Pearson.

Delgadillo Hernández, A. O. (2012). Fundamentos familiares de adolescentes con leucemia. *Psicología Iberoamericana* , 48-62.

Fajardo Ortiz, D. G. (1979). La atención medica en México. México.

Fernández, A. (2006). Transmisión de emociones, miedo y estres infantil por hospitalización. *International Jourdan of Chinical and Health Psychology* , 631-645.

Garfield, S. (1979) *Psicología clínica*. (p. 1-27) Ed. Manual moderno.

Hernández Sampieri, R. (1991). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw-Hill.

hospitalizados por distintas enfermedades médicas en la ciudad de Bucaramaga. 59-83.

Jurado, S., Villegas, L., Méndez, F. y Rodríguez, F. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3). Disponible en línea: www.inprf_cd.org.mx (Recuperado el 27 de abril, 2010).

Lea, B. (2003). Cancer y familia: aspectos técnicos y terapéuticos. *International Jourdan of Chinical and Health Psychology* , 505-520.

León Castro, A., & Salazar Vargas, C. (2008). Valoración psicológica preoperatoría en pacientes sometidos a cirugía cardiovascular. *Revista Costarricense de Cardiología* , 11-15.

López Dominguez, O. (1997). *Gestion de pacientes en el hospital. El servicio de admisión y documentación clinica*. Madrid: Olalla Ediciones.

Morley, S. G. (1972). La civilización maya. México: Fondo de Cultura Económica.

OMS. (Noviembre de 2013). Recuperado el 16 de Enero de 2014, de http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=category&id=747&Itemid=296

Peinado, J. (1978) *Psicología clínica*. (p. 1-45) Ed. Porrúa México.

Pérez, A. (1981) *Psicología clínica*. (p. 30-35) Ed. Trillas.

Phares, E. (1996) *Psicología clínica: conceptos, métodos y práctica*. (p. 9-18) Ed. Manual moderno.

Rodriguez Ibarra, A. C. (2004). Intervención familiar para el manejo psicológico en pacientes oncológicos con mal pronóstico en el hospital de la Misericordiosa. *Revista Colombiana de Psicología* , 90-101.

Rojas C., E., Alvarado A., S., Calderón F., E. y Ochoa A., S. (2008). Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes en aislamiento por trasplante de médula ósea. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 2(7), 40-44.

Rojas, C. (2011). Descripción de manifestaciones ansiosas, depresivas y autocepto en pacientes obesos mórbidos, sometidos a cirugía bariátrica. *Revista Chilena* , 571-578.