



**UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO**  
**Carrera de Psicología**

**“VIVENCIAS ANSIOSAS/ANGUSTIOSAS ASOCIADAS AL  
PROCESO QUIRURGICO, EN ADOLESCENTES DE 12 A 16  
AÑOS, QUE SERAN SOMETIDOS A UNA CIRUGIA EN UN  
HOSPITAL PEDIATRICO DE LA REGION  
METROPOLITANA”.**

**Profesora Guía**

Marianella Abarzúa

**Metodólogo**

Francisco Kamann

**Alumnas**

Carolina Gac

Lady Hernández

**Tesina para optar al grado de Licenciado en Psicología**

Santiago, Diciembre 23 de 2010

## RESUMEN

Las cirugías siguen representando hoy en día un indudable evento estresante, que marca la vida de una persona, sea niño/niña, adolescente o adulto, pues constituyen una fuente de estrés psicológico que posiciona al paciente ante una situación muchas veces desconocida, alrededor de la cual se generan altos montos de angustia/ansiedades. Las cuales, la mayoría de las veces, tienen que ver con la muerte, la anestesia, el dolor, la separación con la familia y la hospitalización, además de vivencias como la pasividad y dependencia.

En este contexto, los pacientes deben apelar a sus recursos personales para hacer frente a la realidad de la enfermedad orgánica y a la cirugía, e intentar sortear de la mejor forma la situación quirúrgica.

Las vivencias surgidas de este contexto son las que nos ocupan en la presente investigación, donde se busca, a través de los relatos de pacientes adolescentes, acercarse a las significaciones, sentimientos, pensamientos y defensas que dan origen a la vivencia particular de cada sujeto en su calidad de paciente quirúrgico, y en este caso también de adolescente.

Para llevar a cabo lo antes planteado, este estudio utiliza un enfoque de tipo cualitativo, cuya metodología de análisis de la información es el Análisis de Contenido, más específicamente el Análisis Cualitativo por Categorías, descrito por Echeverría (2005). Esta perspectiva de trabajo, permitirá recoger fielmente las narraciones de los adolescentes. Dando a su vez, la posibilidad de llevar a cabo uno de nuestros mayores intereses, que es reincorporar las voces y experiencias de los pacientes adolescentes que se someterán a una intervención quirúrgica.

Como consecuencia de esta perspectiva, y como se podrá observar en el acápite de los análisis y conclusiones, se evidencia una profunda necesidad en los pacientes adolescentes de una instancia de escucha que posibilite el trabajo psíquico en torno a las angustias/ansiedades provocados por la cirugía.

**PALABRAS CLAVE:** intervención quirúrgica, angustia/ansiedad, adolescencia.

*A nuestras familias, por su apoyo y dedicación.*

*A nuestros compañeros de la vida, quienes  
aguantaron y acompañaron  
nuestras interminables horas de trabajo.*

*Al nuevo Ser que viene en camino.*

## AGRADECIMIENTOS

Esta investigación surge dentro del espacio de nuestra práctica profesional, donde se nos presentó la posibilidad de acercarnos al lejano mundo de la cirugía. Durante este proceso que fue próximo al año, pudimos observar y participar de la preparación que se hacía a niños y adolescentes para el ingreso a la instancia quirúrgica. Este fue un tiempo de muchos aprendizajes, donde por una parte, accedimos a la praxis de la preparación quirúrgica, al igual que a un contacto cercano y permanente con los pacientes que requerían de una intervención, y por otra a una preparación teórica que podríamos denominar como autodidacta, la cual nos empujó a querer aportar al incipiente nacimiento de la psicoprofilaxis en nuestro país.

Pero esta iniciativa no se hubiese podido concretar sin la ayuda y guía de distintas personas. Por eso queremos agradecer en primera instancia a Marianella Abarzúa, quien con profunda dedicación y compromiso, nos acompañó durante el proceso de reestructuración de nuestra tesina. Le agradecemos infinitamente sus consejos y correcciones, las cuales nos ayudaron a llegar al lugar que queríamos.

De igual forma, agradecemos al profesor Francisco Kamman, quien nos orientó y escuchó en algunos de nuestros momentos de angustia. Gracias por tomar en serio nuestra propuesta y por brindarnos la confianza que muchas veces nosotras no tuvimos.

También agradecer a todos los profesores que dejaron una huella en nuestra formación como psicólogas, de ustedes aprendimos la valoración y el respeto por la persona en su calidad de paciente.

Un agradecimiento especial surge para cada uno de los pacientes que participaron de este estudio, quienes quisieron cooperar gratuitamente en nuestro trabajo, abriendo experiencias muchas veces dolorosas, a ellos va dedicado este estudio.

Agradecer también a quizás uno de los más grandes apoyos, a nuestras familias, quienes de distintas formas nos han acompañado en nuestro recorrido universitario. Hacia ustedes va una gratitud profunda, que proviene de la gratitud por la vida, por darnos la vida.

Por último, agradecer a nuestros compañeros de camino, quienes con paciencia y amor han acompañado este proceso, gracias por la compañía y la presencia.

## INDICE

	Páginas
<b>1. INTRODUCCION</b>	<b>11-20</b>
1.1 Antecedentes	11-15
1.2 Planteamiento del Problema	15-18
1.3 Aportes y Relevancias	18-20
1.3.1 Relevancia Práctica	18-19
1.3.2 Relevancia Teórica	19
1.3.3 Relevancia Social	20
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>21-22</b>
<b>2.1 General</b>	<b>21</b>
<b>2.2 Específicos</b>	<b>21-22</b>
<b>3. MARCO TEORICO</b>	<b>23-57</b>
<b>3.1 PSICOLOGIA DE LA SALUD</b>	<b>25-34</b>
3.1.1 Objetivos de la Psicología de la Salud	26-27
3.1.2 Modelos en Psicología de la Salud	27-30
3.1.3 Perspectiva de intervención desde la Psicología en el Sistema de salud	30-34
<b>3.2 PSICOPROFILAXIS</b>	<b>35-40</b>
3.2.1 Psicoprofilaxis y la Instancia Quirúrgica	35-38
3.2.2 Campo y Niveles de Aplicación	38-40
3.2.3 Concepto de Ansiedad dentro del Contexto de la Psicoprofilaxis	40
<b>3.3 ANSIEDAD/ANGUSTIA</b>	<b>41-49</b>
<b>3.4 ADOLESCENCIA</b>	<b>50-57</b>



<b>5.2.1.3 Pensamientos asociados a la intervención</b>	<b>88-94</b>
<i>5.2.1.3.1 Todo va a salir bien</i>	88-89
<i>5.2.1.3.2 Quiero operarme</i>	89-90
<i>5.2.1.3.3 Nadie sabe qué va a pasar</i>	90-92
<i>5.2.1.3.4 Hay que aceptar lo que a uno le tocó</i>	92-93
<i>5.2.1.3.5 Las cosas pueden salir mal</i>	93-94
<b>5.2.1.4 Significaciones asociadas a la intervención</b>	<b>95-99</b>
<i>5.2.1.4.1 Cada intervención es distinta</i>	95-96
<i>5.2.1.4.2 Reacciones provocadas ante el aviso de la intervención</i>	96-97
<i>5.2.1.4.3 Las operaciones me han dado varias cosas</i>	97-98
<i>5.2.1.4.4 Creo que después de que me operen voy a poder estar bien</i>	98-99
<b>5.2.1.5 Recursos Personales</b>	<b>99-102</b>
<i>5.2.1.5.1 Fuerza de voluntad</i>	99-100
<i>5.2.1.5.2 Ganas de seguir luchando</i>	100-101
<i>5.2.1.5.3 Reflexiones surgidas a partir de la intervención</i>	101-102
<b>5.2.1.6 Defensas Desplegadas</b>	<b>102-106</b>
<i>5.2.1.6.1 Maníacas</i>	102-103
<i>5.2.1.6.2 Intelectualización</i>	104-105
<i>5.2.1.6.3 Formación Reactiva</i>	105-106
<b>5.2.1.7 Ansiedades atinentes al proceso de adolescencia</b>	<b>107-110</b>
<i>5.2.1.7.1 Cambios Físicos</i>	107-108
<i>5.2.1.7.2 Construcción de la Identidad</i>	108-110
<b>5.2.2 Análisis de Categorías</b>	<b>111-121</b>
<i>5.2.2.1 Vivencias asociadas a la intervención</i>	111-112

<i>5.2.2.2 Sentimientos asociados a la intervención</i>	<i>112-114</i>
<i>5.2.2.3 Pensamientos asociados a la intervención</i>	<i>114-115</i>
<i>5.2.2.4 Significaciones asociadas a la intervención</i>	<i>116-117</i>
<i>5.2.2.5 Recursos personales</i>	<i>117</i>
<i>5.2.2.6 Defensas desplegadas</i>	<i>118-120</i>
<i>5.2.2.7 Ansiedades atingentes al proceso de adolescencia</i>	<i>120-121</i>
<b>6. CONCLUSIONES</b>	<b>122-125</b>
<b>7. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>126-132</b>
<b>8. ANEXOS</b>	<b>133-161</b>
8.1 Consentimiento Informado para Participantes de Investigación	134
8.2 Guión de Entrevista	135
8.3 Entrevistas	136-161

## **1. INTRODUCCION**

### **1. 1 Antecedentes**

Durante el transcurso del siglo XX el campo de la psicología se ha expandido desde la psicología clínica más ortodoxa a nuevos escenarios que antaño eran impensables para esta disciplina. Hoy la presencia de psicólogos en distintos espacios de la sociedad ha dejado de ser una opción y se ha convertido en una necesidad.

Es posible pensar que esta inserción surge desde las nuevas miradas que se generan en el campo de la salud y las ciencias sociales durante los últimos años, donde se acepta la idea de hombre como una unidad en la que se conjuga lo biológico, lo psíquico y lo social. A partir de este nuevo paradigma surge, en el campo de la medicina, según Franz Alexander (1943), la concepción de que el paciente es un ser humano con sus angustias, temores y esperanzas, es decir, un todo indivisible. Estas ideas vuelcan el interés de los especialistas de la salud hacia los aspectos psicológicos del paciente que puedan influir en su estabilidad orgánica. Permitiendo de paso la reciente inclusión de los psicólogos en espacios tan lejanos de su quehacer y setting terapéutico, y ubicarlos en áreas como la salud física y también la cirugía.

Desde esta perspectiva, se puede entender que el campo médico comience a ser habitado por lo psicológico. Este habitar, podríamos decir entonces, se genera a partir de una promesa, es decir, de un proyecto que se sostenía en la exclusión de la visión de paciente sólo como un órgano enfermo al que se debía tratar, para dar paso a la integración de la subjetividad (Uzorskis, 2002).

Este proyecto, por lo tanto, requería dejar a tras el reduccionismo imperante en una medicina organicista y cientista, donde importaba sólo aquello que pasaba por la experimentación y verificación (ob. Cit.). Y desde donde la mirada médica reducía al paciente a la condición de puro cuerpo orgánico, dirigiendo la mirada del especialista de la salud hacia su objeto de estudio que es el cuerpo, sin detenerse a mirar el rostro del paciente, es decir, su individualidad. Como bien plantea Malherbe (1993), lo deplorable y totalmente criticable de esa ciencia médica es que imponía un sujeto global, el cual era atravesado por el discurso de la anatomía, quien fue a la vez la encargada no sólo de delimitar el objeto de estudio de lo médico, sino también de demostrar el aspecto físico universal del ser humano (Uzorskis, 2002).

Desde un intento positivo de mirar la medicina, podríamos tener el impulso de decir que esta realidad reduccionista del sujeto ha dado paso, con el trascurso de los años y los avances de la ciencia, a un discurso más integrativo como planteaba Alexander. Sin embargo, la realidad de la praxis médica nos muestra lo contrario. Esta revela, más bien, cómo la medicina moderna ha reproducido el discurso reduccionista de antaño, intentando solaparlo con la perspectiva de lo bio-psico-social. No obstante, aún en nuestros días podemos constatar la desaparición del enfermo como sujeto y la forma en la que destaca la enfermedad como una entidad en sí misma, quedando como resto, a un costado de la enfermedad, la subjetividad, es decir, la manera singular con que cada sujeto puede portar ese padecimiento (ob. Cit.).

El espacio de la cirugía, que es parte importante de lo que nos ocupa en esta investigación, se ha desarrollado también dentro de las lógicas medico-científicas a las que hemos hecho referencia en los párrafos anteriores.

Desde sus inicios, la intervención quirúrgica ha permitido a los cirujanos y médicos conocer empíricamente el funcionamiento de la máquina humana, así recordamos la pintura de Rembrandt *La Lección de Anatomía* (1632), en la cual se “puede advertir que todas las miradas convergen en un punto que es la parte abierta del cadáver señalada por el profesor. Ninguna mirada se dirige al rostro del muerto, sí al objeto de estudio, al interior del organismo” (Uzorskis, 2002, p. 21). Esta forma de proceder de la cirugía se sigue manteniendo, el cirujano en su calidad de especialista se acerca al cuerpo del paciente para observar qué lugar necesita de reparación. Sin considerar las emociones o sentimientos que este evento representa para el paciente adulto o pediátrico. Estos aspectos son delegados al psicólogo, quien se inserta en el territorio médico, con la exigencia de desplegar una “compleja clínica, que debe ocuparse justamente de aquello que, desde su base conceptual, descarta el discurso medico-científico: la subjetividad” (ob. Cit. P.11).

Para responder a las necesidades anteriormente planteadas, en lo que respecta al contexto médico, éste ha potenciado, como ya hemos mencionado, la inserción de psicólogos en los espacios preoperatorios, pabellón y postoperatorio. Con el fin de disminuir las reacciones de tipo ansiosas, que dificultan el quehacer médico, y que generan a largo plazo un aumento en los costos de recursos económicos y humanos, ya que un paciente que tiene un aumento en su nivel de ansiedad es un

paciente que necesita mayor cantidad de anestesia y que posiblemente requiera la intervención de más personal al momento de la operación, sin considerar los costos postoperatorios que también se ven afectados como veremos más adelante.

La psicología, por su parte, ha respondido a la demanda médica mediante la implementación de programas de apoyo psicológico pre y post quirúrgico, más conocidos como psicoprofilaxis quirúrgica, la cual busca responder a una necesidad real de preparación adecuada para los pacientes que serán sometidos a una intervención invasiva. En este sentido, según perspectivas de carácter cognitivo, la preparación psicológica debiese busca principalmente acompañar y facilitar al paciente, a través de la mediación y psicoeducación, la situación pre y post quirúrgica. De igual forma, apunta a disminuir los niveles de ansiedad generados por el aviso de la cirugía.

Se desprende de la perspectiva planteada en el párrafo anterior, la concepción de ansiedad como una respuesta emocional o patrón de respuestas que engloba aspectos cognitivos displacenteros, aspectos fisiológicos, caracterizado por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad, en este sentido, puede ser elicitada tanto por estímulos externos o situacionales, como por estímulos internos al sujeto (respuestas anticipatorias), que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes (Tobal, 1990). A estos se les suma también los temores que tienen que ver con la muerte, la anestesia, el dolor, la separación con la familia y la hospitalización, además de vivencias como la pasividad y dependencia.

La puesta en marcha de proyectos de este tipo ha tenido gran éxito en países como Estados Unidos y Argentina, sin embargo, en nuestro país aún no se han realizado iniciativas de este tipo, ni para adultos ni para pacientes pediátricos (incluidos aquí los adolescentes). La única experiencia relativa a este tipo de intervenciones en territorio nacional, ha sido realizada en el Hospital Pediátrico Luis Calvo Mackenna.

## **1.2 Planteamiento del Problema**

Considerando, por una parte, que las cirugías representan un indudable evento estresante que marca la vida de una persona, sea niño/a, adolescente o adulto, y que constituyen una fuente de estrés psicológico que posiciona al paciente ante una situación muchas veces desconocida, alrededor de la cual se generan angustias. Y que por otra, el discurso médico-quirúrgico imperante tiende a la reducción del paciente singular a un elemento general y abstracto, despojándolo de su carga dramática y, por lo tanto, de su individualidad; es que se hace necesario pensar en la generación de espacios en los que se facilite la tramitación de las vivencias ansioso/angustiosas generadas por la realidad quirúrgica. Ya que hasta el momento los pacientes han debido apelar a sus propios recursos emocionales para hacer frente a la realidad de la enfermedad orgánica y a la cirugía, intentando sortear con mayor o menor éxito las exigencias de las situaciones que engloba la cirugía (pre- operatorio, intervención y post-operatorio).

Los restos del discurso reduccionista al que hemos hecho referencia, y del cual nuestro sistema de salud es heredero, ha convertido al paciente en un organismo a

reparar, a recomponer y restablecer en su equilibrio de acuerdo con las pautas dominantes que imperan en el contexto médico actual (Uzorskis, 2002). De este modo, prácticamente desaparece el caso a caso, se borra de cierta forma la subjetividad, acallando el sufrimiento y la angustia del paciente en tanto ser individual.

Desde esta perspectiva, y tomando en cuenta la realidad de lo médico en nuestro país, podríamos pensar que el discurso actual de la salud ha logrado la primacía de la enfermedad por sobre el enfermo. Sin embargo, los pacientes o usuarios de los sistemas de salud, manifiestan cada vez más lo que el discurso científico ha intentado relegar a un segundo lugar. Las manifestaciones de lo subjetivo, y en este sentido de la angustia, aparecen de diversas formas, traducándose en reclamos, insatisfacción o de un modo más silencioso, en temores y fantasías sobre las intervenciones médicas (ob. Cit.). Estas expresiones de los usuarios dan cuenta de una necesidad concreta del paciente de ser escuchado y considerado en su individualidad.

La psicología se da cuenta de esta necesidad, sin embargo, ciertas iniciativas para hacerle frente se configuran a través de un marco de trabajo que, si bien busca dar respuesta al malestar del enfermo, se traduce sólo en una especie de estandarización de reacciones que se pueden dar en el paciente quirúrgico, sirviendo al profesional como guía para su identificación. Lo cual nos parece un primer acercamiento positivo, en tanto primera aproximación. Sin embargo, ante estas incipientes intervenciones surge la pregunta, ¿qué pasa nuevamente con la voz y la vivencia individual del paciente quirúrgico? Al parecer sigue siendo

obviada, incluso por aquel profesional que estaría preparado para escucharla. Pues con la inserción de la psicología en el campo médico, y en un afán que podría pensarse como intento de validación, ésta al parecer ha perdido de vista su objetivo principal que es escuchar la voz del paciente, ya sea adulto, adolescente o niño/niña.

Por lo tanto, podemos advertir que existe un reclamo de los pacientes (y de sus familias) que se traduce en la exigencia de un profesional capaz de contenerlos y ayudarlos a afrontar las complejas situaciones que se presentan actualmente en el campo asistencial. Pues aún en los modernos pabellones quirúrgicos reaparecen las manifestaciones más primitivas del psiquismo ante la evidencia de la soledad y la muerte. Retorna allí, sin atenuantes, la vivencia más arcaica del desamparo inicial.

Para paliar o acompañar ese momento crucial no existe ningún artefacto producido por la ciencia que pueda dar alivio al sufrimiento y a la angustia como vivencias psíquicas. Solo aparece “la demanda de una presencia humana para escuchar el sufrimiento del que padece, una palabra que alivie, una mirada o una caricia, estas manifestaciones mantiene su plena vigencia en un lugar donde predomina lo tecnológico” (Uzorskis, 2002. p. 15).

Dentro de este interés por “devolver” la voz al paciente, en este caso quirúrgico, es que se configura nuestro interés por investigar cómo enfrentan los adolescentes la angustia generada por la noticia de una intervención quirúrgica, considerando las particularidades de la etapa en la que se encuentran, donde los cambios corporales y búsqueda de identidad marcan el camino hacia la adultez. Este interés

nace principalmente desde la exhaustiva revisión bibliográfica que hemos realizado, donde es posible encontrar una vasta cantidad de investigaciones (extranjeras) con respecto a las intervenciones quirúrgicas en adultos y principalmente en niños. Sin embargo, información con respecto a los adolescentes que se encuentran en este tipo de situación es escasa, más desde el enfoque cualitativo desde donde planteamos esta investigación.

Por otra parte, las condiciones que hemos expuesto en torno al paciente en el contexto hospitalario se mantienen para el enfermo adolescente, es más, podríamos pensar que se refuerzan. Pues si pensamos en un sistema que no valida la expresión de un adulto en calidad de paciente, menos escuchará las manifestaciones que exprese un sujeto que no es concebido por este medio como sujeto de palabra.

Es por esto, que nos parece de profunda relevancia preguntarnos ¿Cómo vivencian la angustia (o ansiedad) asociada al proceso quirúrgico los adolescentes de 12 a 16 años, que serán sometidos a una cirugía en un Hospital Pediátrico de la Región Metropolitana?

### **1.3 Aportes y Relevancias**

#### ***1.3.1 Relevancia Práctica***

La ansiedad es una respuesta transversal en los pacientes que se someterán a una cirugía, debido a esto la gran mayoría de los estudios sobre pacientes quirúrgicos o psicoprofilaxis la tienen como principal foco de atención (D´Alvia, 2001). Es recurrente encontrar investigaciones que buscan establecer tipologías sobre la

ansiedad, o que se focalizan en la identificación de aspectos fisiológicos de la ansiedad que se relacionan con la cirugía, también están las que buscan medir el nivel en el que se presenta en el paciente pronto a operarse. Sin embargo, muy pocas investigaciones se interesan por indagar en las vivencias de los pacientes en torno a la situación quirúrgica. En este sentido, el plano psicológico es marginado, relegado a un segundo lugar, a pesar de la evidencia teórica que respalda la importancia de integrarla a la preparación quirúrgica. A partir de estas observaciones, y según nuestra perspectiva, se hace de suma relevancia realizar un acercamiento profundo a la ansiedad y a su relación con la instancia quirúrgica, pero esta vez desde una perspectiva psicológica que no pase por alto las experiencias y vivencias actuales y pasadas del paciente. Y así poder posicionar al paciente en el lugar de portavoz de su propio dolor.

### ***1.3.2 Relevancia Teórica***

Por otra parte, una investigación de este tipo ayuda a abrir el campo de la psicoprofilaxis quirúrgica en nuestro país, ya que las investigaciones con respecto a este tema provienen del extranjero, como ya hemos mencionado, lo cual hace que no existan producciones teóricas que respondan a la realidad cultural, económica, médica y psíquica de nuestro país. Y que puedan ser utilizadas en la conformación de proyectos que se enfoquen en la preparación pre y post quirúrgica de los pacientes del sector público o privado de nuestro país.

Así mismo, este proyecto investigativo puede ser un aporte para posteriores psicólogos que se interesen por el estudio y abordaje terapéutico de esta nueva área de trabajo.

### **1.3.2 Relevancia Social**

Una perspectiva de trabajo como la que presentamos, resulta bastante ambiciosa si la contrastamos con la realidad del sistema médico nacional. Sin embargo, intervenciones como la presente investigación pueden servir de ensayo para posteriores intentos de modificar e instalar en el espacio médico una mirada más integrativa del enfermo, en donde no se pase por alto su subjetividad y que por lo tanto se apueste por una recuperación integral. Así se pasaría del bienestar micro al macro, es decir, a través de un proyecto que resulta focalizado en las vivencias individuales se puede obtener resultados globales, ya que estos pacientes al estar asistidos en sus necesidades físicas y emocionales, como plantea D'Alvia (2001), su recuperación sería más rápida y eficaz, llevando a un óptimo desempeño tanto al sistema público como privado de salud.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo General**

Explorar y analizar las vivencias ansiosas/angustiosas asociadas al proceso quirúrgico, en adolescentes de 12 a 16 años, que serán sometidos a una cirugía en un Hospital Pediátrico de la Región Metropolitana.

### **2.2 Objetivos Específicos.**

- 2.2.1 Describir las vivencias asociadas a la intervención actual, y a las pasadas si existiesen.
- 2.2.2 Describir sentimientos asociados a la intervención quirúrgica actual, y pasadas si las hubiesen.
- 2.2.3 Describir pensamientos asociados a la intervención quirúrgica actual, y pasada si las hubiese.
- 2.2.4 Identificar las significaciones asociadas a la intervención quirúrgica actual y pasada si las hubiese.
- 2.2.5 Identificar los recursos personales del paciente para hacer frente a la situación angustiosa/ansiosa de la cirugía.
- 2.2.6 Identificar las defensas desplegadas por el paciente ante la situación angustiosa/ansiosa de la cirugía.

2.2.7 Conocer en qué medida las ansiedades evocadas por la intervención quirúrgica se relacionan con problemáticas atinentes al proceso de adolescencia.

### 3. MARCO TEORICO

Al parecer, en la actualidad estamos en condiciones de aseverar que los estados psicológicos influyen en nuestra salud. Los sentimientos y emociones pueden tener efectos positivos o negativos en nuestro bienestar físico. En este sentido, la medicina y también la cirugía, a pesar de sus innegables avances tecnológicos y teóricos, aún no han logrado por sí mismas lidiar con la influencia de los distintos estados psíquicos del paciente en el proceso mismo de la cirugía y su recuperación. Las emociones, la conciencia corporal, el estrés, la angustia y la preocupación, por nombrar algunos, son estados psicobiológicos que surgen en el paciente enfermo y que no se pueden obviar durante su estancia hospitalaria.

Por lo tanto, el estudio y la comprensión global de estos estados psicobiológicos, donde se interceptan cuerpo y mente, es parte del terreno de la psicología, como ciencia que estudia los procesos mentales, cognitivos y emotivos internos de los individuos. Bajo esta perspectiva, y para pertinencia de esta tesina, es que el marco teórico que sustenta nuestra investigación comenzará por tomar el sustento teórico que proporciona la psicología de la salud en respuesta a la necesidad de una mirada integral del paciente en el sistema hospitalario. Para después dar paso a la respuesta ofrecida a estas inquietudes, es decir la psicoprofilaxis quirúrgica, desde donde se podrá abordar de manera coherente el fin último de esta investigación, que tiene relación con las ansiedades gatilladas a partir de las intervenciones quirúrgicas. Por esto se hará también una revisión en torno a la ansiedad en relación con la intervención quirúrgica, para dar un último paso hacia algunas consideraciones esenciales con respecto a la adolescencia, la cual se hace

necesaria para caracterizar, comprender y posteriormente analizar, cómo se vive el proceso de la cirugía en esta etapa del ciclo vital.

### 3.1 PSICOLOGIA DE LA SALUD

*“Se trata de una muy compleja clínica que se despliega en territorio médico, no siendo médicos y tratando de ocuparse justamente de aquello que, desde su base conceptual, descarta el discurso médico-científico: la subjetividad”*

*B. Usorskis.*

La psicología tradicionalmente ha abordado la salud en el ámbito de lo mental y desde la intervención clínica. Sin embargo, como hemos revisado, en las últimas décadas se han presentado cambios producto, primero de la emergencia de la salud como un proceso biopsicosocioambiental, y segundo gracias al desarrollo de importantes técnicas y programas de intervención que tienen un abordaje desde un énfasis cognitivo, respecto a las formas que tienen las personas para acercarse a su propia salud e igualmente a la forma como las instituciones de salud entienden los procesos relacionados a la enfermedad.

Al estar la psicología inmersa en las instituciones de salud (pública y privada), hace que estas busquen cada vez más acercarse a un modelo que logre integrar los factores biológicos, cognitivos, culturales y socioambientales. Lo cual coincide plenamente con lo promulgado por la Organización Mundial de la Salud, que define la salud como un estado de bienestar completo, físico, mental y social y no solamente como la ausencia de enfermedad o dolencia (OMS, 1964). Esta definición subraya la naturaleza biopsicosocial de la salud y pone de manifiesto lo que hemos planteado a lo largo de esta investigación, es decir que la salud es más que la ausencia de enfermedad.

Desde esta perspectiva, la psicología de la Salud se define como el conjunto de contribuciones de tipo educativo, científico y profesional para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la enfermedad y las disfunciones relacionadas, igualmente que para la mejoría del sistema de asistencia y formación en políticas de salud (Matarazzo, 1980).

Esta definición es completa y central en la conceptualización del campo, sin embargo, la psicología de la salud ha ido más allá, haciendo toda una serie de desarrollos propios a nivel teórico y de estrategias de intervención, lo cual además de darle una fundamentación epistémica de su objeto de estudio, le permite manejar un criterio de identidad práctica en el campo de la salud, y en los diferentes niveles del sistema. Ella se desenvuelve en un marco de interacción con otras ciencias y disciplinas que también se ocupan de la salud (sociales y biomédicas), buscando llegar a la construcción de una conceptualización integral del proceso salud-enfermedad en el marco del modelo biopsicosocioambiental y teoría de sistemas, teniendo como base la conceptualización propia y desarrollando una serie de estrategias de intervención a partir de este marco conceptual y de los aportes de la psicología general.

### **3.1.1 Objetivos de la Psicología de la Salud:**

Con respecto a los objetivos de la psicología de la salud, vamos a encontrar que se hace hincapié en tres aspectos fundamentales: Primero, en aumentar la salud y bienestar de las personas. Segundo, prevenir las enfermedades, y por último

buscar un mejor funcionamiento en aquellos casos en donde se vean implicados también trastornos de tipo psicológico (Luzoro, 1999).

Para el logro de los objetivos anteriormente planteados, se debe considerar variables como: el control del estrés, el aprendizaje o eliminación de comportamientos que favorezcan o que perjudiquen a la salud, y la modificación de respuestas concretas de conductas ambientales para cada trastorno (ob. Cit.).

### **3.1.2 Modelos en la Psicología de la Salud**

Bajo las perspectivas ya planteadas y los objetivos antes mencionados, Luzoro (1999) plantea ciertos modelos en psicología de la Salud, que nos dan un marco referencial para saber por dónde empezar, qué pasos seguir, y qué técnicas necesitamos utilizar para intervenir en el contexto hospitalario. El autor plantea un modelo integral para la intervención en la psicología de la salud, el cual se desarrolla a partir 6 modelos que presentamos a continuación:

#### ***1) Modelo Cognitivo – Social***

Asociados a los trabajos de Bandura, da importancia a los efectos del ambiente social y las cogniciones sobre la conducta y la influencia recíproca entre ellos. Este modelo ha tenido éxito en la Psicología de la salud, especialmente con los conceptos de expectativa de autoeficacia, lo cual se refiere a las creencias y habilidades que tienen los pacientes para ejecutar una conducta determinada, y de expectativa de resultado, que se refiere a la creencia de que la conducta puede producir los cambios deseados.

Elementos de este modelo forman parte también de otros modelos y técnicas que se usan en la Psicología de salud.

### ***2) El Modelo de Creencias en Salud***

Este modelo se basa en la noción de que el cambio hacia una conducta saludable está guiado por las creencias del individuo, específicamente por lo que se denomina la expectativa de valor, lo cual se refiere a que las personas van a cambiar su conducta si ésta resulta en algo valorado para ellos y tienen la expectativa de que pueda alcanzarse un buen resultado.

Variables adicionales del modelo toman en consideración las creencias que tienen las personas con respecto a si son susceptibles de enfermarse, si visualizan la enfermedad como grave, o si estiman que el comportarse de manera saludable o preventiva va a resultar más beneficioso que el costo involucrado en adoptar la conducta.

### ***3) La Teoría de Acción Razonado (planeada)***

Asociada a los planteamientos de los psicólogos Ajzen & Fishbein (1975), si bien no nació de un interés específico en la salud, nos ayuda a entender cómo una persona llega a tomar una decisión para realizar cierta acción.

Este modelo nos dice que la mejor forma de predecir la conducta es conocer las intenciones de una persona. Una intención representa un compromiso de la persona para actuar de cierta manera y es un fuerte predictor de la conducta manifiesta. Las intenciones son influenciadas por las actitudes, normas subjetivas

y las percepciones provenientes de las presiones sociales, por ello no se considera como un modelo que por sí solo puede explicar conductas preventivas.

#### ***4) Modelo de Reducción de Riesgo***

Las intervenciones conocidas como de reducción de factores de riesgo conductual, intentan lograr un cambio de actitudes y motivar a la persona a desarrollar habilidades conductuales que reduzcan el riesgo, aumentando de paso la percepción de autoeficacia para iniciar y mantener los cambios comportamentales deseados. Para lograr el cambio se usan técnicas tanto de la psicología social, como cognitivas-conductuales.

Asimismo, se intenta crear una red de apoyo social que refuerce las conductas preventivas o de bajo riesgo.

#### ***5) Modelo Transteórico del Cambio Conductual***

Este modelo se focaliza en las condiciones que hacen posible el cambio. La observación de individuos que están tratando de cambiar por sí solos, sin ayuda profesional, nos enseña que las personas progresan de una manera gradual, continua y a través de un proceso dinámico de 5 etapas, a medida que tratan de reducir o eliminar conductas riesgosas. El modelo nos sugiere que hay que diseñar estrategias de cambio que estén de acuerdo a las características de los sujetos a los cuales están dirigidas.

El modelo evalúa la etapa o el estadio en el cual se encuentra la persona en términos de su "intención hacia el cambio", examina las ventajas y las desventajas del cambio, y la habilidad de la persona para ejecutar el comportamiento necesario

que lo lleve a mantener un cambio duradero de la conducta deseada. La prevención de la recaída se ve como parte de la última etapa de mantenimiento.

#### **6) *El Modelo Integrativo***

Está basado en las ideas de Bandura y del conductismo skinneriano. Intenta integrar la psicología de la salud con la salud pública. Es un modelo que pretende enfocarse hacia la comunidad y no hacia problemas individuales.

Define el problema usando indicadores epidemiológicos y de psicología, y su forma de aproximarse a los problemas es multidisciplinario y multinivel. Lo crítico, según este enfoque, es comprender el estilo de vida y los factores conductuales dentro del entorno en el cual se dan.

Las primeras fases del análisis incluyen tanto el nivel personal como el nivel interpersonal. Hay un tercer nivel donde se considera el ambiente social más inmediato. Un cuarto nivel considera los aspectos institucionales, sociales, culturales, políticos y económicos, como clases de factores que afectan la conducta. Este modelo es complejo y se considera como un modelo de planeación.

#### **3.1.3 *Perspectivas de intervención desde la psicología en el sistema de la salud***

Una vez revisados los modelos de intervención que plantea la Psicología de la Salud, nos parece importante entender de forma más profunda su quehacer, para lo cual revisaremos a continuación las áreas de trabajo que esta disciplina nos propone.

## **1. Mejoramiento de las Políticas de Atención en Salud**

En esta perspectiva, el psicólogo tiene tres áreas de trabajo:

- 1) Desarrollo y ejecución de acciones dirigidas al mejoramiento de las políticas de salud a nivel estatal e implementación de nuevas políticas, para ello es necesario que el gremio de psicólogos se involucre dentro de las actividades que vayan dirigidas a la estructuración de reglamentaciones a nivel de los sistemas de salud.
- 2) Desarrollo y ejecución de programas dirigidos a las instituciones prestadoras de servicios de salud, con el fin de organizar mejor su estructura, funcionamiento, mecanismos de atención de salud y ambiente (Luthans y Kreitner, 1979).
- 3) Intervención en el personal de salud, teniendo como objetivo preparar a los profesionales con adecuadas actitudes y habilidades para atender de manera integral a los pacientes (Montalvo, 1991) y en general a los usuarios que requieran los servicios.

Bajo esta perspectiva, el psicólogo tiene que trascender el mentalismo y lo psicopatológico y abordar la salud de una manera integral, estudiando sus múltiples determinantes y desarrollando programas de intervención desde lo macrosocioambiental hasta lo individual. Con el fin de contribuir a cambiar las condiciones estructurales que son un obstáculo para abordar la salud.

## **2. Promoción**

Una de las características más distintivas de la psicología de la salud es su énfasis en la promoción y mantenimiento de ésta. A través de este tipo de intervención se busca que los sujetos incorporen estilos de vida saludables que los protejan de diversas enfermedades, les permitan conservar siempre la salud y que los lleven a desarrollar de un estilo de vida minimizador del estrés (Rodríguez, 1995).

## **3. Prevención**

La prevención primaria busca que una determinada enfermedad o problema de salud no se presente. Para llevar a cabo tal actividad es necesario reconocer primero los factores de riesgo en el ámbito biológico, psicológico y social, así como su importancia y el grado en que interactúan. Después de esto se articulan modificaciones de los factores de riesgo psicológico específicos para las enfermedades estudiadas.

Se plantea que antes de llevar a cabo cualquier tipo de prevención, es necesario conocer los significados y representaciones que un determinado grupo tiene sobre el proceso de salud - enfermedad (Restrepo, 1992).

## **4. Tratamiento**

El tratamiento de la enfermedad tiene que ver con la prevención secundaria y terciaria. La primera busca reducir la duración, extensión y gravedad de un problema de salud para evitar complicaciones y secuelas (Ospina, 1993). La segunda, en cambio, está dirigida a reducir la invalidez dejada por una enfermedad y rehabilitarla, cuando no se aplicó un tratamiento a tiempo o fue

insuficiente (ob. Cit.). En el tratamiento o rehabilitación de una enfermedad se realizan actividades como:

- 1) Reducción de estrés emocional y/o modificación de comportamientos de enfermedad, que son causa o efecto de ésta.
- 2) Cambio de creencias erróneas sobre el proceso de salud - enfermedad (Bernal, 1994).
- 3) Asesoría psicológica para una mejor toma de decisiones.
- 4) Asesoría a la familia.
- 5) Preparación para la integración a la sociedad y al campo laboral.
- 6) Asesoría a médicos, enfermeras sobre la relación profesional y el fenómeno de salud-enfermedad y procesos de atención a los usuarios.
- 7) Asesoría a los profesionales de la salud sobre estrategias para la adherencia al tratamiento o intervención directa del psicólogo con los pacientes.
- 8) Preparación para procedimientos médicos estresantes, tanto a los médicos como a los propios pacientes (ob. Cit.).
- 9) Alivio del dolor sin fármacos.
- 10) Control psicológico de variables fisiológicas como acidez, hipertensión, respiración, ondas cerebrales, motilidad intestinal.

Todos estos son campos que se pueden trabajar desde la psicología de la salud y que contribuirían de forma significativa a la implementación de una atención integral en los sistemas de salud.

## 3.2 PSICOPROFILAXIS

*“Nuestra inserción en los servicios médicos es compleja. Y en este sentido es fundamental tener muy claro, que por ahora, y no sabemos por cuanto tiempo, se trata de ingresar a un territorio que es médico”.*

*B. Uzorskis*

### 3.2.1 Psicoprofilaxis y la Instancia Quirúrgica

Pues bien, como hemos podido revisar la inserción de los psicólogos en el plano de la salud ha sido fuerte y abarcativa, llegando a ocupar espacios de importancia en las distintas áreas de los sistemas hospitalarios. Uno de estos espacios es el servicio quirúrgico, donde se han implementado intervenciones psicoprofilácticas.

“La psicoprofilaxis quirúrgica es un área dentro de la psicología que estudia el nivel psicológico de las relaciones que se establecen entre los distintos miembros de la situación quirúrgica, con el fin de mejorar las condiciones psicosanitarias” (Mardarás, 1990, p.19).

Esta área ha sido definida como un procedimiento terapéutico, cuyo objetivo es reducir el impacto psicológico potencialmente traumático de la experiencia quirúrgica y tender al logro de una mejor adaptación a la situación pre y post-operatoria. En su evolución, se ha constituido en una especialidad dentro de las psicoterapias debido a sus características específicas. Además, forma parte de las denominadas psicoterapias breves, focalizada en la resolución de la conflictiva

planteada por la cirugía (Giacomantone, 1994). En este abordaje, el rol del terapeuta es activo y predomina la flexibilidad en el uso de los recursos.

Los especialistas en el tema, independientemente de su marco de referencia, coinciden en que la notificación de una cirugía suscita emociones complejas que pueden derivar en complicaciones en alguno o varios de los momentos del proceso quirúrgico, aumentando las condiciones de vulnerabilidad del paciente y, por consiguiente, incrementando o creando condiciones de riesgo quirúrgico.

En este sentido, las ideas que las personas tienen con respecto a la cirugía están impregnadas de creencias y fantasías que provocan una carga de ansiedad excesiva, impidiendo transitar por esta situación con un control emocional y recuperación adecuados.

A lo largo de esta revisión se ha ido asentando la relación entre el estado psicológico preoperatorio y la aparición de complicaciones orgánicas posoperatorias. Sobre este tema, estudios de investigación han demostrado que la personalidad patológica implica un riesgo 10 veces mayor de desarrollar frente al estrés quirúrgico una adaptación también patológica (ob. Cit.).

A partir de lo anterior, podríamos decir que, en general, los enfermos con una adaptación preoperatoria normal (aquellos que tienen una visión realista de su experiencia quirúrgica y el grado esperable de ansiedad frente al peligro objetivo de la cirugía) presentan una buena evolución postoperatoria. Por el contrario, los pacientes con una adaptación psicológica anormal en el preoperatorio, a menudo también portadores de una personalidad previa con rasgos patológicos, presentan mayores dificultades en su evolución clínico-quirúrgica.

Esas dificultades pueden ser síntomas psíquicos (ansiedad, insomnio o agresividad) o problemas en la rehabilitación o en la relación médico-paciente, convalecencia prolongada, mal control del dolor con analgésicos, actitudes inadecuadas con respecto al cuidado de la propia enfermedad y, en ocasiones, complicaciones orgánicas. Es decir, que una adaptación emocional ineficaz frente al estrés preoperatorio determina un riesgo quirúrgico adicional, de origen psicológico y psiquiátrico, que debería ser siempre evaluado junto con los demás factores de riesgo.

Si tomamos en cuenta que la instancia quirúrgica constituye una de esas situaciones clave que según se afronten en el presente, tendrán una enorme trascendencia en lo que ocurra en el futuro del paciente, y si a esto se le suman los factores de riesgo ya nombrados, esta instancia no puede quedar libre a su evolución espontánea (D'Alvia, 2001). Por el contrario, a partir de ello se hace evidente la necesidad de implementar intervenciones dirigidas a realizar una preparación psicológica previa a la cirugía, que permita al niño o adolescente y a sus padres, poner en funcionamiento mecanismos defensivos que disminuyan y prevengan la producción de trastornos psicológicos que puedan manifestarse en el postoperatorio y puedan complicarlo.

A esta necesidad intenta dar respuesta la psicoprofilaxis quirúrgica, ya que facilita la creación de defensas eficaces, que permitirán una conducta adaptativa con un monto de ansiedad que el Yo pueda controlar, disminuyendo el potencial efecto traumático de la vivencia.

Como hemos visualizado, los beneficios de esta intervención posibilitan aumentar la eficiencia de la operación misma, y así evitar un innecesario sufrimiento emocional al paciente y su entorno. De igual forma, los beneficios se extienden al equipo médico quirúrgico en tanto que disminuye la ansiedad en los médicos, dando paso a un sentimiento de empatía que facilita la escucha y les permite comprender y comprometerse con la experiencia emocional del paciente.

### **3.2.2 Campo y Niveles de Aplicación**

Desde las perspectivas de intervención que brinda la psicología de la salud y tomando en cuenta el abordaje de la psicoprofilaxis quirúrgica, esta se situaría claramente en el campo de la prevención, considerando que esta nos remite a la anticipación de un daño o perjuicio que pueda ocurrir en el futuro, con la finalidad de evitarlo.

El trabajo de Prevención psicoterapéutica consiste en colaborar con el paciente a elaborar lo que va a suceder, para que pueda darle un sentido en lugar de quedar expuesto a las creencias, los prejuicios, preocupaciones o las fantasías predominantes frente a un suceso traumático (Rinaldi, 2001).

Como se presentó anteriormente, dentro de las perspectivas de intervención de la psicología de la Salud se expuso someramente lo referente al ámbito de la prevención, sin embargo al encontrarse la psicoprofilaxis dentro de este espacio de intervención nos parece pertinente profundizar un poco más con respecto al área de la prevención. Lo primero es distinguir los tres niveles de la prevención:

- 1) *Prevención primaria:* promoción de la salud y protección contra la aparición de trastornos.
- 2) *Prevención secundaria:* diagnóstico y tratamiento temprano, reducción de la duración de los trastornos y prevención de secuelas e incapacidades.
- 3) *Prevención terciaria:* rehabilitación biopsicosocial cuando la incapacidad y el deterioro ya se han producido.

En lo que concierne a la psicoprofilaxis quirúrgica, D'Alvia (1995), considera que ésta incluye los tres tipos de prevención, tomando en cuenta que se trata de evitar complicaciones, retornar al estado de salud perdido y adaptar al paciente para enfrentar su nuevo estado en el caso de que la cirugía hubiese dejado alguna complicación.

Para Rinaldi (2001), la tarea preventiva debe cumplir los siguientes propósitos:

- 1) Satisfacer el derecho que tiene el paciente a ser informado sobre todo lo concerniente a la cirugía, los riesgos, el dolor y particularmente los cambios corporales previsibles, incluyendo la evolución postoperatoria.
- 2) Brindar al paciente el esclarecimiento y la contención emocional adecuados para que enfrente la cirugía en las mejores condiciones psicobiológicas posibles.
- 3) Evitar trastornos psicopatológicos futuros. Un paciente debidamente preparado resulta menos vulnerable y disminuyen sus riesgos psicosomáticos.

En este mismo afán, el equipo del Policlínico Central de San Justo de Buenos Aires, a partir de su trabajo realizado en psicoprofilaxis comparte las siguientes observaciones:

- 1) Se reduce el uso de analgésicos en el post-operatorio.
- 2) Los niveles de ansiedad, angustia y estrés disminuyen a niveles tolerables.
- 3) La cicatrización es más rápida y aparecen menos infecciones.
- 4) El tiempo promedio de internación desciende.

### **3.2.3 Concepto de Ansiedad dentro del Contexto de la Psicoprofilaxis**

Como se ha evidenciado durante todo el desarrollo de esta investigación, la ansiedad es una respuesta transversal en los pacientes que se someterán a una cirugía. Es recurrente encontrar investigaciones que buscan establecer tipologías sobre la ansiedad, o que se focalizan en la identificación de aspectos fisiológicos de la ansiedad que se relacionan con la cirugía. En contraparte, encontramos muy pocas investigaciones que se interesen por indagar en las vivencias de los pacientes en torno a la situación quirúrgica (D'Alvia, 1995).

Es por esto, que en la revisión que presentamos a continuación hemos querido dar relevancia a los avatares del aparato psíquico más que a los fisiológicos, para así poder cumplir nuestro objetivo que es acercarnos a las vivencias ansioso/angustiantes ligadas al acto quirúrgico.

### 3.3 ANSIEDAD/ANGUSTIA

*“En el ámbito de las modernas instituciones médicas, en las salas de terapia intensiva que asemejan una extraña nave espacial, reaparecen las manifestaciones más primitivas del psiquismo ante la evidencia de la soledad y la muerte”.*

*B.Uzorskis.*

Desde su etiología, según indagó Corominas (1976), el término ansiedad procede de la palabra anxietas, y se empleaba para designar una sensación molesta de estrechez o estrangulamiento. De esta forma, tanto las primeras observaciones clínicas sobre el tema (Primero Freud en 1894 y posteriormente Saleeby en 1907), como las primeras investigaciones (Lunger y Page, 1939), visualizan a la ansiedad como un estado emocional perturbador.

Con la traducción al inglés de las primeras obras de Freud y sus discípulos, se produjo un cambio significativo. El concepto central de angustia (angst), de larga tradición filosófica luterana y referido a un tipo de sentimiento causado instintiva

e inconscientemente (Freud, 1984), se traduce inicialmente como "ansiedad". Con ello, este último vocablo adquiere nuevos usos semánticos y también cierta unidimensionalidad. Bajo esta perspectiva, es que dentro el desarrollo de esta revisión teórica se utilizará de forma sinónima el concepto de ansiedad y angustia.

Por ansiedad empiezan a entenderse no sólo diferentes tipos de reacciones, sino también una variable central de la personalidad, e incluso un trastorno. De modo independiente, autores como Peter Lang (1985) propusieron que el constructo de ansiedad debía desglosarse, al menos, en tres factores: el fisiológico, el motor, y el verbal. A esta perspectiva tridimensional se han sumado numerosos autores, aunque el factor verbal inicial se ha ampliado a un factor cognitivo general.

De esta forma, podemos decir que la ansiedad es una reacción compleja del individuo frente a situaciones y estímulos actuales o potencialmente peligrosos o subjetivamente percibidos como cargados de peligro, aunque sólo sea por la circunstancia de aparecer inciertos. Incluye componentes psíquicos, fisiológicos y conductuales (Méndez; Maciá, 1993).

Psicológicamente, la ansiedad es vivida por el propio sujeto como un estado de ánimo desagradable, producido por situaciones que, de manera consciente o no, el sujeto las percibe como amenazadoras. La ansiedad, que a menudo es confundida con el estrés, puede ser experimentada por cualquier persona ya que es esencialmente una respuesta a éste. En cualquier caso, aunque la ansiedad pueda ser un reflejo de estados endógenos, se asocia generalmente con sucesos estresantes externos (ob. Cit.).

Existen en el entorno cotidiano multitud de situaciones que resultan estresantes para el individuo, éstas pueden ser muy diversas y surgen de la interacción entre la persona y el medio. No obstante, las características más comunes a todas ellas son la novedad, incontrolabilidad, incertidumbre, imposibilidad de predecir consecuencias, que hacen que el sujeto perciba la situación externa como una amenaza a su integridad físico-psíquica (López, 1995).

Ahora bien, si entendemos que la ansiedad es una reacción compleja de la persona frente a situaciones y estímulos potencialmente peligrosos, o en muchos casos percibidos como cargados de peligro, es comprensible que la cirugía sea percibida como un agente estresor importante.

Por lo tanto, podemos decir que toda situación quirúrgica representa un estresor desde el punto de vista físico y es traumatogénico desde el punto de vista psicodinámico.

Como podemos darnos cuenta, ansiedad y estrés surgen en la instancia quirúrgica profundamente relacionados, por lo que para acercarnos a un entendimiento de las vivencias ansioso/angustiantes producidas por la cirugía es necesario acercarnos a este concepto.

En una publicación de la Fundación Favaloro (1999), aparece una definición del concepto de estrés como la respuesta del organismo a una demanda real o imaginaria, es decir como todo aquello que nos obliga a un cambio. De igual forma, Selye (1954) hace referencia al estrés como una respuesta inespecífica del organismo a toda demanda que opere como intensa. Señaló que algún grado de estrés es propio de la vida humana, en tanto forma parte del proceso de adaptación

a las exigencias ambientales, imprescindible para la supervivencia. Así, en el estrés se pueden diferenciar dos aspectos. El primero refleja una actitud adaptativa positiva que permite enfrentar los desafíos, una condición esencial de la vida, llamada eustrés y el otro, de carácter negativo, denominada distrés, que remite a aquellas situaciones en que la respuesta del organismo es insuficiente para procesar adecuadamente el estímulo que recibe.

Desde el punto de vista médico, los estresores desencadenan una serie de respuestas fisiológicas en el organismo, con modificaciones bioquímicas concomitantes, que se traducen en síntomas y signos clínicos típicos.

Selye (1954) sistematizó sus conceptos del estrés en lo que llamó Síndrome General de Adaptación (SGA) en el que discrimina tres etapas:

1. En primer lugar, ante el estímulo, se produce una reacción de alarma en la que se distinguen dos fases:
  - La primera de shock, en la que el organismo se repliega e intenta economizar energía; se activa el sistema parasimpático aumentando el ritmo cardiorrespiratorio y el nivel de insulina y la tensión arterial disminuye.
  - En la fase de contrashock el organismo se prepara para la respuesta de lucha o de huida, mediante modificaciones neuroendocrinas.
2. Posteriormente, surge la respuesta o estado de resistencia ante la agresión. Aquí el organismo se adapta relativamente al estado de alarma. Los

síntomas disminuyen debido al descenso de la secreción hormonal, cuando el estímulo persiste, las defensas biológicas bajan.

3. La etapa de agotamiento llega como consecuencia de la excitación constante y excesiva, que da lugar a un cuadro de toxicidad acompañado de síntomas crónicos que pueden ocasionar enfermedades de adaptación.

Según sea la capacidad de afrontamiento se tratará de eustrés o de distrés. Es necesario tener en cuenta que la capacidad de afrontamiento depende no sólo de la intensidad del estímulo sino, además, de la posibilidad de respuesta del individuo.

Si bien el modelo de Selye explica los cambios fisiológicos y bioquímicos, no toma en cuenta los aspectos emocionales que confluyen ante los estímulos estresores. En contraposición a éste, y desde una perspectiva psicoanalítica, D'Alvia (1995) establece una semejanza entre las fases de shock/ contrashock y las defensas que el aparato psíquico implementa con el propósito de mantener las excitaciones en el nivel más bajo posible y no ser invadido por lo externo. En el marco médico, los síntomas corporales de la etapa de afrontamiento remiten a distonías neurovegetativas, mientras que en la teoría psicoanalítica son vistos como equivalentes somáticos de la angustia (Rinaldi, 2001).

Por su parte, en *Inhibición, Síntoma y Angustia*, Freud (1926) plantea que la angustia es provocada por el yo, cuando existe una situación de amenaza que no consigue eludir. Como respuesta ante esto, las defensas psicológicas más frecuentes son la disociación, la negación, la represión, el desplazamiento, el aislamiento y las formaciones reactivas. Desde el punto de vista de los cambios de

conducta se observa retraimiento, alteraciones del sueño o transformaciones en el carácter (Rinaldi, 2001).

Por lo tanto, las reacciones provocadas por una situación estresante podrían ser explicadas, a nivel del aparato psíquico, por una acumulación de tensión que excede las posibilidades de elaboración subjetiva, provocando la desorganización de las defensas, las funciones de representación y enlace de afectos se debilitan y el incremento de estímulos fisiológicos generan una descarga por la vía somática.

Desde lo planteado anteriormente, se puede entender el porqué existe en el contexto médico cierto consenso sobre la utilización del término estrés, y no de angustia por ejemplo. A su vez, y considerando lo que el término estrés abarca, si este se extrapola al ámbito de lo psicológico se utilizaría como equivalente de la palabra trauma.

Por su parte, el Diccionario de Psicoanálisis de Laplanche y Pontalis (1993) plantea que, desde su etimología, el término trauma ha sido utilizado en medicina y cirugía. Trauma significa perforar, designa una herida con efracción. El psicoanálisis ha recogido estos términos, transponiendo al plano psíquico estas significaciones. En este sentido, trauma se utiliza en situaciones provenientes del mundo externo o interno del sujeto, que conllevan una intensidad tal que provocan efectos disruptivos en el aparato psíquico. Cabe señalar que un mismo acontecimiento puede provocar en un enfermo un efecto de alerta que permita armar las defensas necesarias para el afrontamiento de la situación, mientras que para otro adquiera una significación desestructurante, desencadenando intensa

angustia y sentimientos de desvalimiento, que se homologan a los suscitados por el nacimiento.

Son bien conocidos los agentes estresantes a los que se ve sometido el paciente dentro del mundo hospitalario, como desorientación, pérdida de intimidad, abandono del entorno y roles habituales. Si a esto le añadimos las propias características del procedimiento quirúrgico, que lleva implícito una serie de temores: miedo a no despertar de la anestesia, sentir dolor durante la operación, al dolor que puedan provocar los procedimientos invasivos previos a la intervención, a revelar información personal debido a los efectos de la anestesia o a los resultados de la cirugía, por tanto, nos encontramos inmersos en una situación susceptible de provocar altos niveles de ansiedad, repercutiendo en el sujeto desfavorablemente.

Como hemos mencionado anteriormente, el hecho de que el individuo afronte la cirugía con altos niveles de ansiedad puede tener influencias negativas en la recuperación físico-psíquica postquirúrgica, tales como largas estancias hospitalarias o mayor necesidad de analgésicos, lo cual supone un perjuicio tanto para el individuo como para el sistema de salud, por su elevado costo económico.

Freud señala que la tendencia del aparato anímico del sujeto es mantener lo más baja posible y constante la cantidad de excitación, todo aquello que tienda a elevarla es sentido como displacer. Dentro de estos márgenes cabe la definición que este mismo autor propone para la angustia, como un estado que invade intempestivamente, no esperado, por lo que el sujeto no está preparado ya que predomina el factor sorpresa.

Llegado hasta este punto, y siguiendo los planteamientos del autor, estamos en condiciones de afirmar que la disposición a la angustia representa la última línea de defensa de la protección contra las excitaciones. En este sentido, una situación traumática es un hecho concreto, externo al sujeto, que puede provocar o no una herida psíquica.

Con respecto a lo anterior, Rinaldi (2001) recalca que el acto quirúrgico tiene una finalidad terapéutica pero es un hecho intrusivo, frecuentemente doloroso. La sola indicación de una cirugía, aún siendo leve, conmueve al sujeto, abre cuestionamientos en cuanto a su integridad corporal y moviliza hitos previos de su historia.

Volviendo a Rinaldi (Ob. cit.), nos encontramos con que este autor explora cuáles son los factores que determinan, ante la inminencia de una cirugía, cómo el psiquismo de un sujeto podría reaccionar ante el estresor. La diferencia en el vivenciar dependerá de cómo se articulen algunas condiciones:

- Las características de personalidad del paciente, producto de la interacción del *factor* genético-constitucional del sujeto y del *factor* adquirido vinculado con la historización singular realizada durante su desarrollo, la cual tendrá efectos sobre su capacidad de afrontamiento.
- El significado que cada paciente atribuye al suceso traumático. En este caso el pasado será condicionante del presente así como el hecho actual resignificará lo histórico y transmitirá el sentido al futuro. La intensidad del daño dependerá de la elaboración de situaciones traumáticas anteriores.

- El momento evolutivo que atraviesa un individuo y sus condiciones sociales pueden facilitar o no el afrontamiento.
- La red de sostén sociofamiliar es de suma importancia, particularmente en el caso de niños. La contención que el entorno puede brindar amortigua el impacto que el suceso conlleva, facilitando la adaptación.
- El aislamiento afectivo, por el contrario, opera como factor de riesgo adicional.

El último aspecto que el autor propone, tiene relación con la predictibilidad del hecho estresor o traumático, y considera que la adaptación se facilita cuando el suceso es predecible. En este sentido, Rinaldi suma otra variable a las ya mencionadas para determinar si lo que se enfrenta es un suceso estresogénico o traumatogénico y poder evaluar la vulnerabilidad del sujeto:

- Primero, se observará cómo reciben el paciente y su familia la notificación de la necesidad quirúrgica, esto para evaluar los recursos que posee la familia para contener al paciente y del paciente para enfrentar la situación, esto entrega indicios de cómo se deberá intervenir a posteriori.
- Otro aspecto que debe ser tenido en cuenta cuidadosamente es la localización anatómica involucrada en la cirugía. Ciertas partes del cuerpo están estrechamente ligadas con la identidad y con la erogeneidad. Las manos, el rostro, la zona abdominal baja y los genitales constituyen localizaciones particularmente sensibles para niños y adolescentes.

La evaluación de todos los factores enumerados permite establecer un diagnóstico presuntivo del nivel de vulnerabilidad emocional del paciente y definir el abordaje adecuado para cada caso.

### **3.4 ADOLESCENCIA**

*“El proceso adolescente se desarrolla en las fronteras de lo psíquico y de lo somático, del mundo interno y del mundo externo, de lo individual, lo familiar, lo personal y lo cultural”.*

*R. Levy*

Habiendo realizado un exhaustivo recorrido, primero por la propuesta interventiva de la psicoprofilaxis quirúrgica, para posteriormente interiorizarnos en el mundo de la angustia/ansiedad y su relación con el estrés, se hace necesario para concluir la construcción teórica que sostiene esta investigación, dar un paso más y acercarse a la etapa de la adolescencia.

Para lo cual, en este apartado abordaremos el concepto de adolescencia, intentando establecer las bases generales necesarias para entender este controversial proceso. Esto lo haremos resaltando algunas de las tensiones comprometidas en esta fase del ciclo vital.

Conceptualmente, el término adolescencia tiene una historia relativamente reciente. Comienza a ser utilizado en el siglo XVIII por Jean Jacques Rousseau, quien lo usó para referirse a un periodo específico del desarrollo humano, que nombró como “segundo nacimiento” (Vega, Belçaguy y Vega, 2007). Sin embargo, no es hasta 1900, con el surgimiento de las sociedades urbanas e industriales, que los investigadores comenzaron a hablar del tema producto de la necesidad social de la época de prolongar los años de infancia, debido a los avances tecnológicos que hicieron innecesaria la mano de obra infantil y juvenil. Es en este contexto donde surgen las primeras concepciones del adolescente como un individuo en formación, que requeriría de un “trato especial”, ya que no puede ser exigido del mismo modo que los adultos (ob. Cit.).

Como podemos darnos cuenta, la adolescencia se constituye como campo de estudio de manera reciente. Durante la primera mitad del siglo XX fueron desarrollándose las primeras teorías sobre la adolescencia, destacándose los aportes de autores como Hall y Freud (ob. Cit.).

El estadounidense Stanley Hall (1904), pionero en el estudio de la adolescencia, para hablar de este periodo parte de la base que el desarrollo obedece a factores fisiológicos y genéticos que determinan el crecimiento, desarrollo y conducta del individuo. Bajo esta perspectiva, para Hall la adolescencia es una edad especialmente dramática y tormentosa en la que se producen innumerables tensiones, con inestabilidad, entusiasmo y pasión, en la que el joven se encuentra dividido entre tendencias opuestas. Además, la adolescencia supondría un corte profundo con la infancia, como un nuevo nacimiento (tomando esta idea de

Rousseau) en la que el joven adquiere caracteres humanos más elevados (Delval, 1998).

Otra contribución relevante es la que hace desde el psicoanálisis Freud (1905) quien a través de la publicación de sus *Tres Ensayos de una Teoría Sexual*, desarrolla la idea de metamorfosis de la pubertad para referirse a esta etapa del ciclo vital. La teoría freudiana plantea la evolución desde el nacimiento hasta la adolescencia, a través de la sucesión de etapas psicosexuales o libidinales: oral, anal, fálica y genital. Según el autor, esta etapa estaría caracterizada por la reedición de la problemática edípica, y a su vez por profundas transformaciones del aparato psíquico, y cuyas tareas primordiales serían el logro de la primacía genital, el desasimiento de la autoridad de los padres y la consumación definitiva del proceso de la búsqueda no incestuosa del objeto sexual (Vega, Belçaguy y Vega, 2007).

La adolescencia resulta entonces un problema propio de la modernidad en las sociedades occidentales, donde el tránsito desde la niñez a la vida adulta se fue tornando cada vez más borroso y con menores grados de certeza respecto del lugar social al que el adolescente podría advenir (Abarzúa, 2010).

En este sentido, la adolescencia es una construcción social. Pues es a la par de las intensas transformaciones biológicas que caracterizan esa fase de la vida, y que son universales, es que participan de ese concepto elementos culturales que varían a lo largo del tiempo, de una sociedad a otra y, dentro de una misma sociedad, de un grupo a otro. Es a partir de las representaciones culturales, que cada sociedad construye la adolescencia (Acción Educativa et al., 2002)

Estas conceptualizaciones, delimitaciones y miradas comprensivas hacia la adolescencia, pueden ser concebidas como los enfoques con los cuales se ha mirado a la adolescencia, habiendo en ellos una multiplicidad de factores, características y elementos que transitan por los énfasis en las transformaciones físicas y biológicas, intelectuales y cognitivas, de identidad y personalidad, sociales y culturales, morales y valóricas. Para Delval (1998), estas concepciones sobre la adolescencia pueden sintetizarse en tres teorías o posiciones teóricas sobre la adolescencia: la teoría psicoanalítica, la teoría sociológica y la teoría de Piaget.

Según el autor, la teoría psicoanalítica concibe la adolescencia como resultado del desarrollo que se produce en la pubertad y que lleva a una modificación del equilibrio psíquico, produciendo una vulnerabilidad de la personalidad. A su vez, ocurre un despertar de la sexualidad y una modificación en los lazos con la familia de origen, pudiendo presentarse una desvinculación con la familia y oposición a las normas, gestándose nuevas relaciones sociales y cobrando importancia la construcción de una identidad y la crisis de identidad asociada con ella (Erikson, 1971). Desde esta perspectiva, la adolescencia es atribuida principalmente a causas internas.

Por su parte, desde la teoría sociológica, la adolescencia es el resultado de tensiones y presiones que vienen del contexto social, fundamentalmente en lo relacionado con el proceso de socialización que lleva a cabo el sujeto y la adquisición de roles sociales, donde la adolescencia puede comprenderse primordialmente en relación a causas sociales externas al mismo sujeto.

La teoría de Piaget releva los cambios en el pensamiento durante la adolescencia, donde el sujeto tiende a la elaboración de planes de vida y las transformaciones afectivas y sociales van unidas a cambios en el pensamiento, donde la adolescencia es el resultado de la interacción entre factores sociales e individuales (Delval, 1998).

Como hemos vislumbrado, hoy la adolescencia está atravesada por distintos discursos o dispositivos sociales que tienen algo que decir de ella, definiéndola o categorizándola.

En este sentido, rescataremos en primer lugar lo propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que define a la adolescencia como la etapa que va entre los 11 y 19 años, la que es dividida en dos fases: la adolescencia temprana, que va desde los 12 a los 14 años, y la adolescencia tardía, que se desarrolla entre los 15 a 19 años.

En contraposición a lo anterior, encontramos la propuesta de Hamel y cols. (1985), quienes proponen que la adolescencia es una etapa de transición que no tiene límites temporales fijos, ya que abarca una amplitud de cambios que van desde los biológicos hasta cambios psíquicos y de status social, dificultando de esta manera precisar sus límites de manera exacta.

Autores como Márquez y Phillippi (1995) proponen, desde una perspectiva netamente fisiológica, que la adolescencia comienza con la pubertad, es decir, con una serie de cambios físicos que desembocan en plena maduración de los órganos sexuales, y la capacidad para reproducirse y relacionarse sexualmente. En este sentido, el intervalo temporal en que transcurre este proceso comienza a los 11-12

años y se extiende hasta los 18-20. Estos autores coinciden con lo planteado por la OMS, estableciendo que existe una adolescencia temprana que transcurre entre los 11-14 años (que coincide con la pubertad), y luego en un segundo periodo se da la adolescencia tardía, entre los 15-20 años, y cuya prolongación llega a la adultez, lo cual dependerá de factores sociales, culturales, ambientales, así como de la adaptación personal.

Teniendo en consideración las diferentes concepciones que pueden relevarse en torno a la adolescencia, podemos encontrar algunos rasgos más o menos comunes a ellas, sea desde el punto vista biológico y fisiológico, en cuanto al desarrollo físico, durante ella se alcanza la etapa final del crecimiento, con el comienzo de la capacidad de reproducción: pudiendo decirse que la adolescencia se extiende desde la pubertad hasta el desarrollo de la madurez reproductiva completa. No se completa la adolescencia hasta que todas las estructuras y procesos necesarios para la fertilización, concepción, gestación y lactancia no han terminado de madurar (Florenzano, 1997).

Desde el punto de vista del desarrollo cognitivo o intelectual en la adolescencia, se ha venido caracterizando por la aparición de profundos cambios cualitativos en la estructura del pensamiento. Piaget denomina a este proceso período de operaciones formales, donde la actuación intelectual del adolescente se acerca cada vez más al modelo del tipo científico y lógico. Junto al desarrollo cognitivo, comienza con la adolescencia la configuración de un razonamiento social, teniendo como relevancia los procesos identitarios individuales, colectivos y sociales, los cuales aportan en la comprensión subjetiva de su propia

individualidad, de las relaciones interpersonales, las instituciones y costumbres sociales. En este sentido, el razonamiento social del adolescente se vincula con el conocimiento del yo y los otros, la adquisición de las habilidades sociales, el conocimiento y aceptación/negación de los principios del orden social, y con la adquisición y el desarrollo moral y valórico de los adolescentes (Moreno y Del Barrio, 2000).

Hasta el momento, si bien nos hemos podido dar cuenta que la adolescencia está marcada por los cambios biológicos que se dan en el inicio y el transcurso de ella, esta etapa no se reduce sólo a estos aspectos, sino que se caracteriza además por significativas transformaciones psíquicas, sociales y emocionales que consideramos relevante destacar. Pero antes de plantear estas tensiones, queremos referirnos a los cambios psíquicos que acontecen en esta etapa, a propósito de los cambios fisiológicos y la nueva imagen corporal que adquiere el cuerpo del adolescente. Esto con el fin de acercarnos a la problemática central de nuestra investigación, las intervenciones quirúrgicas, que tienen como sede y receptáculo el cuerpo del adolescente.

Los cambios fisiológicos obligan a revisar y rehacer la imagen del propio cuerpo, ya que el cuerpo será el lugar donde el yo advendrá como tal, en tanto sea catectizado por el mismo yo, al igual que por otro (Aulagnier, 1977). La preocupación por el propio físico pasa a primer plano. Pero no sólo la imagen del propio físico, sino la representación de sí mismo pasa a constituir un tema fundamental. El adolescente tiene una enorme necesidad de reconocimiento por parte de los otros, necesita ver reconocida y aceptada su identidad por las personas

(adultos, compañeros) que son significativas para él (Márquez y Phillippi, 1995; Coleman, 1980).

Desde una propuesta psicoanalítica, y considerando al cuerpo “no como el cuerpo de la anatomía, sino como el vinculado con la sensorialidad, el placer, el dolor, la sexualidad y a lo enigmático” (Scalozub, 2007, p. 377), se plantea que el adolescente se verá “frente a la tarea de procesar lo que su cuerpo le plantea en este momento peculiar de su vida. Lo cual implica, que la tensiones en las que se encuentra pondrán en marcha una actividad simbólica frente al devenir de los cambios” (ob. Cit. p. 378) que se concretizan en sus rasgos corporales. Los cuales, en el caso de adolescentes con enfermedades crónicas o con la necesidad de ser intervenidos quirúrgicamente, podrían guardar relación con algún tipo con modificaciones físicas provocadas por la cirugía, la cual también podría afectar este proceso e influir en la actividad simbólica desplegada por el adolescente, que se proyecta hacia la asunción de la identidad.

De esta forma, se evidencia que el cuerpo que se planteaba como una fuente de placer, es “también origen de sufrimiento, fuente de dolor y displacer” (ob. Cit. P.379), como lo podremos observar más adelante.

## **4. MARCO METODOLOGICO**

### **4.1 Enfoque metodológico**

La presente investigación no pretende generar información estadísticamente representativa, pero sí que cualitativamente nos ofrezca información que permita analizar en profundidad las distintas experiencias asociadas al proceso quirúrgico de los adolescentes a entrevistar. Es por eso que la investigación se encuentra inscrita dentro del campo de la metodología cualitativa, de carácter inductivo, entendiéndola como aquella técnica en donde, a partir de la observación de fenómenos o hechos particulares de la realidad, se eleva a conocimientos más generales (Mill, 1973).

Para Ruiz (1999), el término *métodos cualitativos* no tiene significado preciso en ninguna de las ciencias sociales, pero puede tomarse como un término general que comprende una serie de técnicas interpretativas que pretenden describir, descodificar, traducir y sintetizar analizando significados; y no la frecuencia de hechos que suceden en el mundo social. Investigar de manera cualitativa, por lo tanto, es operar símbolos lingüísticos y, al hacerlo así, intentar reducir lo máximo posible la distancia entre indicado e indicador, entre teoría y datos, entre contexto y acción.

Por otra parte, la investigación cualitativa evita la cuantificación. Los investigadores cualitativos hacen registros narrativos de los fenómenos que son estudiados, mediante técnicas como la observación participante y las entrevistas no estructuradas. La investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones y su estructura dinámica. Es por esto que creemos que la metodología elegida es la más pertinente a la hora de investigar nuestro objeto de estudio, ya que nos dará la posibilidad de comprender el fenómeno en mayor profundidad.

#### **4.2 Tipo y diseño de Investigación**

En el acápite anterior se mencionaron los aspectos medulares de la metodología escogida para esta investigación. A continuación, presentaremos de manera acotada el diseño del estudio, es decir, haremos referencia al ámbito más operativo de la misma.

De esta manera, la presente investigación tendrá un enfoque de carácter empírico y el grado de profundidad con que abordaremos el objeto de estudio será Exploratorio - Descriptivo. Para poder fundamentar nuestra elección, definiremos cada una de ellas.

En primer lugar, la investigación Exploratoria es aquella que se efectúa sobre un tema u objeto desconocido o poco estudiado, por lo que sus resultados constituyen una visión aproximada de dicho objeto, es decir, un nivel superficial de conocimiento (Selltiz, 1980). En relación a esto, consideramos que nuestra investigación corresponde al tipo antes señalado porque no existen investigaciones

previas sobre nuestro objeto de estudio, convirtiéndose en el primer acercamiento científico, por lo menos a nivel nacional, de la relación entre angustia/ansiedad e intervención quirúrgica en pacientes adolescentes.

Del mismo modo, diremos que la investigación Descriptiva consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento. Este tipo de investigación se caracteriza por proveer un buen registro de los tipos de hechos que tienen lugar dentro de esa realidad y que la definen o caracterizan sistemáticamente. Es justamente por esto que elegimos este tipo de investigación, ya que pretendemos ir más allá de la toma y tabulación de datos, incorporando elementos interpretativos del significado o de la importancia de lo que en esta investigación se describirá, combinando así el contraste, la interpretación y la evaluación.

En cuanto al diseño de la investigación ésta será cuasi-experimental, entendiéndola como aquellas situaciones sociales en que el investigador no puede presentar los valores de la variable independiente a voluntad ni puede crear los grupos experimentales por aleatorización, pero sí puede, en cambio, introducir algo similar al diseño experimental en su programación de procedimientos para la recogida de datos (Campbell y Stanley, 1973).

Los cuasiexperimentos poseen aparentemente todas las características de los experimentos verdaderos, pero la principal diferencia con éstos estriba, según los casos, en la imposibilidad de manipular la variable independiente y/o asignar aleatoriamente los sujetos a las condiciones experimentales, como ocurre en el caso de nuestro estudio. Comparten con los experimentos de campo su ejecución

en ambientes naturales, lo cual les otorga un escaso control. Podrían ser calificados de adaptaciones más o menos ingeniosas de los experimentos verdaderos, con el objetivo de separar los efectos debidos a la intervención de aquellos provocados por las variables no controladas.

### **4.3 Delimitación del campo a estudiar**

#### **4.3.1 Universo**

La población o universo a estudiar serán los adolescentes llamados a realizarse algún tipo de procedimiento quirúrgico en un Hospital Pediátrico de la Región Metropolitana. La población que se atiende en este Hospital corresponde al sector socio-económico más vulnerable del sector Oriente de la Capital, sin embargo, también vienen niños de otras ciudades y regiones del país por ser un Centro de alta complejidad.

#### **4.3.2 Muestra**

Como ya hemos dicho anteriormente, la muestra corresponde a 6 adolescentes usuarios de un Hospital Pediátrico de la Región Metropolitana, prontos a realizarse algún tipo de intervención quirúrgica.

Para poder describir nuestra muestra, es necesario comprender el concepto de muestra desde la metodología cualitativa escogida para nuestro proyecto. De esta manera, será entendida como la selección de contextos relevantes al problema de investigación, a modo más general, para luego seleccionar los casos individuales (Valles, 1996).

Pensando en el tipo de estudio a realizar, el número escogido para la muestra es pequeño, queriendo propiciar tanto la profundización de los relatos como el posterior análisis de la misma. Si bien, el número muestral inicialmente considerado fue de 10 adolescentes, tomamos la opción de entrevistar finalmente un número menor a éste. Aunque, la información recogida en las entrevistas no cayó totalmente en la saturación y menos en la redundancia, debido entre otras cosas, a la heterogeneidad de las intervenciones quirúrgicas involucradas, consideramos que el material recogido nos dará la riqueza suficiente para poder realizar un buen análisis y posterior reflexión.

Continuando con los aspectos de selección de la muestra, se establecieron los siguientes:

**1) De ambos sexos:** Para promover la heterogeneidad de la muestra se favoreció la participación de adolescentes de ambos sexos.

**2) Diversidad de intervenciones:** Así mismo, dentro de la muestra y con el fin de obtener mayor riqueza en la información recopilada, se favoreció la participación de adolescentes con distintos tipos de intervención quirúrgica.

Además de ambos criterios, la selección de los participantes se realizó considerando los criterios de heterogeneidad (diversidad) y accesibilidad (Valles, 2003). El criterio de heterogeneidad tiene que ver con la elección de distintos adolescentes, los cuales no cumplen con ningún tipo de perfil socio-cultural o económico preestablecido.

Asimismo, el tipo de muestra es por disponibilidad, estableciéndose como tamaño de la misma a 10 sujetos. En este sentido, el investigador seleccionará, dependiendo de la disponibilidad de los sujetos, a quienes considere apropiados para el objetivo de la investigación, es decir, adolescentes de 12 a 16 años que se vayan a someter a una intervención quirúrgica, lo que exige un conocimiento previo de la población que se investiga.

Elegimos este tipo de muestra porque creemos que nos será útil a la hora de poner en ejecución la recolección de datos, pues debido al contexto en que se realizará la entrevista, sala preoperatoria, no es posible manipular mayormente el grupo, por lo que la elección de la muestra se dará de manera intencionada, siempre y cuando el adolescente se encuentre en óptimas condiciones y acepte responder a la entrevista.

Además, es necesario mencionar el poco tiempo con el que contamos para poder realizar las entrevistas, sólo unos minutos antes de que ingresen a pabellón. Aspecto no menor para los fines de la investigación, ya que esto inevitablemente constituirá un límite a la hora de profundizar mayormente en los distintos contenidos que el entrevistado instale.

#### **4.4 Técnica e Instrumento de Recolección de la Información**

La técnica utilizada será la *entrevista focalizada en profundidad*, entrevista que cuenta con una serie de características que le dan su carácter único. Lo focalizado se asocia con el hecho de concentrar en un solo punto un conjunto de cosas, conceptos y cuestiones referidas a un tema y a un contenido (Cerdeña, 1995).

La entrevista en profundidad se puede entender como reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes. Estos encuentros deberán dirigirse hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresen, con sus propias palabras (Taylor y Bodgan, 1994). Ella permite acercarse a las ideas, creencias y supuestos mantenidos por otros, además de las fuentes cognitivas y emocionales de las reacciones de los entrevistados ante algún suceso (Valles, 1996). En cuanto a esta investigación, y la realidad hospitalaria en la que se encuentran insertos los entrevistados, el encuentro que tenemos con los pacientes se limita a uno, el cual se efectúa (como ya hemos dicho) minutos antes de la intervención quirúrgica. Por lo tanto, en estos momentos focalizaremos la entrevista en los puntos más importantes que el paciente nos permite abordar.

La definición, anteriormente mencionada, fue crucial a hora de elegir el tipo de entrevista con la que queríamos recabar la información, ya que debido al tipo de investigación que estamos realizando la entrevista focalizada nos permitirá trabajar con un enfoque abierto o semidígido, que nos ayude a describir las emociones y pensamientos asociados a un foco en particular: al proceso de intervención quirúrgica.

En este sentido, Rodríguez, Gil y García (1996) la definen como una serie de conversaciones libres en las que el investigador poco a poco va introduciendo nuevos elementos que ayudan al informante a comportarse como tal.

Según Merton y Kendall (1946) para que la entrevista focalizada resulta productiva ha de basarse en cuatro criterios:

- 1) No dirección
- 2) Especificidad
- 3) Amplitud
- 4) Profundidad y contexto personal

Valles (1996) plantea que se trata de criterios entrelazados, pues la aproximación abierta o semidirigida conlleva en parte la obtención de profundidad, especificidad y amplitud de respuestas, en donde el logro de estos criterios exige rebajar la pretensión del criterio de no dirección. Así lo ratifican Merton y Kendal (1946) cuando se refieren al grado de cierre o apertura de las preguntas. Aunque la pregunta completamente desestructurada es especialmente apropiada en las fases iniciales de la entrevista focalizada, en ocasiones puede ser necesario para el entrevistador asumir más control en las fases posteriores de la entrevista, resultando más fructífera la dirección moderada que la completa dirección (ob. Cit.)

Es importante destacar que se requiere de tacto para focalizar la conversación en torno a los aspectos que nos interesen, para poder orientar a la persona entrevistada por el camino que más nos convenga. La sutileza con la cual trabajemos nos permitirá, sin sujetarnos a un guión estructurado, esclarecer sin sugerir, y motivar al entrevistado para que responda el mayor número de preguntas sobre un tema que irá adquiriendo una profundidad mayor.

Los elementos diferenciadores de la entrevista en profundidad son la existencia de un propósito explícito, la presentación de explicaciones al entrevistado y la formulación de preguntas. En este sentido, las preguntas para Rodríguez, Gil &

García (1996) se distinguen entre preguntas demográficas / biográficas, preguntas sensoriales, preguntas sobre experiencia conducta, preguntas sobre sentimientos, preguntas sobre pensamientos, preguntas sobre el conocimiento, preguntas de opinión y valores, dentro de las cuales algunas de ellas serán asumidas para la presente investigación, adicionalmente a otras preguntas que surgieron a partir del material que recogimos durante la misma.

#### **4.5 Plan de análisis de la información**

Para la realización del análisis de esta investigación, consideramos pertinente utilizar el Análisis de Contenido, entendiéndolo como el análisis que busca conocer el significado que está inmerso en la trama tejida por el texto o discurso de los sujetos entrevistados (Echeverría, 2005). De esta manera, al ser el análisis de contenido parte de los análisis textuales, se entiende que el contenido de un texto no estaría él en mismo texto, sino que en un plano distinto en relación con el cual el texto se define, y así revela su sentido (Díaz y Navarro, 1995).

Dentro del Análisis de Contenido se encuentra inserto el Análisis Cualitativo por Categorías, descrito por Echeverría (2005). Esta técnica resulta adecuada, ya que nos permitirá realizar de manera coherente y rigurosa, pero también acotada, el trabajo de análisis de la información.

La elección de este tipo de análisis tiene que ver con el afán de encontrar una herramienta útil y dinámica que nos permita distinguir, separar y priorizar elementos de los discursos vertidos en las entrevistas, con el fin de reconocer y diferenciar los tópicos y lugares comunes que aparecen en los dichos de los sujetos convocados (ob. Cit.).

En relación al trabajo de de-construcción que se realiza en este tipo de análisis, la autora plantea que si bien esta operación tiene una matriz reductivista en la realización de la operación de segmentar las hablas en citas diferenciadas; igualmente se busca generar luego un esfuerzo reconstructivo de integración de los discursos, en la perspectiva de construir un conjunto que dé cuenta de lo manifiesto y lo latente expresado por los entrevistados (Echeverría, 2005). En este sentido, el carácter cualitativo de este tipo de análisis se logrará en la medida que podamos reconocer las diferentes posiciones, opiniones y versiones de los entrevistados desde su propia óptica, lugar que nos interesa conocer en profundidad, en relación a la temática que guía nuestra investigación.

Como mencionamos anteriormente, el análisis cualitativo busca generar las posibilidades de síntesis e interpretación, lo que implica necesariamente realizar una de-construcción del sentido, es decir, poner de manifiesto un sentido latente. Sin embargo, la interpretación por su parte conlleva una re-construcción del sentido, es decir se busca la transformación del sentido latente en manifiesto (ob. Cit.).

Es importante señalar que para poder conocer el discurso real de los entrevistados y no un texto inducido, se debe realizar el trabajo de la co-construcción de la investigación. En este sentido, Echeverría (2005) plantea que desde la creación de un guión base para las entrevistas y las intervenciones mismas realizadas en estos encuentros, se comienza a tejer un texto que se encuentra anidado en el intersticio formado por las hablas de los sujetos y las preguntas (y gestos) del entrevistador, por ende se reconoce que la labor interpretativa del análisis cualitativo, supone y requiere de las subjetividades que se despliegan en el texto y su análisis, para ir

formando un nuevo texto (sus resultados y conclusiones), donde el investigador se hace cargo de su participación y rol de co-constructor.

Dentro del ámbito del análisis cualitativo que queremos proponer, el diseño de un guión de entrevista (guión que será adjuntado en los anexos junto con las respectivas entrevistas) debe ser lo más abierto y flexible posible. Para Echeverría esto tiene implicancias metodológicas importantes, ya que significa entonces el volver de adelante a atrás, el ir de lo más concreto a lo más abstracto, de las citas a las macrointerpretaciones, en un ir y venir que tiene que realizarse en forma programada y también emergente durante todo el proceso, no forzando la información a calzar con un marco de análisis que lo rigidice o distorsione el proceso (ob. Cit.).

Ahora que se ha expuesto lo más relevante del Análisis Cualitativo por Categorías, se describirá el tipo de Análisis Cualitativo por Categorías elegido para esta investigación: el de tipo A Priori. Este tipo de análisis se adecúa a nuestro marco metodológico, ya que contamos con un grado, aunque sea mínimo, de estructuración del guión de la entrevista, además de contar con objetivos relativamente acotados, con una pregunta de investigación más bien focalizada y con antecedentes teóricos acerca del tema de investigación.

En términos generales, el análisis parte con la transcripción de las distintas entrevistas. El primer paso es la Lectura preliminar de algunas entrevistas, las cuales son escogidas por un criterio de diversidad o heterogeneidad, de esta manera se busca tener una primera mirada lo más variada posible, dentro de las posibilidades de las entrevistas. Buscando, de esta manera, pesquisar un sentido

general que cruce los textos, intentado extraer las cargas de sentido y las distinciones que destacan y quedan presentes. Una vez leídas las distintas entrevistas, debemos escribir las ideas, preguntas e intuiciones que surjan de la misma.

El segundo paso es la Lectura de cada Entrevista Elegida. El análisis de esta investigación comenzará tomando dos entrevistas base, las cuales se leerán e irán rescatando y destacando en la lectura las citas que aluden a temáticas relevantes para el problema definido en la investigación. Se entenderá, entonces, por una cita un fragmento de lo dicho por un sujeto, que puede equivaler a una o dos frases enteras; así también como a partes de las frases (Echeverría, 2005). De esta forma, se extraen todas las citas que han sido diferenciadas, quedando un nuevo texto parcial de las citas de las dos entrevistas. Luego se van despejando aquellas que son similares y no aportan nuevas distinciones, junto con esto se debe poner la referencia de la entrevista de donde se sacó la cita, usando en general nombres ficticios o números para proteger la confidencialidad de los entrevistados (ob. Cit.).

El tercer paso, es la Asignación de categorías predefinidas, en donde es necesario tener una clara y rigurosa definición de las mismas. Es decir, los investigadores deben definir cuáles serán estos grandes ámbitos desde donde se ordenará el trabajo, y luego deben operacionalizarse estas categorías, explicitando qué tipo de situaciones, ideas, opiniones, etc., deberían entenderse como parte de esta categoría (ob. Cit.). En este sentido, se ha decidido utilizar como guía para la estructuración de las categorías necesarias los objetivos específicos de esta

investigación, los cuales cumplen la función de submetas que marcan la focalización del objetivo general.

Inmediatamente después de tener categorías ya elegidas y definidas, se procede a asignar o clasificar todas las citas seleccionadas dentro de alguna de las categorías (ob. Cit.). Es importante señalar que cuando nos encontremos con citas atinentes al problema pero no que no quepan dentro de ninguna de las categorías definidas a priori, se trabajará para esos fragmentos con la construcción de categorías emergentes, es decir, categorías que se construyen a partir de lo que se recoge en el análisis y no de las definiciones anteriores.

Luego de haber clasificado las distintas citas se pasa al cuarto paso que es la Construcción de Tópicos, los cuales se realizan al interior de cada categoría, por lo que se tendrá como resultado de esta etapa a las distintas categorías con sus tópicos descritos para cada una de ellas. Luego es necesario nominar los tópicos, los cuales deben consignar la tendencia hacia donde se dirige el sentido que se agrupa en el tópico. Se sugiere, de esta manera, nominar los tópicos con el estilo de denominación de frase como si hubiera sido dicha por los entrevistados, es decir, utilizando una frase simulada que pudiera expresar el genérico de todas las citas que incluye el tópico o bien aluden a un concepto (ob. Cit.). Una vez conformados y denominados los distintos tópicos, se realiza una descripción que sintetice los diversos contenidos unificados en el tópico y se colocan las citas textuales que fundamentan empíricamente la síntesis del tópico ya expresada desde el lenguaje del analista.

Ya realizada la descripción de cada tópico se debe volver a mirar la categoría como un todo, así en el momento de integrar las distintas descripciones en un texto que, con un mayor nivel interpretativo, logre dar respuesta a la pregunta sobre los significados contenidos en dicha categoría (ob. Cit.).

Al momento de tener listas las distintas categorías de análisis y sus correspondientes interpretaciones, es de suma importancia dar los dos últimos pasos que conducen a la finalización de este método de análisis.

La Revisión Completa es nuestro quinto paso y consiste en leer las restantes entrevistas realizando una labor similar a todo lo ya llevado a cabo hasta ahora, se tomará de esta manera el esquema base del análisis realizado con las entrevistas elegidas, y se suman sólo aquellas citas que refieran a otros aspectos de los mismos tópicos definidos o que construyan nuevos tópicos emergentes. De esta manera, se procede a una revisión tanto de la construcción de tópicos como a enriquecer las descripciones de los tópicos y las síntesis de las categorías, siendo posible incluso que emerjan nuevas categorías (Echeverría, 2005).

Ahora bien, todo este trabajo de análisis no quedaría completo si no se realizara el ejercicio interactivo e interpretativo del análisis expuesto anteriormente. Este último paso se denomina *integración final*, y se espera de esta fase que el analista logre superar el nivel meramente descriptivo, para pasar tanto a la síntesis de las ideas presentes como al esboce de las primeras líneas interpretativas y más conclusivas del análisis, para que a partir de la lectura de todas las categorías se construya un texto que conecte las mismas, de forma de ir volviendo a un todo articulado, superando así la fragmentación propia del trabajo de análisis (ob. Cit.).

Por lo que es necesario volver, por una parte, a la pregunta de investigación como a las ideas e intuiciones finales con las que se partió el análisis, una vez tenido esto, se espera poder responder a la pregunta de investigación, desde lo expresado en las distintas categorías construidas.

## 5. RESULTADOS

### 5.1 ELEMENTOS CONTEXTUALES

Presentamos a continuación un breve cuadro resumen con información respectiva a las intervenciones de cada sujeto entrevistado. Estos datos resultan relevantes, ya que permiten contextualizar las vivencias a partir de las cuales los adolescentes construyen sus narraciones.

**Tabla 1: Historial de intervenciones**

<b>Identificación</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Enfermedades Crónicas</b>	<b>Intervenciones Previas</b>	<b>Intervención Actual</b>
Sujeto 1	12	F	No	No	Uña encarnada
Sujeto 2	16	F	Paciente hepático	3 + trasplante de hígado	Biopsia hepática, por rechazo
Sujeto 3	12	M	No	2 + 4 cirugías de uña encarnada	Uña encarnada
Sujeto 4	14	M	No	Apendicitis	Fimosis
Sujeto 5	13	F	No	No	Colecistectomía (Vesícula)
Sujeto 6	14	M	Cardiópata	3 cirugías, 2 a corazón abierto	Cateterismo

## 5.2 ANALISIS

Conforme a las indicaciones planteadas por la pregunta de investigación, los objetivos y el marco metodológico del presente estudio, el análisis que se desarrolla a continuación se llevará a cabo de la siguiente forma: en primera instancia, se fraccionará la información producida según las categorías exploradas en las entrevistas que se llevaron a cabo con los adolescentes prontos a vivir una experiencia quirúrgica. En un segundo momento, se propondrá un análisis e interpretación del material de acuerdo a la metodología del análisis de contenido. Para resguardar el orden y la claridad de la información que se expondrá en este apartado, se comenzara por el análisis de los tópicos correspondientes a cada categoría, para después en un segundo momento realizar el análisis de la categoría misma como entidad más abarcativa.

Las categorías abordadas en las entrevistas, y los respectivos tópicos surgidos de estas, son los siguientes:

- ***Vivencias asociadas a la intervención***
  - Siento que han sido demasiadas
  - Pienso que me han servido
  - No funcionó muy bien la anestesia
  
- ***Sentimientos asociados a la intervención***
  - Sentí susto y mucho nerviosismo

- Al ponerme nervioso pasan cosas en mí
  - Me da miedo no sobrevivir a la intervención
  - Pensar que mis dolores se acabarán me hace sentir bien
  - No quería volver a pasar por esto
- ***Pensamientos asociados a la intervención***
    - Todo va a salir bien
    - Quiero operarme
    - Nadie sabe lo que va a pasar
    - Hay que aceptar lo que a uno le tocó
    - Las cosas pueden salir mal
- ***Significaciones asociadas a la intervención***
    - Cada intervención es distinta
    - Reacciones provocadas ante el aviso de la intervención
    - Las operaciones me han dado varias cosas
    - Creo que después de que me operen voy a poder estar bien
- ***Recursos personales***
    - Fuerza de voluntad

- Ganas de seguir luchando
- Reflexiones surgidas a partir de la intervención
- *Defensas desplegadas*
  - Maníacas
  - Intelectualización
  - Formación reactiva
- *Ansiedades atinentes al proceso de adolescencia*
  - Cambios físicos
  - Construcción de la identidad

Es importante señalar, que se realizaron algunos cambios en relación al modo de presentar a los entrevistados. Con el fin de mantener en privacidad su identidad se obviaron nombres y apellidos, sustituyéndolos por la letra S y un número, los cuales van del 1 al 6, según la caracterización mencionada en la tabla anterior. Además, el relato de cada participante se ha transcrito de manera textual, incorporando la simbología (...) para indicar sólo una parte de la respuesta del entrevistado o pausas en el relato y se ha incorporado en algunos casos, para poder dar más coherencia al relato, la transcripción textual de diálogos entre entrevistado y entrevistadora, cuya simbología será “E”.

## **5.2.1 Análisis de Tópicos**

### **5.2.1.2 Vivencias asociadas a la intervención**

*Hace referencia a las experiencias individuales de cada sujeto, las que de alguna manera entran a formar parte de su historia, además de suponer la posibilidad de adquirir con ellas conocimientos y también habilidades.*

#### **5.2.1.2.1 Siento que han sido demasiadas**

*Algunos de los entrevistados comentan que se han sometido a bastantes intervenciones quirúrgicas antes de ésta, siendo incluso difícil recordar el número de ellas.*

S2: (En relación a sus intervenciones anteriores) Ay (...) demasiadas, que ya ni me acuerdo.

S3: Es que ya me ha operado tantas veces que (...) que siempre se me vuelve a encarnar.

En relación a sus intervenciones pasadas, ambos sujetos dejan ver en su relato un dejo de cansancio y de aburrimiento, presentándose como eventos altamente perturbadores. Resulta llamativo que S2 incluso no quiera hablar de sus intervenciones (“Ay...demasiadas que ya ni me acuerdo”), porque al parecer no sólo les provoca cansancio ser intervenidos tantas veces, sino que además, referirse a ellas también se convierte en una situación agotadora. Al mismo tiempo, se podría pensar que hablar de esta situación altamente angustiada/ansiosa es igual a revivir los altos montos de angustia experimentados durante la

situación quirúrgica. En este sentido, la lógica sería: ¿para qué hablar de algo que me perturba?

#### ***5.2.1.2.2 Pienso que me han servido***

*Algunos de los entrevistados aseguran que las intervenciones les han servido o le servirá la actual, en el caso de que no hayan tenido intervenciones previas, para poder continuar con su vida y realizarla del modo más normal posible, además del aprendizaje que ello conlleva.*

S1: Me va a ayudar mucho (...) porque yo quiero hacer cosas (...) pero por mi pie no puedo.

S2: Me han servido de mucha experiencia (...) uno va creciendo a través de eso, con lo que uno pasa.

S3: Bien, porque no podía pisar, no podía jugar a la pelota, no podía correr.

En dos de los relatos, la situación quirúrgica se encuentra marcada con una valoración positiva (“me va a ayudar mucho”) y no negativa como se esperaría, debido a los altos montos de angustia/ansiedad que la situación genera. Es interesante pensar entonces, que el beneficio que traerá para sus vidas la intervención quirúrgica (“yo quiero hacer cosas, pero por mi pie no puedo”, “no podía jugar a la pelota, no podía correr”) cobra mayor importancia que la angustia que puedan vivenciar en ella.

Por otra parte, la narrativa de S2 nos muestra lo positivo de la intervención quirúrgica pero desde el crecimiento que, a nivel personal, ha significado para ella

este evento (“uno va creciendo a través de eso”). Como si se tratase de una transformación a nivel biográfico, en donde la intervención quirúrgica viene a marcar un antes y un después en su vida. Sería bueno preguntarse entonces si quizás ese “uno va creciendo a través de eso... con lo que uno pasa” viene a marcar, en relación la experiencia de vida, una clara diferencia con los otros. Otros que no han pasado por lo que ella pasó.

#### ***5.2.1.2.3 No funcionó muy bien la anestesia***

*En general los entrevistados aseguran no haber tenido muy buenas experiencias con la anestesia, siendo este muchas veces el motivo de sus angustias.*

S2: Una vez la anestesia me hizo mal, me tuvieron que poner oxígeno.

S2: Cuando me sacaron un catéter que tenía (...) que yo todavía no estaba muy bien anestesiada entonces sentí cuando me empezaron a sacar (...) pero ya después me quede dormida.

S6: Me hicieron un cateterismo (...) me acosté en una camilla (...) había despertado y me habían puesto una anestesia y no estaba moviendo casi la mitad de mi cuerpo, y ahí sufrí igual.

S6: Que me da angustia así como que... en que... Me paso rollos... como que me puede dar un paro cardíaco en la operación y tengo miedo de eso... y aparte de la mascarilla (¿no quieres la mascarilla?) ¡¡noo!! ¡¡Ya!! Me dejó traumao...

E: ¿Y qué quieres hacer tú con respecto a la mascarilla, cuáles son tus opciones?

S6: Ehh... decirle al doctor que no quiero que me ponga la mascarilla... que me pinche, que me inyecte... (¿Esto lo venias pensando desde antes?) Eh... mmm... es que le dije a la doctora... que no quería que me pusieran en mmm esta pa` quedarme dormío, quería quedarme semi dormío, pero dormirme en medio de la operación, lo preciso...

En general, todos los sujetos al referirse a sus experiencias quirúrgicas pasadas, hacen alusión a alguna situación negativa vivida con la anestesia (“no estaba muy bien anestesiada”, “la anestesia me hizo mal”, “no estaba moviendo casi la mitad de mi cuerpo”).

Resulta llamativo que ambas situaciones relacionadas con el mal funcionamiento de la anestesia se hayan dado de maneras diametralmente opuestas. En el primer caso, por no tomar el efecto necesario como para no sentir los procedimientos que se le realizan, y en el segundo caso por haber tomado tanto efecto que aún al despertar de la anestesia el sujeto continúe con su cuerpo inmovilizado. No obstante, ambas situaciones traumatogénicas provocaron en los sujetos un alto monto de angustia/ansiedad (“sentí cuando me empezaron a sacar... (el catéter)”, “no estaba moviendo casi la mitad de mi cuerpo y ahí sufrí igual”) e inevitablemente este evento marca, de forma negativa, el uso de la anestesia en las futuras intervenciones (“¡¡noo!! ¡¡ya!! me dejó traumao...”).

Asimismo, se puede observar que el sujeto evitará de manera constante y directa la reedición de la situación traumática (“le dije a la doctora... que no quería que me pusieran en mmm esta pa` quedarme dormío”), generando alternativas a la

situación estresante (“ehh... decirle al doctor que no quiero que me ponga la mascarilla... que me pinche, que me inyecte”).

### **5.2.1.2 Sentimientos asociados a la intervención**

*Hace referencia al estado de ánimo o disposición emocional hacia la intervención quirúrgica.*

#### **5.2.1.3.1 Sentí susto y mucho nerviosismo**

*Todos los pacientes aseguran que la idea de pasar por un procedimiento quirúrgico les provoca temor y nerviosismo, ya sea al momento de ser intervenidos o con anterioridad a esto.*

S1: Me asuste mucho, me puse muy nerviosa.

S2: Nerviosa, siempre estoy nerviosa antes de todo.

S3: (En relación al temor) A que me pincharan estaba como nervioso.

S3: El primer día que me operaron estuve nervioso.

S4: Me puse nervioso.

S5: Oh! me van a operar (...) me dio cosa.

S6: (En relación a como se sintió) nervioso, asustao.

En general, de manera casi unánime se utilizó la palabra *nervio* y sus derivados para referirse a lo que sintieron, ya sea durante o antes de la operación. Es interesante analizar que los sujetos que narran que sintieron *nervio* cuando se les

avisó que iban a ser intervenidos son lo que nunca han pasado por el quirófano (“me asusté mucho, me puse nerviosa, “me puse nervioso”, “oh! me van a operar...me dio cosa”). Quienes ya han tenido que pasar por esa experiencia no hacen referencia a ningún tipo de nerviosismo experimentado en el aviso de la intervención actual, sino más bien momentos antes de entrar a pabellón. Al parecer la emoción experimentada en la llamada es algo que con los siguientes avisos se difumina, no así el nerviosismo de estar en pabellón (“nerviosa, siempre estoy nerviosa antes de todo”).

Sólo en la narración de S3 aparece el nerviosismo de manera exclusiva para la primera intervención (“el primer día que me operaron estuve nervioso”). Sería interesante preguntarse hasta qué punto la ausencia de *nervio* en las siguientes intervenciones viene a ser un mecanismo normal de adaptación del sujeto frente a una situación perturbadora y donde pasa actuar como un mecanismo de defensa para el sujeto, propio de la negación.

#### ***5.2.1.2.2 Me doy cuenta que al pensar en la intervención pasan cosas en mí***

*Casi todos los entrevistados narran que al estar nerviosos o con pena sienten cosas distintas en su cuerpo, pudiendo relacionar sus reacciones corporales o comportamentales a este estado anímico. Narran que sienten algo en el estomago más frecuentemente pero que, además, hicieron cosas que al estar tranquilos no hubieran hecho.*

S1: (En relación al nerviosismo) lo sentí en la guata.

S2: Ahy!... sentí pena en todo mi cuerpo (risas)... en todo porque cuando uno siente pena, siente pena sobre todo su cuerpo, sobre uno mismo, y uno se siente decaído, mal...

S3: (Nervios) en la guata.

S4: Me tiritaba el cuerpo.

S5: Moverme mucho o comerme las uñas (se ríe)

S6: Me costó dormirme un poco (...) (cuando me avisaron) me dio rabia en el momento, y no tenía ganas de hacer nada, nada así deprimió... y después dije ah!... es pa` mi bien.

E: ¿Por qué habrá sido esa rabia?

S6: Mmm... Mas que na` mmm... por pena, creo... no quería que me hicieran el cateterismo... lo quería así, como pa` un año más, y eso.

E: ¿Cómo es esa pena que te da, como la podrías describirías tú?

S6: Paso acostao en mi cama... no me levanto... no pesco a nadie... mmmm lo hago... así.

Como vimos anteriormente, frente a la pregunta de qué sintieron cuando les avisaron que tenían fecha para ser intervenidos quirúrgicamente, casi todos los sujetos coincidieron en que era nerviosismo lo que primaba en ellos en ese momento. Ahora bien, es interesante analizar que todos de, manera unánime, fueron capaces de conectar dicha emoción con alguna parte de su cuerpo (“lo sentí

en la guata”, “sentí pena en todo mi cuerpo”, “me costó dormirme un poco”, “me tiritaba el cuerpo”, “en la guata”).

En este sentido, es sabido popularmente, que cuando uno se encuentra en un estado importante de ansiedad, los estresores desencadenan una serie de respuestas fisiológicas en el organismo, activándose el sistema parasimpático, aumentando el ritmo cardiorespiratorio, provocando sudoración, molestias en el estómago, temblores y tensión muscular, entre otros.

Se puede pensar entonces, que si bien en ningún momento fue nombrado en la narración de los sujetos la palabra angustia, por ser menos conocida a nivel popular, fue representada por la palabra *nervio*, o el equivalente somático de la angustia.

En dos de los relatos se puede observar cómo surgen nuevas emociones con respecto al proceso quirúrgico, poco tocadas por la mayoría de los sujetos, estas son la pena y la rabia (“pena sobre todo mí cuerpo, sobre uno mismo”, “me dio rabia en el momento, y no tenía ganas de hacer nada”). Coincidentemente, ambos sujetos son quienes han debido pasar no sólo por innumerables intervenciones, sino que, además, de alto riesgo. Dándose de esta manera una mezcla de sentimientos, los que se vuelven intolerables para ellos, prefiriendo evitar el tema y el contacto social (“acostao en mi cama... no me levanto... no pesco a nadie”, “y uno se siente decaído, mal...”).

### **5.2.1.2.3 Me da miedo no sobrevivir a la intervención**

*Algunos entrevistados cuentan el temor que sienten al pensar en la posibilidad de que la intervención saliera mal y que pudieran morir en ella. Por esto, les preocupa enormemente que se utilice adecuadamente la anestesia y otros utensilios.*

S4: (Me atemoriza) no despertar...en la anestesia.

S4: (En relación a lo que le preocupa) (...) que se le vaya a pasar la mano en cortar.

S6: (...) No quiero mascarilla (...) que me pinche, que me inyecte (...) para quedarme semi dormido (...) lo preciso no más (...)

S6: (En relación a un posible paro cardíaco) tengo miedo de eso (...) y aparte de la mascarilla (...) me dejó traumao (...)

En general, el temor al mal uso de la anestesia se vuelve un factor común en relación al origen de sus miedos, tendiendo a asociar el uso de la misma con una posible causa de muerte. Esta idea es vivida por S6 de manera más real, y por lo mismo más intensa, lo que genera en él una gran cuota de angustia, pudiendo convertirse incluso en una idea persecutoria, ya que evitará por todos los medios el uso de ella (“no quiero mascarilla (...) que me pinche, que me inyecte (...) para quedarme semi dormido (...) lo preciso no más”). Se puede pensar, además, que al estar anestesiado se entra en un estado parecido a la muerte, donde al parecer no hay conciencia del cuerpo, en donde uno deja de estar presente y se encuentra más cercano a la somnolencia. Es por eso que S6 evita esta situación para no estar

ausente (“para quedarme semi dormido, lo preciso no más”), para poder observar los procedimientos que se le realicen, es decir, para poder controlar la situación y evitar la incontrolabilidad y la incertidumbre, propios de la angustia.

#### ***5.2.1.2.4 Pensar que mis dolores se acabarán me hace sentir bien***

*Frente a la intervención, algunos entrevistados se sienten tranquilos y esperanzados porque ven ésta la solución a la problemática que viven actualmente en relación a su salud y vida cotidiana.*

S3: Un *alivio*.

S4: (...) Ahí me voy a sentir feliz después.

Resulta interesante observar que para dos de los sujetos, la situación quirúrgica produzca primeramente en ellos una sensación de alivio, a diferencia de lo que experimenta la mayoría de los sujetos, quienes lo viven mayoritariamente con nervio, ansiedad, angustia o preocupación. Si bien resulta extraño que ambos relatos se encuentren, si podemos decirlo así, fuera de la *norma*, es decir, dentro de lo no esperado, resulta aún más interesante tomarlo en cuenta, y menos beneficioso para nuestro estudio dejarlo afuera.

En este sentido, la posibilidad de mejorar rotundamente su calidad de vida es un factor predominante a la hora de cómo experimentan a nivel emocional la situación quirúrgica.

Por último, se podría pensar que ambos sujetos no significan las intervenciones a realizar como un real peligro para sus vidas, lo que favorecería el surgimiento de emociones más gratas para el sujeto.

#### ***5.2.1.2.5 No quería volver a pasar por esto***

*Algunos de los entrevistados narran que no querían volver a ser intervenidos quirúrgicamente, ya que la sola idea les provoca tristeza y rabia, además de las ganas de no asistir a la operación.*

S2: Mal po', estaba enrabia y te da pena, típico uno se pregunta por qué a mí.

S5: Me dan ganas de arrepentirme, de no operarme.

S6: (...) Sentí pena (...) no tenía ganas de hacer nada, nada (...) no quería que me hicieran el cateterismo.

S6: Sentí rabia al enterarme de una nueva intervención.

En primer lugar, parece relevante señalar que de manera casi unánime, todos quienes han sido intervenidos con anterioridad no quieren volver a pasar nuevamente por una situación quirúrgica. Entonces, resulta pertinente preguntarse acerca de cómo vivieron las intervenciones pasadas, qué situación negativa experimentaron en ellas que la idea de ser intervenidos nuevamente les evoca pena y rabia. Si volvemos a los análisis anteriores, podremos observar que tanto S2 como S6 tuvieron malas experiencias, desde su discurso, con el uso de la anestesia.

No obstante, la narrativa desarrollada por S2 nos muestra un cuestionamiento, una pregunta en el plano existencial (“típico uno se pregunta por qué a mí”). Con esta pregunta el sujeto entra a cuestionarse acerca de los motivos por los cuales ha debido pasar por esto, es decir, en el fondo busca obtener una respuesta, como si al obtenerla esta le brindará algún tipo de apaciguamiento. Finalmente, es posible observar que los discursos se encuentran teñidos por una alta carga emocional, la cual sólo se explica en un contexto de continuas intervenciones y situaciones traumáticas ligada a ellas.

#### **5.2.1.4 Pensamientos asociados a la intervención**

*Hace referencia a todo aquello que es traído mediante la actividad del intelecto, es decir, todo aquello que sea de naturaleza mental, sean estos elementos abstractos, racionales, creativos, artísticos, etc.*

##### **5.2.1.3.1 Todo va a salir bien**

*Algunos entrevistados piensan que la operación va a resultar todo un éxito y que no ocurrirá nada extraño. Además de ser muy llevadera, tanto por su corta duración como por su fácil recuperación.*

S1: Me imaginaba que iba a (...) resultar bien.

S1: Ehhh lo que más imaginé sí que cuando me iban a operar que iban a haber muchos doctores alrededor mío.

E: Y ese pensamiento ¿Qué te provoca?

S1: Me tranquiliza.

S5: (...) Sé que va a salir bien, si tengo fe.

S5: Yo creo será (...) una corta, fácil y poco dolorosa.

Es interesante analizar, que algunos entrevistados tienen la convicción de que la intervención quirúrgica a la cual serán sometidos saldrá bien. Ahora bien, la elaboración de ambas adolescentes parece dirigirse en dos direcciones; en un caso, parece ser que la imagen del médico como figura de experto viene a instalar en el paciente un estado de bienestar y seguridad. La imagen del profesional de la salud, en este caso, proporciona una sensación de apaciguamiento, calma que sólo entrega la idea de encontrarse en “manos de expertos en la materia” (“lo que más imaginé...que iban a haber muchos doctores alrededor mío”). Por otra parte, en el segundo caso, si bien no se instala la idea de un referente médico, se encuentra a la base la idea de alguien superior, que si bien no nombra y pensando en la cultura occidental en la cual nos encontramos, podría corresponder con la imagen de Dios. Si analizamos entonces ambas figuras, podemos ver que si bien son muy distintas ideológicamente, ambas se encuentran cargadas en el imaginario colectivo con la idea de poder. Poder que sana y que calma, ya sean dolores o enfermedades y que, por lo tanto, puede cambiar un destino, siempre y cuando exista la certeza de que así ocurrirá (“sé que va a salir bien, si tengo fe”).

#### ***5.2.1.3.2 Quiero operarme***

*Varios entrevistados se mostraron contentos con la noticia de su posible intervención quirúrgica, deseando que esta sea lo más pronto posible. Asimismo, algunos señalaron que esto sería lo que más quieren en la vida.*

S3: Que ohhh! qué bueno que me van a operar que (...)

S4: No sé, que lo único que quiero es que me opere.

Cabe señalar que en la categoría anterior, acerca de los sentimientos asociados a la intervención, ambos sujetos señalaron que para ellos la noticia de una posible intervención quirúrgica representó un alivio más que una perturbación emocional (“que bueno que me van a operar”, “lo único que quiero es que me operen”). De esta manera, era esperable que se encontrara en esta categoría pensamientos que vinieran a sustentar el surgimiento de dichas emociones. Y de alguna manera es un indicador positivo, si pensamos que no operó algún tipo de disociación en ellos. Si este hubiera sido el caso, la intervención a nivel psicológico se hubiera convertido, no en una posibilidad, sino en una necesidad. Los significados valorados positivamente en los relatos tienen relación, como mencionamos anteriormente, con el beneficio tanto práctico, como ejemplo poder jugar a la pelota y poder caminar sin dolor, como estético, poder mostrar sus pies sin que esto sea motivo de vergüenza y burla.

Por último, resulta interesante observar que ambos sujetos, si bien han sido intervenidos con anterioridad, no tuvieron ningún tipo de experiencia traumática en dichas intervenciones (observar la categoría acerca de las vivencias), que pudieran haber condicionado de alguna manera las siguientes.

#### ***5.2.1.3.3 Nadie sabe qué va a pasar***

*Algunos de los entrevistados piensan que lo que les espera en el futuro es incierto, saben que se tienen que someter a esta intervención pero no saben cómo*

*saldrán de ella, ni que sucederá cuando despierten de la anestesia. Esta incertidumbre los lleva a cuestionarse si la intervención resultará o no.*

S2: Nerviosa, siempre estoy nerviosa antes de todo, porque no sé, no sé qué me va a pasar, o si la anestesia realmente me va a hacer bien, uno no sabe a lo que va.

S2: Pero igual es difícil porque uno se pregunta hartas cosas, al menos yo que... me pregunto estará bien, estará mal, y digo porqué paso eso, porqué de esto otro...

S4: Como no sé si no voy a despertar...no despertar

S6: Solo... Pensar que, qué iba a hacer mañana... que, cómo iba a ser cuando despierte... qué dirán los doctores, pensaba eso...

En primer lugar, resulta interesante analizar que, al parecer, los sujetos perciben la situación quirúrgica como una situación de constante incertidumbre e incontrolabilidad. Esta situación los invita a fantasear a cerca de lo que podría ocurrir tanto durante la intervención como después de ella (“no sé qué me va a pasar, o si la anestesia realmente me va a hacer bien”, “como no sé si no voy a despertar...no despertar”, “pensar que, qué iba a hacer mañana... que, cómo iba a ser cuando despierte... qué dirán los doctores”). Se puede observar además, que especialmente en la narración de S2 esta fantasía acerca de lo que podría ocurrir mal en la intervención genera altos montos de angustia en el sujeto, ya que se observa que comienza un cuestionamiento continuo de cada paso que se va dando durante el procedimiento quirúrgico, ubicándose en una situación de hiperalerta y

a la vez muy maníaca<sup>1</sup> (“me pregunto estará bien, estará mal, y digo por qué pasó eso, por qué de esto otro”).

Por otra parte, se instala nuevamente la figura del médico en la narrativa, pero ahora de S6 (“cómo iba a ser cuando despierte... qué dirán los doctores”), quien al cuestionarse acerca de las cosas que podrían o no pasar durante su intervención, introduce la imagen del médico como un informante absolutamente validado y valorado en la devolución de lo que, ya no en su fantasía sino en la realidad ocurrió.

#### ***5.2.1.3.4 Hay que aceptar lo que a uno le tocó***

*Algunos de los pacientes se cuestionan el motivo por el cual tienen que pasar por tanta intervención quirúrgica, además de pasar tanto tiempo en el hospital y lejos de sus seres queridos. Sin embargo, piensan que deben asumir lo que les tocó vivir, ya sea por convicciones religiosas o por resignación.*

S2: Uno se pregunta porqué a mí, porque igual los tratamientos que te inyectan son fuertes po', y te duelen (...) pero al final es lo que (...) hay que aceptar (risas)

S6: Si (Dios) quiere (...) tengo que asumir no ma`(...)

En el relato de S2, resulta interesante observar que comienzan a esbozarse las primeras líneas, aun muy rudimentarias, de lo que sería una buena elaboración de su proceso, porque es capaz de situarse desde un lugar, y desde allí comenzar a preguntarse tanto a ella como a los demás. Si bien ese lugar no es fácil, debido a

---

<sup>1</sup> Ver apartado 5.2.1.6.1

que no siempre se encontrarán respuestas, lo importante es que exista la posibilidad de darle sentido a su experiencia y eso sólo se logrará a través de este proceso de análisis. Por otra parte, se podría pensar que su elaboración aún es muy ambigua, ya si bien se pregunta (“por qué a mí, porque igual los tratamientos que te inyectan son fuertes po’, y te duelen”), en seguida la invalida al responderse (“es lo que...hay que aceptar”), bloqueando cualquier tipo de respuesta poco adecuada a la situación.

Ambas narrativas coinciden en una idea cimentada a la base. Esta es: se debe “soportar” la situación, por no existir otra posibilidad (“es lo que hay...hay que aceptar”, “tengo que asumir no más”). Resulta interesante plantear entonces, que al parecer esta idea viene a actuar para ambos, como “chaleco salvavidas” a la hora de apaciguar cualquier tipo de angustia eliciteda por la situación que inevitablemente acontecerá. Siguiendo ambos relatos, la idea podría ser la siguiente: para qué pensar, para qué preguntarse por qué yo, para qué cuestionarse tanto las cosas si finalmente sucederá de igual manera. El no cuestionarse traería al parecer la disminución de la tan perturbadora angustia.

#### ***5.2.1.3.5 Las cosas pueden salir mal***

*La mayoría de los entrevistados asegura haber pensado en algún momento en la posibilidad de que las cosas no salieran tan bien, o que, en el peor de los casos, la intervención fracasará.*

S1: Yo pensé que me la iban a hacer con anestesia y me iba a doler mucho.

S2: Ahora digo no po’, digo a lo mejor va a salir mala.

S6: Me paso rollos (...) como que me puede dar un paro cardíaco en la operación.

El modo en que los jóvenes logran dar cuenta de lo que pensaron en algún momento, en relación a los resultados de su intervención, resulta significativamente llamativo. En el discurso de S1 surge nuevamente la figura de la anestesia, pero en este caso, valorados de manera positiva, en donde el uso de ella elicitaba en el sujeto sentimientos de confianza y tranquilidad. Al parecer, la idea de sentir dolor físico durante la intervención quirúrgica, para S1, es causa de profundo temor.

Por otra parte, si volvemos a la narrativa de S2, se puede observar que aquí aparece un contenido distinto al anterior, un desenlace negativo (“ahora digo no po’, digo a lo mejor va a salir mala”). El sujeto se cuestiona lo incuestionable hasta este momento, es decir, (¿las cosas podrían salir mal?).

Asimismo, parece ser que para S6 el origen de sus miedos tiene que ver con algo más originario, con su enfermedad cardíaca; enfermedad que lleva consigo desde su nacimiento, dando cuenta en su narrativa de sus temores más profundos (“me paso rollos (...) como que me puede dar un paro cardíaco en la operación”). Es pertinente preguntarse entonces, si el temor de S6 viene a traspasar el ámbito quirúrgico y hospitalario para instalarse a nivel psíquico (¿miedo que quizás es parte de su historia y que viene a trazar un futuro?).

#### **5.2.1.4 Significaciones asociadas a la intervención**

*Se refiere al conjunto de ideas y valores asociadas a la intervención.*

##### **5.2.1.4.1 Cada intervención es distinta**

*Los entrevistados, en general, tienden a hablar de forma diferenciada de cada intervención, manifestando impresiones sobre las que más recuerdan.*

S1: (En relación a la intervención) Me va a ayudar mucho.

S2: (Intervenciones anteriores) Han sido buenas porque...en realidad me atienden bien, me anestesian bien, se podría decir (entre risas).

S6: Más o menos (...) es que hay mejores (...) pero hay peores (...) es que la última (...) vez que me quede acá no se me movían los brazos.

Por razones obvias, esta tópicos tiene relación con los pacientes que han vivido más de una intervención quirúrgica. En cada uno de los relatos, puede observarse que el recuerdo y la posterior evaluación que se hace del procedimiento está marcada por algún suceso ocurrido durante la cirugía. Por ejemplo S6, recuerda de forma especial el último cateterismo que se le realizó, donde hubo problemas con la anestesia, lo cual provocó que su recuperación post operatoria tomara más tiempo del que se tenía contemplado. Esta vivencia marca la evaluación que el entrevistado hace de sus intervenciones (“es que hay mejores... pero hay peores”). De cierta forma, esta situación ansiógena a la que se vio expuesto el paciente demuestra que lo planteado por la psicoprofilaxis quirúrgica, acerca de facilitar la creación de defensas eficaces que permitieran una conducta adaptativa con un

monto de ansiedad que el Yo pueda controlar, para disminuir el potencial efecto traumático de la vivencia, es totalmente vigente y aplicable a la experiencia de este paciente. Ya que, es posible hipotetizar, con una adecuada preparación y acompañamiento pre quirúrgico se hubiese logrado enfrentar la situación de forma más adaptativa, y menos traumatogénica para el sujeto. Sin embargo aquí sucede todo lo contrario, el paciente no es acompañado, por lo que resulta más vulnerable y con mayores riesgos psicosomáticos.

#### ***5.2.1.4.2 Reacciones provocadas ante el aviso de la intervención***

*La mayoría de los entrevistados coincidió en la buena recepción sobre el aviso de la cirugía.*

S1: Que no era algo tan fuerte como las otras cosas que le pasan a los otros niños.

S2: Mal po' (...) te enrabia y, te da pena.

S3: Dije ohhh qué bueno (...) a mí ya me dolía mucho, no podía pisar.

S4: Bien, igual voy a quedar con un dolor pero no tanto como en el anterior.

Resulta interesante, como primer punto, que el aviso de la cirugía en general para todos los pacientes, con o sin intervenciones previas, es sorprendente e inesperado. Es llamativo además, que para los pacientes crónicos el aviso de una nueva intervención los tome por sorpresa, ya que en su condición es mucho más probable que las intervenciones de tipo quirúrgico sean recurrentes. Esto nos hace pensar en la información real que poseen los adolescentes con respecto a su situación de salud, y por lo tanto a la información que médicos y padres han

compartido con ellos. Ante esto nos preguntamos ¿se les habrá dado las explicaciones pertinentes con respecto a sus padecimientos?, ¿se les comentará, de forma seria y detallada, su condición actual y lo que se espera para su futuro? Esta cierta desinformación, de la que da cuenta la sorpresa del aviso, nos habla de la falta de espacio para el paciente, tanto en el espacio quirúrgico como hospitalario en general, donde éste es reducido (como hemos dicho) al objeto averiado que necesita de reparación. Sin darle el lugar de sujeto-paciente que necesita de información acerca de su padecer, independiente de la edad en la que se encuentre.

#### ***5.2.1.4.3 Las operaciones me han dado varias cosas***

*La gran mayoría de los entrevistados visualiza los aportes que les han brindado sus intervenciones a su calidad de vida.*

S2: (...) Obviamente que lo he necesitado, por eso que me lo han hecho (...).

S2: Una segunda oportunidad de vida.

S2: (Si no se operaba) Naa po`, me hubiese muerto.

S6: Me han facilitado varias cosas (...) cuando yo corro no me canso ya, antes se me ponían los labios morados cuando corría, ahora ya no (...) hago hartas cosas.

S6: (...) Esa operación es como mi vida (...).

A pesar de la angustia/ansiedad que se encuentra tras cada intervención quirúrgica, los adolescentes que han sido sometidos a varias intervenciones encuentran en sus experiencias pasadas el motor que les permite enfrentarse a una

nueva intervención. En este sentido, constatar a partir de los resultados observados respecto de las intervenciones previas, les ayuda a enfrentar la angustia/ansiedad que se re-edita en cada nueva cirugía. Relatos como el de S2 (“me hubiese muerto”) y S6 (“cuando yo corro no me canso ya, antes se me ponían los labios morados cuando corría, ahora ya no”), reflejan de forma precisa lo señalado.

#### ***5.2.1.4.4 Creo que después de que me operen voy a poder estar bien***

*Las manifestaciones por parte de los pacientes con respecto a los resultados que esperan de sus intervenciones, tienden a ser positivos.*

S5: (En relación a la importancia de la intervención) Mucho, porque igual así para dejar de dolerme.

S5: Voy a poder después estar bien, tranquila.

S6: Yo sé que ahora Dios va a hacer un milagro en mí (...) y que va a salir todo bien (...).

S6: (En relación a los resultados de la intervención) Mucho mejor creo, demasiao mejor.

Si bien, y en concordancia con el encabezado, la mayoría de los paciente esperan (o aseguran) que los resultados de sus intervenciones serán positivos, es importante resaltar que esta positividad está marcada y cargada de la angustia que provoca en los pacientes la situación quirúrgica. En este sentido, las aseveraciones sobre los resultados favorables enmascaran el miedo y preocupación con las que

los adolescentes se acercan al espacio de la cirugía. Así lo dejan ver relatos como el de S6, quien aunque asegura que su cirugía resultara exitosa, necesita de todas formas apoyarse en una figura divina de respaldo para sentirse seguro (“Yo sé que ahora Dios va a hacer un milagro en mí, y que va a salir todo bien”). Por lo tanto, podríamos decir que ante la inminente realidad de la cirugía, no basta con que el paciente manifieste verbalmente que “está tranquilo”, o “que sabe que todo saldrá bien”, como la mayoría de los entrevistados, sino que hace falta la mirada clínica, la palabra de un profesional, que permita al paciente manifestar aquello que incluso en ocasiones ni ellos mismo han identificado.

#### **5.2.1.5 Recursos Personales**

*Se refiere a aquellos elementos individuales, capacidades, saberes, destrezas, rasgos de carácter, que le aportan y facilitan a un individuo algún tipo de beneficio.*

##### **5.2.1.5.1 Fuerza de voluntad**

*Los entrevistados coincidieron y resaltaron la necesidad de tener fuerza y voluntad para enfrentar adecuadamente las intervenciones quirúrgicas.*

S1: Yo puedo hacer las cosas porque a mí me gusta, no porque me lo digan.

S2: Mucha fuerza (...) fuerza de voluntad en realidad porque (...) si uno dijera no, no puedo obvio que uno no va a poder.

S4: Que me atrevo y yo quiero.

S6: Yo mismo sacarle el peso e intentar levantar los brazos, aunque se me caigan solos.

La voluntad, traducida en un querer, parece ser fundamental según lo que plantean los entrevistados, al momento de enfrentar una situación tan estresante como la quirúrgica. Frases como “me atrevo y yo quiero” de S4 y “Yo puedo hacer las cosas” de S1, hablan de esta perspectiva de voluntad a la que hacen referencia los pacientes, quienes visualizan esta actitud como fundamental, ya que es la que les daría la seguridad y fuerza para sentirse capaces de hacer frente a la pronta experiencia quirúrgica.

Esta voluntad, si la observamos detenidamente, también responde a las lógicas angustiantes de la cirugía, ya que a través de la repetición de este “sí puedo”, se genera también una especie de placebo, que calma a los pacientes en este espacio de estrés. De hecho, al escuchar a los pacientes referirse con tanta seguridad que son capaces de enfrentar exitosamente sus procesos, parecen intentar al mismo tiempo convencer al entrevistador y a ellos mismos.

#### ***5.2.1.5.2 Ganas de seguir luchando***

*Según los entrevistados, la lucha y valentía resultan ser fundamentales para enfrentar las situaciones, sentimientos y dolores que surgen en la situación de cirugía.*

S3: Como dice mi papá que soy valiente, que estoy acostumbrado.

S5: (...) Ser valiente, seguir adelante con mi vida porque igual estos dolores son molestosos, porque igual uno no puede estar tranquila entonces esto me ayuda a seguir, las ganas (...) hartas.

S6: Yo mismo quise (...) agarré fuerza.

S6: Mis ganas de seguir luchando (...).

S6: Cien veces que caeré, esas cien veces me levantaré yo mismo (...).

Impresiona la alta valoración que la mayoría de los entrevistados hacen de la valentía y la lucha, como características necesarias para enfrentar la situación quirúrgica.

Aparecen dentro de la narrativa de los pacientes vestigios de opiniones e ideas de los padres, quienes al parecer avalan y potencian la postura valiente de sus hijos. Tal vez, desde este respaldo se pueda entender el aprecio que estos adolescentes hacen a las características ya mencionadas.

#### ***5.2.1.5.3 Reflexiones surgidas a partir de la intervención***

*Para algunos de los entrevistados, la cirugía genera un proceso de reflexión personal.*

S2: Si sale buena pucha tomarse los remedios ahora, ser más consiente porque igual ya estoy grande, no puedo ser tan (...) tan dejá.

S2: Cuestionándome más como persona.

Es interesante observar, primero que estas reflexiones se dieron en S2, quien es la paciente de mayor edad (16 años) dentro de los entrevistados, y además es enferma crónica (hepática). Es importante recalcarlo, ya que es más probable que un paciente de su edad presente las condiciones de madurez necesarias para realizar un ejercicio de reflexión como este. A lo cual se le suman las vivencias experimentadas en su calidad de paciente crónica.

Por otra parte, se hace evidente que estas reflexiones están cargadas de culpa (“ser mas consiente porque igual ya estoy grande, no puedo ser tan, tan dejá”), la cual intenta encubrir con reiteradas risas. Es interesante cómo esta paciente se visualiza como responsable de su situación, lo cual a partir de su relato tiene que ver con los retos por parte de su médico y familia.

### **5.2.1.8 Defensas Desplegadas**

#### **5.2.1.8.1 Maníacas<sup>2</sup>**

*Se puede observar, en algunos de los entrevistados, tendencia a la risa y baja capacidad de contacto emocional, al referirse a situaciones delicadas que han vivido.*

S1: Algo chistoso que cuando el doctor pone la mascarilla de... cómo se llama... anestesia y uno... El doctor le dice que cuente y uno se va quedando dormida.

S2: (Con respecto a su trasplante) Lo redujeron y ahora es un hígado completo po’, se regeneró con el tiempo, y está malo (ríe).

---

<sup>2</sup> La defensa maníaca consiste en una negación de la realidad interna, la presencia de una angustia depresiva y la transformación de estas emociones en las contrarias a través de una negación (Dorsch, 2002).

S2: (Con respecto al aviso de intervención) típico uno se pregunta por qué a mí, porque igual los tratamientos que te inyectan son fuertes po', y te duelen y las venas te hacen doler y too... pero al final es lo que... hay que aceptar (risas).

S5: Como que me presionaran o como si me apuñalaran ahí y duele harto así... como que de repente no comí por días...de repente una vez no comí por tres días (se ríe).

En el caso de los entrevistados, se puede observar que la defensa maniaca surge como una forma de negar la angustia propia del proceso de la intervención (“hay que aceptar (risas)”). En este sentido, se puede visualizar cómo la implementación de este mecanismo de defensa podría tener a la base la búsqueda de cierta tranquilidad con respecto a temas inherentes a la cirugía, como la anestesia, los pinchazos o también a fantasías de muerte o enfermedad que rondan el proceso.

A su vez, por la forma en que este recurso aparece en la narrativa de los sujetos, se podría pensar que surge como consecuencia de una incapacidad de los pacientes de enfrentar la realidad interior angustiosa que impone la cirugía. Por lo que se verían en la necesidad de deformar la realidad, a través de risas, anécdotas, etc., para alejarse de la realidad interior angustiosa surgida a partir de la intervención. En este sentido, se podría decir que este es un recurso defensivo que sirve para construir una realidad psíquica más tolerable para el sujeto, que le sirva para alejar de su conciencia los contenidos angustiosos que no se pueden tolerar.

### 5.2.1.8.2 *Intelectualización*<sup>3</sup>

*En algunos de los entrevistados, resalta una tendencia al uso del análisis y la explicación para referirse a sus intervenciones quirúrgicas pasadas y presentes.*

S1: Que no me pusiera nerviosa porque no era algo tan... tan fuerte como las otras cosas que le pasan a los otros niños

S2: Buena porque me han servido de mucha experiencia... uno va creciendo a través de eso, con lo que pasa.

S6: Es que... le voy a dar un ejemplo... si la doctora dice... ya no puedes moverte más, no po`, yo tengo que dar una segunda opción, ese soy yo, y tengo que yo mismo sacarle el peso, y intentar levantar los brazos, aunque se me caigan solos. Pero después estaba así con los brazos (levanta los brazos), levanta al máximo, y sentía que se me caían solos, y la segunda levanté los brazos y se me cayó, pero lo detuve, ahí lo detuve.

S6: Eh... a mi mamá... y dije... me dio rabia en el momento, y no tenía ganas de hacer nada, nada así deprimió... y después dije ah!... es pa` mi bien. Yo sé lo que hago, o sea Dios sabe lo que hace en mí, así que si quiere que esté bien tengo que asumir no ma`...

S6: (Con respecto a su intervención actual) Pienso que va a ser la última... porque no sé, desde que nací he tenido este problema, pero yo sé que ahora Dios va a hacer un milagro en mí... y que va a salir todo bien...

---

<sup>3</sup> Mecanismo de defensa inconsciente que emplea el razonamiento o la lógica (explicación) para tratar de evitar la confrontación, y así defenderse de la angustia/ansiedad (Dorsch, 2002).

S6: Eh... Mis ganas de seguir luchando... esas cien veces que caeré, esas cien veces me levantaré yo mismo... no sé como que yo mismo soy mi fans... si caigo yo, yo mismo me vuelvo a levantar, ¡aunque sea solo!

En el caso de las defensas de intelectualización, podemos observar cómo los pacientes utilizan el razonamiento y abstracción para bloquear la confrontación con el conflicto angustioso de la operación.

Resulta interesante observar cómo los relatos S2 y S6 muestran cómo los pacientes, para referirse a sus intervenciones (pasadas o presentes), hacen un movimiento subjetivo, es decir se apartan emocionalmente de sí mismos, y de los hechos relatados para analizarlos de forma indiferente y distante. Lo cual les permite acercarse al acontecimiento perturbador sin hacer un contacto real con este. Es decir, permite el análisis del evento estresante de una manera que no provoque ansiedad, solo en términos de descripción de lo vivido.

#### **5.2.1.8.3 Formación Reactiva<sup>4</sup>**

*Es posible observar, en algunos de los pacientes, cierto desplazamiento de las vivencias angustiantes/ansiosas hacia un plano “más positivo”, como una forma de desligarlas de los sentimientos que les son desagradables o difíciles de soportar.*

S1: Que... no se qué... me imaginaba...que iba...que iba... que iba a resultar bien y ya resultado.

---

<sup>4</sup> Mecanismo de defensa que consistente en la expresión opuesta a la del deseo que el sujeto tiene pero evita, por motivos de censura (Dorsch, F. 2002).

S1: Ehhh lo que más imagine sí que cuando me iban a operar que iban a haber muchos doctores alrededor mío (Y ese pensamiento ¿Qué te provoca?) Me tranquiliza.

S2: los recuerdos... que tengo sobre mi operación son todos buenos...

S3: que me siento emocionado.

S4: Nada, ahí me voy a sentir feliz después.

En primer lugar, es interesante cómo se presenta la formación reactiva en el relato de los entrevistados, por ejemplo en la narración S2 (“los recuerdos... que tengo sobre mi operación son todos buenos...”), parece en un primer momento sólo una resistencia a recordar las intervenciones anteriores, sin embargo al terminar la narración se presenta una actitud de evaluación positiva, que podríamos pensar facilita el acercamiento de la paciente a los recuerdos angustiantes de las intervenciones anteriores. Se observa de esta forma, que la formación reactiva se presenta en sentido opuesto a los recuerdos angustiosos de los pacientes, funcionando como una especie fuerza que detiene la aparición del pensamiento doloroso, sustituyéndolo por otro más agradable. Así queda en evidencia en los relatos de S3 (“que me siento emocionado”) y S4 (“Nada, ahí me voy a sentir feliz después”), quienes en función de esta formación reactiva, e intentando reprimir la angustia que les provoca la cirugía, transforman sus respuesta angustiosas en respuestas más “positivas” y, por lo tanto, tranquilizadoras para ellos.

## **5.2.1.9 Ansiedades atingentes al proceso de adolescencia**

### **5.2.1.9.1 Cambios Físicos**

*En general, los entrevistados no muestran un marcado interés por las consecuencias físicas (cambios, marcas, cicatrices) que la intervención pudiese ocasionar.*

S1: (En referencia a su dedo) ah (...) porque yo quiero hacer cosas que en donde yo vivo en Peñalolén el chincowe hace cosas de natación, cosas así y (...) yo quiero hacer eso pero por mi pie no puedo, o en el colegio hay que hacer bailes a pata pela y a mí me da vergüenza.

S4: Porque igual me daba vergüenza que me pregunten, entonces ahora me voy a sentir feliz.

S5: Sí, una marca pero chiquitita, bien chica.

A pesar de la evidencia teórica que hemos planteado en el acápite correspondiente al marco teórico de esta investigación con respecto a la adolescencia, donde se manifiesta que los cambios físicos y las problemáticas del cuerpo son centrales en la adolescencia, podemos evidenciar, a partir del relato de los entrevistados, que esta importancia disminuye o se diluye en el contexto de la intervención quirúrgica. Muy por el contrario de lo que se esperaba, a la mayoría de los entrevistados no les preocupan las marcas o cicatrices que puedan resultar de la intervención, esto se evidencia por ejemplo en el relato del S5, quien dice que no le importa la cicatriz (aunque sabe que será pequeña). Al parecer, los pacientes

esta dispuestos a transar la estética por el apaciguamiento del dolor y el bienestar de su salud.

#### **5.2.1.9.2 Construcción de la Identidad**

*Es posible visualizar en el relato de los entrevistados indicios de una de las problemáticas centrales en la etapa de la adolescencia: la búsqueda de la identidad y la diferenciación de las figuras parentales.*

S1: Yo puedo hacer las cosas que porque a mí me gusta hacer estas cosas, no porque me lo digan por obligación, es porque a mí me gusta.

S2: Me han servido de mucha experiencia... uno va creciendo a través de eso, con lo que pasa.

S2: Y uno siempre busca a alguien a quien culpar, pero al fin y al cabo uno termina siendo el culpable po', si estamos grandes ya y... sabemos qué hacer.

S2: Es una persona normal pero solamente que se cuida con las comidas, los remedios.

S4: Es que no sé, como yo con mi hermano vamos a estar operados de lo mismo, igual me da vergüenza.

S5: Nada, le hago caso no más para que me deje tranquila.

S5: (le cuenta a un amigo) Le dije que me iban a operar no más y me dijo que estaba bien po', para que se me fueran los dolores porque igual siempre andaba

¡Ohhh, me duele el estómago! ¡Me duele el estómago!... entonces a él también como que le molestaba que siempre andaba así (se ríe).

S6: Algunas veces pienso que quiero que se me borre, porque tengo miedo que otra persona me mire (...) y sienta como alejamiento (...) pero después fui admitiéndolo y ya, y paso y entonces me saco la polera con quien sea y donde sea y ya no me pasa lo mismo (...).

Resulta sorprendente cómo, aún en la situación de estrés en la que se encuentran los pacientes, la tarea de la construcción de la identidad se sigue trabajando. Es interesante observar como la mayoría de los entrevistados buscar marcar la diferencia ya sea con sus padres, como es el caso de S5 o con sus hermanos, como S4. En esto, claramente se ve un intento por construirse como sujetos diferenciados, como una subjetividad distinta a la parental. Surgen en torno a esta construcción, ideas con respecto a la responsabilidad (S2), a las decisiones personales que provocan sentimientos de independencia y autovalía.

También en torno a lo anterior, es muy llamativo cómo estos adolescentes integran a su trabajo psíquico las vivencias particulares de sus enfermedades (especialmente los enfermos crónicos), desde donde también logran rescatar elementos para la configuración de esta nueva individualidad. Este es el caso de S2, quien defiende la postura de la normalidad, desde la posibilidad de acceder a la igualdad (“es una persona normal pero solamente que se cuida con las comidas”). Similar es el caso de S6, quien habla de las marcas corporales que dejaron las intervenciones anteriores. Al referirse a ellas se nota que ha hecho una integración de ellas como una marca que le recuerda quién es, que muchas veces

no le gustó, pero que en definitiva también lo ayudan a construirse como otro diferenciado y particular.

## **5.2.2 Análisis de Categorías**

### ***5.2.2.1 Vivencias asociadas a la intervención***

Resulta interesante analizar, en relación a las vivencias asociadas a la intervención quirúrgica, que no existe un consenso en relación a cómo la han vivido cada uno de los entrevistados. En este sentido, no podríamos construir una sola respuesta. Asimismo, se podría decir que cada sujeto, en su individualidad, es capaz de percibir cosas distintas de una misma situación o estímulo. De esta manera, se vuelve relevante referirse a que, si bien muchos de ellos no han tenido buenas experiencias en sus intervenciones pasadas con el uso de la anestesia, como fue la experiencia tanto de S2 (“la anestesia me hizo mal, me tuvieron que poner oxígeno”) como de S6 (“me hicieron un cateterismo (...) me acosté en una camilla (...) había despertado y me habían puesto una anestesia y no estaba moviendo casi la mitad de mi cuerpo, y ahí sufrí igual”), pareciera ser que éste no es motivo suficiente para desvalorizar los beneficios que han traído a sus vidas las respectivas intervenciones quirúrgicas (“me han servido de mucha experiencia”, “bien, porque no podía pisar, no podía jugar a la pelota no podía correr”, “me va a ayudar mucho (...) porque yo quiero hacer cosas (...) pero por mi pie no puedo”).

Retomando el tema acerca del uso de la anestesia, es interesante observar que este contenido fue puesto, de manera espontánea, por casi todos los entrevistados al consultarle tanto por sus experiencias pasadas como por las actuales. En el primer

caso, dos de los entrevistados expresaron la profunda angustia que sintieron al darse cuenta que la anestesia no estaba funcionando de manera adecuada, tanto por su falta de efecto (“yo todavía no estaba muy bien anestesiada, entonces sentí cuando me empezaron a sacar”) como por su excesivo efecto (“me habían puesto una anestesia y no estaba moviendo casi la mitad de mi cuerpo”). En el segundo caso, la anestesia también fue un tema en esta intervención para quienes no han sido operados aún, ya que si bien para uno de ellos era angustioso pensar que no volvería a despertar de la anestesia, para otros era motivo de tranquilidad pensar que no sentiría dolor al estar anestesiada. Perspectivas opuestas en sujetos que aún no pasan por la experiencia quirúrgica.

En este sentido, resulta interesante observar la narrativa, tanto de S2 como de S6. Si bien sus intervenciones han sido distintas, estas coinciden en bastantes puntos, entre ellos se puede destacar: el gran número de intervenciones a las cuales han sido sometidos ambos, los eventos traumáticos que han tenido que vivir frente al uso de la anestesia y la continuidad de sus vidas dependía de las intervenciones. Todas estas situaciones vividas en el pasado, hacen que el sujeto construya su historia con una gran carga emocional, y estas vivencias, como bien sabemos, configuran un determinado tipo de sujeto. Sería pertinente preguntarse entonces, en el afán académico de crear un perfil, si son sujetos más conectados tanto con lo corporal como con lo emocional, o por el contrario ¿más disociados?

#### ***5.2.2.2 Sentimientos asociados a la intervención***

Cuando nos referimos a los sentimientos asociados a la intervención quirúrgica, estamos hablando del estado de ánimo, es decir, de la disposición emocional de

los sujetos frente a dicha situación. A modo general, los sentimientos más recurrentes visualizados en la narrativa de los sujetos fueron el nerviosismo, la pena y la rabia, siendo el primero de ellos el más utilizado a la hora de describir lo que sintieron cuando se les avisó que serían intervenidos quirúrgicamente.

Sólo en uno de los relatos el aviso de su posible intervención significó un alivio. No deja de llamar la atención esta respuesta, debido a que tal como mencionamos en el análisis por tópicos, por mucho que la intervención venga a dar una mejora en su calidad de vida, como por ejemplo poder jugar a la pelota, no deja ser una situación perturbadora. Si bien es probable que el resultado de la operación venga a dar alivio, la intervención en sí misma es un proceso complejo y movilizador de altos montos de angustia e incertidumbre, por lo que se esperaba que mencionara en su relato algún tipo de emoción angustiosa asociadas al proceso. En este caso, sería pertinente preguntarse acerca de las defensas que están operando en S3 a la hora de ser intervenido.

Por otra parte, resulta relevante analizar que para quienes ya habían sido intervenidos con anterioridad, nerviosismo no fue lo que primaba en ellos, sino más bien la pena y la rabia de volver a pasar por lo mismo (“sentí rabia al enterarme de una nueva intervención”, “sentí pena (...) no tenía ganas de hacer nada, nada (...) no quería que me hicieran el cateterismo”, “estaba enrabiá y te da pena”). Era recurrente en su narrativa la idea de no comprender porque debían ser sometidos nuevamente a una intervención. Sin embargo, su consuelo era pensar que nada podían hacer al respecto y que sólo les quedaba aceptar, ya sea porque iba a ser lo mejor para ellos o porque Dios así lo quería. A su vez, resulta

interesante analizar que el temor a no sobrevivir a la intervención fue narrado por casi todos los entrevistados, originado mayoritariamente por el posible mal uso de la anestesia. Dándose solo en dos ocasiones causas diferentes (“que se le vaya a pasar la mano en cortar”, “tengo miedo de eso, de un posible paro cardíaco”).

### ***5.2.2.3 Pensamientos asociados a la intervención***

Resulta interesante visualizar que, en general, los pensamientos asociados a la intervención quirúrgica fueron muy variados. Desplazándonos desde quienes piensan que la intervención resultará todo un éxito, hasta quienes han llegado a pensar en la posibilidad de que algo ocurra mal en la intervención.

En primer lugar, quienes consideran que la intervención tendrá un buen resultado, coincidentemente son quienes aseguran que lo único que quieren en la vida es ser intervenidos quirúrgicamente. Además, son quienes narran que se encuentran limitados en sus actividades diarias debido a su problema, como por ejemplo no poder caminar bien, no poder usar sandalias porque tienen una uña encarnada o no poder jugar a la pelota. La idea de poder revertir esta situación con la operación los invita a estar contentos con la idea (“ohhh! qué bueno que me van a operar”, “no sé, que lo único que quiero es que me operen”) y a estar esperanzados en que la intervención será además de exitosa muy llevadera (“imaginaba que iba a (...) resultar bien”, “sé que va a salir bien, creo”, “será (...) una corta, fácil y poco dolorosa”). Sin embargo, se puede observar en el discurso de S5, que si bien esta idea brinda apaciguamiento aún se encuentra muy ambivalente en su discurso, plantea en un comienzo su convicción de que todo va a salir bien, pero termina dudando acerca de sus dichos con un “creo”.

Por otra parte, se puede visualizar que quienes han pensado en la posibilidad de que las cosas pudieran salir mal, son quienes ya han pasado por más de una intervención quirúrgica, quienes sintieron predominantemente pena y rabia en vez de nerviosismo y quienes pasaron alguna mala experiencia con la anestesia en sus intervenciones anteriores.

Asimismo, se puede desprender de sus relatos que, de alguna manera, se encuentran más desesperanzados en relación a la intervención, asegurando, por ejemplo, que nadie sabe lo que depara el futuro (“no sé qué me va a pasar, o si la anestesia realmente me va a hacer bien, uno no sabe a lo que va”, “pensar que, qué iba a hacer mañana... que, cómo iba a ser cuando despierte... qué dirán los doctores”). Paradójicamente, a pesar de que se encuentre en su narrativa un pensamiento más negativo del futuro, es posible visualizar una entrega casi a ojos cerrados a lo que en él pase (en el futuro), de aquello puede dar cuenta el relato de S2 (“uno se pregunta por qué a mí, porque igual los tratamientos que te inyectan son fuertes po’, y te duelen (...) pero al final es lo que (...) hay que aceptar”) y en la narrativa de S6 (“si (Dios) quiere (...) tengo que asumir no ma”).

Por último, se podría señalar que los pensamientos asociados a la intervención cambian en relación a la experiencia que van teniendo en ella. Parece ser que quienes no han sido intervenidos se encuentran más optimistas pero a la vez más ansiosos, a diferencia de aquellos que han sido intervenidos en reiteradas ocasiones (quienes mayoritariamente son crónicos), quienes visualizan la intervención con menos grados de optimismo, sintiéndola con más pena y rabia y cuestionándose un poco más la situación, tanto quirúrgica como de vida.

#### ***5.2.2.4 Significaciones asociadas a la intervención***

Como hemos podido visualizar, las significaciones asociadas a las intervenciones quirúrgicas, actuales y pasadas, tienen que ver con las ideas y valores que cada paciente ha construido subjetivamente. A su vez, nos hemos podido dar cuenta que estas significaciones están determinadas por varios factores que inciden en la valoración que el paciente hace de este proceso. Por lo tanto, para esta construcción resultan relevantes: las singularidades de cada intervención, el momento (ánmico, personal, psicológico, etc.) en el que se encuentra el paciente al momento del aviso de la cirugía, los resultados de las intervenciones anteriores (cuando las hay) y la proyección que haga el paciente de la cirugía.

Es interesante observar cómo los entrevistados, independiente de la intervención quirúrgica a la que vayan a ser sometidos, construyen sus significaciones acerca de sus cirugías en torno a una necesidad, a un cambio. Es decir, se presenta la necesidad de mejorar, evaluar o ratificar su situación de salud actual para llegar a un cambio o mejoría. De esto se da cuenta en relatos como el de S1, quien manifiesta que esperaba la cirugía de su uña ya que ésta le provocaba dolores e incomodidad para realizar ciertas actividades. Lo mismo se evidencia con S5, quien sabe que puede tener dolores después de la intervención, pero asegura que serán menores que los previos a la intervención (“para dejar de dolerme así estos dolores que son insoportables, así voy a poder después estar bien, tranquila”).

Por otra parte, se observa que las significaciones de los pacientes crónicos se dan en torno a la posibilidad de vivir que se les ha brindado con las cirugías que se les ha realizado. Destacables, en este sentido, son los relatos de S2, quien al referirse a sus intervenciones habla de una “segunda oportunidad de vida”, de la posibilidad de morir sin las cirugías. Lo mismo sucede con S6, quien al hablar de una de sus operaciones a corazón abierto, manifiesta que esa “operación es como mi vida”. En estos casos, la cirugía podría entenderse como parte estructurante de la subjetividad de estos adolescentes. Ya que estas significaciones asociadas a las cirugías influyen en su forma de vivir, valorar y enfrentar su realidad.

#### ***5.2.2.5 Recursos personales***

Como se ha podido visualizar, los recursos personales más valorados y visualizados por los sujetos entrevistados fueron la voluntad, la fuerza y la lucha. Los cuales, más que pertenecer a convicciones propias de los pacientes, parecen tener relación con creencias paternas y hospitalarias, quienes reforzarían en el imaginario del enfermo estos recursos como fundamentales para una posible cura. Desde aquí nace una especie de mandato, que se podría expresar de la siguiente forma “si te quieres recuperar debes ser valiente y luchar”.

Por otra parte, dentro del contexto hospitalario, es también más valorado, por lo tanto mejor atendido, más respaldado y acompañado, un paciente que se perfila como valiente que uno con miedo o angustiado. Lo cual refuerza la idea de que un paciente valiente es igual a éxito médico.

Cabe preguntarse, por lo tanto, si dentro de estas lógicas institucionales el paciente puede mostrar su auténtico sentir. O si, más bien, este imaginario hospitalario calla e impone un sentir universal para todos los pacientes.

#### ***5.2.2.6 Defensas desplegadas***

Como hemos planteado en los acápites anteriores, la forma en que cada sujeto enfrenta un proceso de estrés (como son las intervenciones quirúrgicas) depende de la individualidad de cada paciente y de los recursos con los que éste cuente. Por lo tanto, podríamos decir que el enfrentamiento emocional de estas experiencias requiere de una serie de condiciones personales, que implican cierto grado de profundidad, es decir de intimidad, autoconocimiento y concentración que muchas veces no se ha desarrollado. Este es el caso de la mayoría de los entrevistados, quienes al carecer de estas características personales se han visto en la necesidad de desplegar diversas estrategias y mecanismos defensivos para evadir la angustia que provoca la cirugía. En este sentido, las defensas resuelven la urgencia cuando no se puede contener o enfrentar la angustia, y así mantener un equilibrio psíquico tolerable para el sujeto.

De esta forma se entienden, por una parte, las recurrentes risas y anécdotas de los pacientes al hablar de situaciones dolorosas donde este tipo de expresiones resultaban fuera de lugar (defensas maníacas). Por ejemplo, en las narraciones del S2 (“y te duelen y las venas te hacen doler y too... pero al final es lo que... hay que aceptar (risas)”), es recurrente encontrar risas y un tono de ligereza en momentos donde la paciente hacía referencia a momentos dolorosos de su vida y

cirugías. De igual forma, la aparición de abundantes explicaciones (Intelectualización) habla de una necesidad imperiosa de apaciguar la angustia surgida a partir de la intervención quirúrgica. Así lo muestran relatos como el de S6, quien tiende a dar extensas explicaciones con respecto a los acontecimientos que le han ocurrido. Sin embargo, estas explicaciones resultan meras descripciones de lo sucedido, dando una sensación de ajenas y lejanas para quien las escucha.

No obstante, una de las defensas más interesantes que hemos encontrado en los relatos de los entrevistados es la formación reactiva, la cual a simple vista puede resultar para el que escucha una reacción adaptativa por parte del paciente (S1: “lo que más imaginé sí que cuando me iban a operar que iban a haber muchos doctores alrededor mío (Y ese pensamiento ¿Qué te provoca?) Me tranquiliza”), sin embargo, guarda también relación con la necesidad de desplazar la angustia surgida a partir de la intervención y volverla más llevadera para el sujeto. Nos resulta interesante, ya que este tipo de defensa es un desafío para la experticia y apreciación clínico del psicólogo, ya que si las narraciones de este tipo fuesen escuchadas por otro profesional de la salud podrían ser evaluadas como positivas, proyectando un buen diagnóstico para el paciente. Sin embargo, en el trabajo del psicólogo pueden surgir como puntos importantes donde se hace necesario un trabajo psíquico.

Por último, cabe decir que, si bien cada una de las defensas desplegadas por los entrevistados responde a distintas lógicas de funcionamiento, nos parece que en relación con la situación quirúrgica, todas ellas revelan una evidente necesidad de

negar de la realidad angustiosa interior, para dar paso a la disociación de los sentimientos angustiosos que perturban la estabilidad del yo, y así permitir que los pacientes puedan seguir funcionando normalmente. Aunque también nos parece relevante recordar, que es de suma importancia evaluar constantemente el despliegue de estas defensas y de la evacuación emotiva que implican, ya que en algún momento podrían dejar de funcionar como un resguardador del equilibrio interno del paciente, para llegar a establecerse como un patrón rígido de conducta, y dar paso a una patología más severa.

#### ***5.2.2.7 Ansiedades atingentes al proceso de adolescencia***

En el apartado teórico se ha realizado una revisión sobre las características más importantes de la adolescencia, donde resaltan los cambios corporales y la búsqueda de la identidad. A la luz de lo arrojado por esta revisión, se podría haber postulado que la preocupación por el cuerpo sería uno de los puntos más relevantes en los relatos de los pacientes. Lo cual no fue así, ya que, como mencionamos anteriormente, los cambios corporales, ya sean marcas o cicatrices, pasan a un segundo plano cuando se toma en cuenta el bienestar de salud que la intervención traerá.

No obstante, sí resulta relevante, como se planteó también con antelación, la localización anatómica involucrada en la cirugía, esto se hace evidente en el caso S4, quien será operado de fimosis, lo cual implica que el procedimiento se focalizará en los genitales del paciente. Esto moviliza altos montos de angustia en él, ya que esta parte del cuerpo está estrechamente ligada a la identidad y a la

erogeneidad. Además, esta angustia se duplica al sumarse ciertas fantasías de castración que rondan al paciente, a propósito de la intervención.

Por lo tanto, se hace evidente que no da lo mismo el lugar del cuerpo en que se operará al paciente, ya que hay localizaciones que constituyen focos particularmente sensibles para los adolescentes.

Con respecto a la construcción de la identidad, se ha podido observar que, a pesar de la situación singular en la que se encuentran los adolescentes, ésta no se detiene, por el contrario esta tarea no sólo se sigue desarrollando sino que integra elementos de la enfermedad en la construcción de la nueva subjetividad. Así lo evidencian relatos como el S6 y S2, quienes son pacientes crónicos, por lo que han vivido múltiples intervenciones. En ellos se puede visualizar cómo la enfermedad, los trasplantes y las intervenciones le han brindado ciertos elementos que los llevan a generar su particularidad.

Por otra parte, pero siempre en el ámbito de la identidad, claras son las modificaciones que se están efectuando en los lazos con su familia de origen. Se evidencia con respecto a esto, cierta necesidad de los pacientes de desvincularse de sus familias, lo cual se hace concreto a través de la búsqueda de la diferencia. Es decir, resaltando su individualidad, autonomía y creencias particulares con respecto al proceso que van a vivir.

El trabajo psíquico de los adolescentes, aquí planteado, afirma que el proceso evolutivo en el que estos sujetos se encuentran va mas allá de meros cambios corporales, si no que integra estos cambios corporales a un trabajo de

subjetivización que dará como resultado una entidad particular, independiente del contexto en el que se ubique.

## 6. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

La realidad actual de nuestro país con respecto a la preparación y acompañamiento psicológico para los pacientes quirúrgicos es prácticamente nula, existen algunas iniciativas incipientes que buscan dar respuesta a la problemática de las ansiedades y angustias movilizadas por la cirugía en aquellos pacientes que se someterán a ella. Sin embargo, aún no existen investigaciones o iniciativas a nivel de país, que respalden la necesidad de este tipo de preparación en el contexto quirúrgico.

Se podría pensar que esto se debe, a que aún en nuestro días, el sistema hospitalario nacional tiene una mirada reduccionista del paciente, donde prima lo biológico por sobre lo psíquico. A simple vista, esta afirmación puede tornarse contradictoria, ya que durante los últimos años hemos sido espectadores de los cambios que se han impulsado en el sistema de salud de nuestro país, donde se le ha dado realce a los espacios psicológicos y psiquiátricos, reafirmando la mirada integral bio-psico-social que se tendría del paciente. Al contrastar estas iniciativas con la realidad, queda de manifiesto la brecha entre estas reformas y las verdaderas condiciones de las unidades de psicología hospitalarias, las cuales relegadas a un espacio secundario quedan sin influir realmente en el contexto médico global.

Sin embargo, y a pesar de lo manifestado anteriormente, esta investigación resulta en primera instancia una evidencia de la necesidad real de implementar programas o proyecto de psicoprofilaxis quirúrgica, en donde se proponga una mirada integral del sujeto-enfermo, sin caer en el cientificismo propio de la medicina

actual, sino dándole la oportunidad al paciente de expresar sus vivencias particularmente. En este sentido, los relatos expuestos en el desarrollo de esta investigación demuestran que los pacientes necesitan más que un mero diagnóstico o evaluación de sus niveles de ansiedad. Necesitan de una compañía humana que valide y soporte su sentir individual, dándoles de esta forma la posibilidad de tramitar narrativamente aquello que no se ha podido elaborar.

Esta mirada del paciente quirúrgico impone también un cuestionamiento ético para el profesional de la psicología, que lo invita a preguntarse sobre el rol que le compete en este contexto totalmente ajeno.

Es importante, por lo tanto, recordar que cualquier intervención de corte psicoterapéutico (como la psicoprofilaxis) no se refiere a un afán de estandarización de los individuos, sino que se proyecta como un espacio en el cual debiese surgir la singularidad. De ella, se espera que emerja el sujeto que muchas veces se encuentra taponeado, sumergido bajo el peso de los encargos sociales y el afán normativizante, en este caso de la medicina (León, 2006). En estos casos, donde el contexto en el que se encuentra el psicólogo le impone una demanda, se genera en el profesional una tensión entre responder a la demanda del sistema médico, o salvaguardar la integridad del paciente. A partir de este punto, resulta una decisión crucial para el acercamiento al padecer del sujeto-enfermo, donde nuestra propuesta consiste en deshacernos de ciertas nosografías rígidas que nos impiden pensar libremente y poder ver al paciente que tenemos al frente, en la particularidad de sus experiencias y en un estado singular de constitución

subjetiva, para dar paso a la escucha y validación de propia individualidad del paciente.

En el caso particular de esta investigación, esta subjetividad tomó la forma de la adolescencia, la cual, como pudimos constatar a través del recorrido teórico y los relatos de los entrevistados, tiene relación con una serie de procesos intrapsíquicos y relacionales que se ponen en juego en este periodo vital, en donde el sujeto buscará establecer una identidad, separado del soporte identificatorio parental.

Es interesante verificar cómo las necesidades de escucha y acompañamiento en esta singular etapa no son distintas a las ya mencionadas, a pesar de los avatares psíquicos en los que se encuentra el adolescente. Sin embargo, es importante considerar que en el despliegue de un proyecto que contemple el acompañamiento de los adolescentes que serán sometidos a una intervención quirúrgica, igual es necesaria la consideración de las características propias de este ciclo evolutivo. Sin perder de vista por supuesto, lo ya planteado sobre la valorización de la particularidad.

Por otra parte, es necesario tomar en cuenta las implicancias clínicas que tiene la entrega de la palabra, y la integración de una perspectiva de la subjetividad en el paciente quirúrgico.

A través de las narraciones de los entrevistados, y como hemos planteado en reiteradas ocasiones dentro del desarrollo de esta investigación, los montos de angustia movilizados durante el proceso quirúrgico son altos, lo cual implica que el aparato psíquico se vea con un aumento de su energía, la que intentará expulsar

de alguna forma, adaptativa o no, para que el individuo pueda continuar normalmente en el desarrollo de sus funciones. Así podemos entender la aparición de distintos tipos de defensas, que en este caso actúan como una huida de la angustia, dolor o temor provocado por la cirugía.

Con las lógicas actuales de acompañamiento pre y post operatorio, implementadas en los hospitales por funcionarios de la salud, se refuerza la aparición de los mecanismos de defensa que hemos señalado en el acápite del análisis, ya que no existe un profesional capacitado que ayude al paciente a tramitar las emociones surgidas durante el proceso. Por lo tanto, y como hemos mencionado anteriormente, la incorporación de la subjetividad y la devolución de la palabra en los procesos somáticos, tiene que ver con la implementación de una escucha terapéutica que le dé la posibilidad al paciente de realizar un trabajo psíquico, en pos de su bienestar físico y mental.

Finalmente, nos parece que hoy la psicología se encuentra en la profunda disyuntiva entre la respuesta a lo normativo y la validación de lo subjetivo. En una época que se aferra con insistencia a los parámetros de la objetividad y a la fascinación por los objetos, la psicología aun puede surgir en nuestros días, tanto o más que en sus orígenes, como un oficio a contracorriente, con fuerza crítica hacia toda nueva voz de sirena que intente aplacar la realidad psíquica y el devenir de lo subjetivo.

## 7. BIBLIOGRAFIA

Abarzúa, M. (2010). *Diagnóstico de Primer Episodio de Esquizofrenia: Trayectorias de Adolescentes*. Tesis para optar al Grado de Magister en Psicología Clínica de Adultos. Facultad de Ciencias Sociales/Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

Acción Educativa et al. (2002). *La adolescencia. Educación, formación profesional y los ingresos. Las propuestas de políticas públicas para adolescentes con bajo nivel de educación y bajos ingresos*. Extraído el 12 de septiembre de 2010 desde <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/195/19502103/19502103.html>

Ajzen, I. y Fishbein, M. (1975). *La creencia, actitud, intención y comportamiento: Una introducción a la teoría y la investigación*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Alexander, F. (1943). *Aspectos Psicológicos de la Medicina*. *Revista de Psicoanálisis*. (A.P.A.) 1, 63-82.

Aulagnier, P. (1977). *La violencia de la interpretación*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Bernal, M. (1994). *Acciones y Decisiones Relacionadas con el Proceso de Salud y Enfermedad y sobre la Preparación Psicológica para Procedimientos Médicos y Dentales Estresantes*. Ponencia VII encuentro Nacional de Estudiantes de Psicología: La Psicología frente al siglo XXI. Santiago de Cali: Pontificia Universidad Javeriana.

Campbell, D., Stanley, J. (1973). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Buenos Aires: Amorrortu.

Coleman, J. (1980). Márquez, L., Phillipi, A. (1995), Hamel y cols. (1985). *Adolescence*. Citado de Annal Review of Sociology. Extraído el 01 de agosto de 2010 desde

[http://www.rompiendoelsilencio.cl/bibliotk/archivos/Adolescencia\\_lesbica\\_conflicto\\_cultural.pdf](http://www.rompiendoelsilencio.cl/bibliotk/archivos/Adolescencia_lesbica_conflicto_cultural.pdf)

Corominas, J. (1976). *Breve diccionario etimológico de la Lengua Castellana*. Madrid: Gredos.

D'Alvia, R. (2001). *Dolor y Aproximaciones Terapéuticas. El Dolor: Un Enfoque Interdisciplinario*. Buenos Aires: Paidós.

D'Alvia, R. (1995). *El Cuerpo en Psicoanálisis. Revista de Psicoanálisis. (A.P.A.), Nro. Especial 4 .119-130.*

Deval, J. (1998). *El desarrollo humano*. Madrid: Siglo XXI.

Díaz, C. y Navarro, P (1995). *Análisis de Contenido*. En Delgado, J. y Gutiérrez, J. (comp) *Métodos y técnicas cualitativas de Investigación social*. Madrid: Síntesis.

Dorsch, F. (2002). *Diccionario de Psicología*. Barcelona, España.

Echeverría, G. (2005). *Análisis cualitativo por categorías, Apuntes docentes*. Santiago: Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

Erickson, E. (1971). *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Paidós.

Favaloro, R. (1999). *Estrés y Salud*. Enciclopedia de la salud, Fascículo 1, del Programa de Medicina Preventiva. Buenos Aires.

Florenzano, R. (1997). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Buenos Aires: Aique.

Freud, S. (1984). *Introducción al Psicoanálisis*. Madrid: Alianza Editorial. (Original 1917).

Freud, S. (1994) Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de “Neurosis de angustia” (1895) en Freud, S. Obras Completas, Tomo III, Buenos Aires, Amorrortu editores, 4º reimpresión.

Giacomantone, E., Mejía, A. (1994). *Estrés Preoperatorio y Riesgo Quirúrgico*. Buenos Aires: Paidós,

Hall, S. (1904). *Adolescence: Its psychology and its relation to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion, and education*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Lang, P.J. (1985). *The cognitive psychophysiology of emotion: Fear and anxiety*. En A.H. Tuma y J.D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders*. Nueva Jersey: Hillsdale.

Laplanche, J., Pontalis, J.-B. (1993). *Enciclopedia de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

León, S. (2006). *Psicoterapia Psicoanalítica, desataduras del alma*. Extraído el 15 de diciembre de 2010 desde <http://www.sebastianleon.cl/descarga/LibroDigital.pdf>

López, S. (1995). Preparación Psicológica del paciente quirúrgico. En *Ciencias Psicosociales Aplicadas II*. Madrid. Ediciones Síntesis, 99-108

Lunger, R., y Page, J.D. (1939). *Worries of college freshmen*. *Journal of Genetic Psychology*, 54, 457-460.

Luthans, F. y Kreitner, R. (1979). *Modificación de la conducta organizacional*. México: Trillas.

Luzoro, J. (1999). *Psicología de la Salud*. Santiago: Bravo y Allende editores. Universidad de Chile.

Malherbe, J. (1993). *Hacia una ética de la Medicina*. Colombia: San Pablo.

Mardarás Platas E. (1990). *La preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas*. En: *Psicoprofilaxis quirúrgica*. Barcelona. Ediciones Rol, 2, 19-20.

Matarazzo, J D. (1980). *Behavioural health and behavioural medicina*. *Frontiers of a new health psychology*. *American Psychologist*, 35, 807-817.

Méndez Carrillo, FX.; Maciá Antón D. (1993). *Evaluación de los problemas de la ansiedad*. En *Evaluación Conductual Hoy: Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid. Ediciones Pirámide, 426-486.

Mill, J. S. (1973). *Un sistema de lógica inductiva y racional*. Obras completas de J. S. Mill, vol. VII-VIII. Toronto: Universidad de Toronto.

Montalvo, O. (1991). *El Rol del Psicólogo en el Hospital General de Salud: Prevención- Tratamiento*. En II congreso Puertorriqueño de Psicología y Salud Mental: Claves Psicológicas en Nuestra América. San Juan de Puerto Rico: Universidad Interamericana de Puerto Rico.

Moreno, A. y Del Barrio, C. (2000). *La experiencia adolescente a la búsqueda de un lugar en el mundo*. Buenos Aires: Aique.

Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdés.

Olabuena, J. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.

OMS (1964). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*, Génova.

Extraído el 02 de octubre de 2010 desde <http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/procedimientos/D19.pdf>

Ospina, H. (1993). *Psicología de la salud*. En: R. Ardila (Ed.) *Psicología en Colombia: Contexto social e histórico*. Bogotá: Tercer Mundo.

Prados, J.M. (2005). *Pensamiento y emoción: El Uso Científico del Término Preocupación. Ansiedad y Estrés*, 11. 37-48.

Restrepo, F. (1992). *Atención Primaria en Salud: Un reto para la psicología en Colombia*. Santa Fe de Bogotá: Asociación Colombiana de Psicología de la Salud,

- Rinaldi, G. (2001). *Prevención Psicosomática del Paciente Quirúrgico*. Buenos Aires: Paidós.
- Rodríguez, G., Gil, J., García, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Granada: Aljibe.
- Rodríguez, J. (1995). *Psicología de la Salud*. Madrid: Síntesis
- Ruiz, J. I. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto
- Saleeby, C.W. (1907). *Worry*. Nueva York: Frederic Stokes.
- Scalozub, L. (2007). *El protagonismo del cuerpo en la adolescencia*. *Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, vol.29, 2- pp.337-391.
- Selye, H. (1954). *Tratado de Fisiología y Patología de la Exposición al Stress*. Barcelona: Científico Moderna.
- Selltiz, C., Wrigtsman, L., Cook, S. (1980). *Métodos de investigación en las relaciones sociales. Técnicas y estudios experimentales*. Madrid: Rialp
- Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1994). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Barcelona: Paidós.
- Tobal, M. (1990). *La ansiedad*. En Mayor, J y Pinillos, J.L. (Eds.) *Tratado de Psicología General*, 8. Motivación y Emoción. Madrid: Alambra.
- Uzorskis, B. (2002). *Clínica de la subjetividad en territorio medico*. Buenos Aires: Letra Viva.

Valles M. S. (1996). *Técnicas cualitativas de Investigación Social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.

Vanina, N. (2003). *Psicoprofilaxis quirúrgica en niños*. Tesina para acceder al título de Psicólogo, Buenos Aires: Universidad de Belgrano.

Vega, M., Belcaguy, M. y Vega, V. (2007). *Escritos Psicoanalíticos Sobre la Adolescencia*. Buenos Aires: Eudeba,

# ANEXOS



### **Carta de Consentimiento Informado para Participantes de Investigación.**

Estimados padres, junto con saludarles, se le informa que mediante el presente documento usted esta autorizando a su hijo o hija a participar en la investigación que tiene por título *Vivencias ansiosas/angustiosas asociada al proceso quirúrgico, en adolescentes de 12 a 16 años, que serán sometidos a una cirugía.* La cual es dirigida por Carolina Gac y Lady Hernández. El objetivo de este estudio es conocer las experiencias asociadas a intervenciones quirúrgicas, actuales y previas que hayan vivido sus hijos. Este material será sistematizado en una tesis para optar al título de psicólogo.

Las entrevistas serán preferentemente grabadas, a fin de facilitar la posterior transcripción de las ideas que su hijo/hija haya expresado. No tomarán más de 20 minutos, considerando el tiempo de espera con el que se cuenta en el espacio pre operatorio en el que nos encontramos. La participación en este estudio es total y absolutamente voluntaria. La identidad de los participantes será anónima y la información que se recoja será confidencial, no utilizándose para ningún otro propósito fuera de los propios de la investigación.

Si tiene alguna duda sobre este estudio, puede hacer las preguntas que considere necesarias durante su participación en él.

Se agradece cordialmente su participación.

Acepto que mi hijo o hija participe de esta investigación:

Nombre del participante                      Firma del participante                      Fecha.

Acepto voluntariamente que la entrevista de mi hijo o hija sea grabada:

Nombre del participante                      Firma del participante                      Fecha

### Guión de Entrevista

Áreas a Explorar	Temas sugeridos
<b>Información general, introductoria.</b>	Identificación personal.
<b>Vivencias relacionadas con intervenciones anteriores.</b>	Intervenciones previas. Experiencias asociadas a la intervención anterior. Significaciones asociadas a la intervención anterior.
<b>Contextualización de la experiencia quirúrgica actual.</b>	Identificación de la intervención actual (información que el paciente maneja). Notificación de intervención.
<b>Vivencias asociadas al proceso.</b>	Experiencias asociadas a la intervención quirúrgica actual. Significaciones asociadas a la intervención quirúrgica actual. Sentimientos y pensamientos asociados. Descripción de vivencias angustiosas asociadas al proceso. Recursos personales. Defensas desplegadas.
<b>Relación entre la intervención previa y la actual</b>	Relación entre la intervención previa y la actual. Evaluación de la intervención actual a partir de la experiencia anterior.
<b>Evaluación de la situación Hospitalaria</b>	Impresiones personales sobre los procedimientos hospitalarios.

## Entrevista (S1)

E: ¿Cuántos años tienes?

P: 12 años

E: ¿Te han operado antes?

P: No

E: ¿Nunca has tenido contacto con la anestesia?

P: No

E: ¿Por qué vienes hoy día al hospital?

P: Para operarme de mi uña encarnada

E: ¿De hace cuanto tiempo que tienes este problema?

P: De... cumplí como un año pero de chica que tenía este problema

E: ¿Tú sabes porque se te habrá producido esto?

P: Por cortarme la uña mal

E: ¿Eso fue lo que te dijo el médico?

P: Si

E: ¿Y qué has sentido tu a partir de este problema? ¿Sientes molestias?

P: Molestias

E: Y ¿cuáles son las molestias que más sientes?

P: Ehhh (silencio) el dolor que siento y cuando me saco algunas veces los calcetines me sale sangre (silencio)

E: ¿Tú sabes lo que te van a hacer hoy día? ¿Te han explicado algo?

P: Si, una operación

E: Y ¿qué te explico el médico que te iba a hacer?

P: Me iba a poner una mascarilla con anestesia... y después me iba a revisar el dedo y iban a ver como estaba

E: ¿Y te explicaron algo de la cirugía misma?

P: No

E: ¿Te contaron cómo iba a ser?

P: No

E: ¿Cuando te avisaron de la intervención? ¿Cómo les avisaron? ¿Tú sabes?

P: Lo hicieron por teléfono

E: ¿Y cuando te avisaron?

P: Ayer

E: ¿A qué hora?

P: Como a las tres de la tarde

E: ¿Y que estaban haciendo en ese momento?

P: Estaba preparando mis cosas, estaba haciendo mis tareas

E: ¿Y tú sabías ya que te podían operar antes de la llamada?

P: Si

E: ¿Cuanto tiempo que ya sabias como que te iban a llamar?

P: Del mes pasado me habían dicho

E: ¿Y qué paso cuando te dijeron que te iban a operar? ¿Qué te paso a ti?

P: Me asuste mucho, me puse muy nerviosa

E: A nivel de cuerpo donde sentiste ese nerviosismo

P: En la guata

E: ¿Y con quien conversaste? o ¿Tu mama te conto? ¿Cómo fue?

P: Mi mama me conto

E: ¿Y ustedes sabían algo? ¿Pudieron conversar algo?

P: Mmm si

E: ¿Que conversaron?

P: (silencio) que no me pusiera nerviosa porque no era algo tan...tan fuerte como las otras cosas que le pasan a los otros niños

E: ¿Tu que recuerdas que hubieron algunas cosas que empezaste a hacer? ¿Qué es lo que hiciste inmediatamente después de que supiste que te iban a operar?

P: Nada

E: ¿Seguiste haciendo lo que estabas haciendo?

P: Si pero ...ehhh...comí al tiro y no comí más osea...

E: ¿Tenias que guardar ayuno?

P: Si

E: ¿Y qué pensaste en ese momento cuando te dijeron que te iban a operar? ¿Qué es lo primero que pensaste? o ¿Qué fuiste pensando durante la tarde?

P: Que... no se qué... me imaginaba...que iba...que iba... que iba a resultar bien y ya resulto

E: ¿Pero alguna otra cosa que te imaginaste así como más concreta con respecto al hospital al pabellón? ¿Cómo te imaginaste el lugar? ¿Pensaste en eso o no pensaste nunca en eso?

P: No

E: Cuando te sentiste nerviosa nos puedes contar un poquitito mas de eso ¿Cómo te sentiste? a lo mejor justo cuando te sentiste nerviosa como nos dijiste antes quisas te vinieron algunos pensamientos puede ser

P: Si ehhh como ehhh me asuste me dieron cosas en la guata

E: ¿Qué pensaste? ¿Qué imaginaste?

P: Ehhh lo que más imagine sí que cuando me iban a operar que iban a haber muchos doctores alrededor mío

E: Y ese pensamiento ¿Qué te provoca?

P: Me tranquiliza

E: Y ¿Hay alguna otra persona que la hayan operado en tu casa?

P: A mi mamá...a sí... mi tía Susana

E: Y tú ¿Has escuchado algo con respecto a las operaciones que las puedas llevar a tu experiencia misma?

P: Algo chistoso que cuando el doctor pone la mascarilla de... como se llama... anestesia y uno ..el doctor le dice que cuente y uno se va quedando dormida

E: Y tu ¿Cómo ves tú operación? ¿Qué piensas con respecto a ella?

P: (Silencio prolongado) nada...que (silencio) que yo pensé que no me la iban a hacer con anestesia y me iba a doler mucho

E: ¿Pero como la visualizas después de la operación? es decir ¿tú crees que la intervención te va a ayudar o no te va a ayudar?

P: Me va a ayudar mucho

E: ¿A qué te ayudaría?

P: a...porque yo quiero hacer cosas que en donde yo vivo en Peñalolén el chincowe hace cosas de natación cosas así y...yo quiero hacer eso pero por mi pie no puedo o en el colegio hay que hacer bailes a pata pela y a mí me da vergüenza

E: ¿que crees que de ti misma te puede ayudar a enfrentar esa situación que características de ti te podrían ayudar a enfrentar esto?

P: (Silencio) que...a ver...

E: ¿Me entiendes o no?

P: No mucho

E: Por ejemplo yo podría decir yo voy a subir la montaña y si lo voy a poder hacer porque tengo mucha fuerza o porque soy muy atlética entonces ¿qué características tuya te podrían ayudar a enfrentar esta situación?

P: a que yo puedo hacer las cosas que porque a mí me gusta hacer estas cosas no porque me lo digan por obligación es porque a mí me gusta

E: ¿Y conversaron de la operación en tu casa? o tu como que de repente dijiste no quiero conversar

P: (se rie) Que no quería conversar porque no se...

E: ¿Qué te pasaba cuando conversabas?

P: Me asuste cuando me lo dijeron... como que... más encima que hoy día tenía que ir al colegio a ensayar un baile que voy a qué hacer mañana entonces me asuste po` porque tenía cosas que hacer

E: Y ¿Por qué no habrías querido conversar más? si hablabas ¿Qué pasaba? ¿Qué cosas pasaban en ti?

P: Me iba a asustar más de lo que estaba

E: Y ¿Qué te parece a ti la atención que has recibido aquí en el hospital? ¿Qué te parece que los hayan llamado ayer por teléfono?

P: Un poco malo porque mi mama tenía que pedir permiso y no puede pedir permiso el mismo día

E: ¿Cómo lo habrías hecho tu? si pudiéramos cambiar las cosas ¿Cómo lo harías?

P: Llamar otro día anterior, un día aun que sea anterior, una semana algo así...eso

E: Y acá desde el momento en que llegaste ¿Cambiarías alguna cosa que tal vez no te haya agradado tanto?

P: No, nada

E: ¿Cómo te han tratado hasta aquí? ¿Cómo evalúas el proceso desde que llegaste hasta aquí a preoperatorio?

P: Bien, porque fueron rápidos y me trataron súper bien

E: ¿No hay nada que tú cambiarías entonces?

P: No

E: Y la relación con los médicos el anesthesiólogo que vino converso contigo ¿Qué tal estuvo?

P: Bien, porque es como un apoyo ahora que mi mamá no va a estar

## Entrevista (S2)

E: ¿Cuántos años tienes?

P: 16 años

E: ¿Hace cuanto cumpliste los 16?

P: En marzo

E: ¿Por qué estas acá en el Hospital?

P: Por una biopsia hepática, por rechazo.

E: ¿Rechazo a qué?

P: De mi hígado

E: ¿Tuviste un trasplante de hígado?

P: Sí

E: ¿Cuántas intervenciones previas has tenido?

P: Ay... demasiadas (risas), que ya ni me acuerdo

E: ¿Pero más de cuantas, por ejemplo?

P: Más de cuatro.

E: ¿Y de que se han tratado esas intervenciones anteriores?

P: Mi trasplante, salí de acá cuando me trasplantaron y me dio apendicitis, y después me hicieron una biopsia y ahora esta biopsia de nuevo.

E: ¿Cómo han sido tus experiencias anteriores a esta intervención? ¿Hay alguna que recuerdes más que otra?

P: Ahh... si, ah... en realidad cuando me sacaron un catete que tenia..., que yo todavía no estaba muy bien anestesiada entonces sentí cuando me empezaron a sacar,... pero ya después me quede dormida.

E: ¿Esa es la que mas recuerdas?

P: Si

E: ¿Cómo evaluarías tú esas experiencias anteriores?

P: Buena porque me han servido de mucha experiencia... uno va creciendo a través de eso, con lo que pasa.

E: ¿Qué recuerdas tú de esos momentos con respecto a tus emociones?

P: Nerviosa, siempre estoy nerviosa antes de todo, porque no sé, no sé que me va a pasar, o si la anestesia realmente me va a hacer bien, uno no sabe a lo que va.

E: Antes que te pasara este episodio de que todavía no te anestesiabas tan bien, ¿tenias esta misma preocupación con respecto a que la anestesia no te tomara tan bien?

P: Si po`, obvio, siempre, porque una vez... me dio, o sea la anestesia me hizo mal... me tuvieron que poner oxígeno porque se me fue todo el oxígeno del cuerpo.

E: ¿Cómo evalúas tú tus operaciones anteriores, que dirías tú de ellas?

P: Que han sido buenas porque... en realidad me atienden bien, me anestesian bien... se podría decir (entre risa).

E: Pero yendo un poco más allá del procedimiento, ¿tú cómo las evalúas, como impactan en tu vida, (te ayudan o no, son necesarias o innecesarias)?

P: Obvio que es necesario... porque si yo no necesitara esto no me lo harían po`, y obviamente que lo he necesitado por eso que me lo han hecho..., y es muy drástico de repente... es drástico llegar y... ah ya te hospitalizamos... ah ya esto.

E: ¿Cómo que las hospitalizaciones son de un día para otro?

P: Si

E: ¿Qué es lo que visualizas tú que te han permitido las intervenciones que has vivido?

P: En realidad la primera operación, que fue mi trasplante, no podía hacer nada al principio po` pero igual es cuidado y too, pero después con el tiempo ya, ya uno se adapta a esas cosas, o sea, es una persona normal pero solamente que se cuida con las comidas, los remedios.

E: ¿Pero si no te hubiesen trasplantado que hubiese pasado?

P: Naa po`, me hubiese muerto.

E: Entonces el trasplante en sí, ¿qué ha significado para ti?

P: Una segunda oportunidad de vida.

E: ¿Eso ha significado para ti en tú vida, tú continuidad?

P: Si

E: ¿Cuánto tiempo estuviste esperando para el trasplante?

P: La mitad del año en realidad... porque era muy difícil encontrar a alguien compatible conmigo po`... pero mi papá era compatible, pero en ese tiempo se estaban separando así que... no quiso (entre risa)... y... yo me acuerdo que el 23 de agosto, en la madrugada me trasplantaron, o sea era 22 pa` 23, entre a las 6 a pabellón, por lo que me han contado. Y lo que se del caballero que me dono, es que tenía 32 años y que murió en un accidente automovilístico, era compatible conmigo, pero le sacaron la mitad... porque donde era muy grande... su hígado, pero eso se fue... lo redujeron y ahora es un hígado completo po`, se regenero con el tiempo, y esta malo (ríe).

E: ¿Tú sabes más o menos que es lo que te van a hacer hoy día?

P: Si, una biopsia, me sacan un pedazo del hígado, bueno en realidad son como dos centímetros de profundidad del hígado y lo mandan a laboratorio para ver... sus funciones si están buenas... su... si esta en realidad bueno el estado del hígado po`.

E: ¿Cómo te avisaron a ti que te iban a operar esta vez?

P: Ah... porque fui a control y... siempre me hacen biopsias cuando vengo a control, porque soy de Antofagasta po`... y ya después te hospitalizamos tal día, a tal hora, ah ya...

E: ¿Cuándo fue eso?

P: El vi... el martes, el martes me avisaron.

E: ¿Y tú cuanto te quedas acá?

P: Ayer llegue, y hasta mañana yo creo po', por hoy día...

E: ¿Qué paso contigo cuando te avisaron de esta nueva intervención?

P: Na po', es que yo sabía que en realidad que me lo iban a hacer, porque siempre me hacen esto.

E: ¿Cómo te sientes cuando te dicen que te tienen que volver a operar o te tienen que hacer las biopsias?

P: Mal... porque... (Se queda en silencio)

E: ¿Como mal?

P: Mal po'... te enrabia y te da pena, típico uno se pregunta por qué a mí, porque igual los tratamientos que te inyectan so fuertes po', y te duelen y las venas te hacen doler y too... pero al final es lo que... hay que aceptar (risas).

E: Si tuviéramos que localizar a nivel de cuerpo tu pena, ¿dónde dirías tú que sientes esa pena?

P: Hay... en todo mi cuerpo (risas)... en todo porque cuando uno siente pena, siente pena sobre todo su cuerpo, sobre uno mismo, y uno se siente decaído, mal...

E: ¿Qué piensas cuando pasa esta pena, esta afectividad tuya que pensamientos viene hacia ti?

P: Naa po' no pienso en nada me quedo dormida al final... de tanto pensar... duermo, duermo.

E: ¿Hay recuerdos recurrentes?

P: No, en realidad no... no... los recuerdos... que tengo sobre mi operación son todos buenos, porque me acuerdo de algunas cosas no mas, donde era más pequeña... pero igual me acuerdo de toda mi familia, obvio si son todos... son la parte fundamental en una persona.

E: Ya te han hecho varias biopsias, ¿Cuántas más o menos?

P: Como tres...

E: La biopsia arroja un resultado, ¿cierto?, ¿qué pasa contigo en esa espera de resultados?

P: No se... lo único que me queda es esperar, esperar, esperar, esperar...

E: ¿Y en esa espera?

P: Se hace eterna... y uno se pregunta tantas cosas en esa espera... por que se demora dos semanas la biopsia, y si la apuran está en una semana po'. Pero igual es difícil porque uno se pregunta artas cosas, al menos yo que... me pregunta estará bien, estará mal, y digo porque paso eso, porque de esto otro... y uno siempre busca a alguien a quien culpar, pero al fin y al cabo uno termina siendo el culpable po', si estamos grandes ya y... sabemos que hacer.

E: Pero, ¿por qué la culpa?

P: Porque yo no me cuide po' (risas)... si me hubiera tomado mis remedios, hubiera comido bien.

E: ¿Cómo crees tú que enfrentas esta situación, de que te vales tu para enfrentar esta situación?

P: Ah... es que mira alrededor mío yo se que si yo estoy mal, hay personas que están más mal que yo, niños que viven en la calle que no tienen que comer, al menos a mi me tienen acá bien po', tengo comida, un lugar.

E: De tus recursos personales, ¿qué te ayuda a enfrentar esta situación?

P: Mucha fuerza... fuerza de voluntad en realidad porque... si uno dijera no, no puedo obvio que uno no va a poder.

E: ¿Cuándo pasan estos procesos donde tienes que volver al hospital, hay algo que no quieres hacer o provoca reacciones en ti?

P: A dormir en el hospital, no me gusta donde ya estoy más grande...

E: Pero me refiero a reacciones personales o hacia tu familia, ¿hay?

P: A si po' cuando estoy... cuando me hacen la biopsia y esas cosas me pongo mal genio porque donde tantas cosas que te ponen, y que te mueven de aquí pa' allá.

E: ¿Qué más?

P: No... y eso po' me pongo súper idiota.

E: ¿Hay alguna otra cosa que tu notes en ti que sucede cuando estas acá en el hospital o cuando estas sometida a una biopsia o algo así?

P: No, nada...

E: ¿No? por ejemplo hay gente que le da más sueño.

P: No, no me da sueño, no me da nada en realidad, porque... no puedo dormir bien de repente, la primera noche no puedo dormir bien, porque aparte de que yo estoy acostumbrada con tele y que tengo mi cama y que duermo con alguien (ríe)... no puedo dormir sola, acá tengo que dormir sola, no tengo tele, no tengo nada (ríe)...

E: Y en las habitaciones de acá ¿cuántas personas hay?

P: Cuatro, pero como yo soy grande me toca con puras niñas pequeñas (ríe)... una de nueve años y otra de dos años...

E: Si pudiéramos comparar estas intervenciones con las anteriores, ¿que dirías, como las has vivido?

P: Igual en realidad, porque siempre me hacen lo mismo, me anestesian me sacan un pedazo, me llevan... después me quedo este día, y al otro me dan de alta po'.

E: ¿Entonces en esta no hay mayor preocupación?

P: No...

E: ¿Y en cuanto a las cosas que has pensado entre una y otra?

P: Es como parecida, si...

E: Y lo que has sentido, ¿cómo las has enfrentado?

P: No eso es diferente, porque antes estaba más chica po, y no pensaba po', "a ya me van a operar y ya". Ahora digo no po' digo a lo mejor va a salir mala pero... me van a tratar y si sale buena pucha tomarse los remedios ahora, ser mas consiente porque igual ya estoy grande no puedo ser tan... tan deja.

E: ¿Estás como más...?

P: Cuestionándome más como persona.

E: Y en cuanto al miedo a enfrentarse a la operación.

P: No hay más ni menos que en las anteriores.

E: En cuanto a la atención del hospital, ¿Qué opinas?

P: Bien siempre me atiende bien, es que son súper amorosos... donde son puros niñitos chicos, aparte son bien cariñosos nunca me han tratado mal.

E: Y la relación con los médicos ¿como la ves?

P: Es buena, súper buena.

E: ¿Alguna anécdota?

P: No, na' po' que mi doctora me agarra a chucha cuando me porto mal (ríe)... si me rata mucho cuando me porto mal, después se le pasa.

E: ¿Qué cosa mejorarías tú si pudieras?

P: No... nada está todo bien, porque me avisan me dicen todo.

### Entrevista (S3)

P: Tengo 12 años

E: ¿En qué curso estas?

P: sexto

E: Te han operado antes

P: Si

E: ¿De qué te han operado antes?

P: Me operaron de amigdalitis, de adenoides y cuatro veces del dedo

E: ¿Cómo han sido tus intervenciones anteriores?

P: Bien

E: Y como te has sentido tu

P: Bien

E: ¿Recuerdas algún hecho en particular de esas intervenciones anteriores? ¿Algo que te haya marcado que se te haya quedado medio gravado por ahí?

P: No

E: ¿Cómo las evaluarías tú entonces?

P: Bien

E: ¿Cómo evalúas tu esas intervenciones anteriores en el sentido de para que han servido?

P: Porque no podía pisar, no podía jugar a la pelota no podía corre

E: Ya pero eso con respecto a las uña y las otras además te han servido para algo

P: no

E: ¿Las necesitabas tanto?

P: No, no las necesitaba tanto

E: Y la de adenoides

P: La de adenoides si porque me salía todos los días

E: ¿Y las otras?

P: Las otras también porque me dolían todos los días

E: ¿Que te dolía?

P: Las amígdalas... la garganta

E: ¿Sin resfrío te dolía igual?

P: Si, sin resfrío me dolía igual

E: ¿Hoy día de que te van a operar?

P: De la uña

E: ¿Sabes lo que te van hacer como es la intervención?

P: ¿Cómo se llama?

E: ¿Sabes cómo se llama?

P: Si

E: ¿Cómo se llama?

P: Olilopictosis

E: ¿De de que se trata esta intervención?

P: Me ponen anestesia me tienen que sacar la uña me van a dejar sin uña y eso no mas

E: ¿Y después de eso que pasa con la uña?

P: Me vuelve a crecer y se me vuelve a encarnar

E: ¿Y te han dicho porque te pasa eso?

P: No

E: Y si te vuelve a pasar lo mismo ¿Cómo evalúas la intervención?

P: Es que ya me ha operado tantas veces que (silencio)...que siempre se me vuelve a encarnar

E: Entonces dirías ¿dirías que te sirvió?

P: Sirve por como dos días y se me vuelve a encarnar a los dos días ya...

E: ¿Cómo te avisaron que te iban a intervenir?

P: Llamaron a mi papá

E: ¿Cuándo lo llamaron?

P: Antes de ayer...no... ayer

E: ¿y qué le dijeron? ¿Tú sabes? ¿Estabas ahí?

P: No, yo no estaba, yo estaba en el colegio

E: ¿Y cómo te contaron a ti?

P: Me contó que habían llamado del hospital y que mañana posiblemente me podían operar

E: Que pensaste cuando tu papá te dijo eso

P: Que ohhh! que bueno que me van a operar que...

E: ¿Bueno por qué?

P: Porque no...a mí ya me dolía mucho no podía pisar

E: ¿Qué pasó contigo cuando te contaron que te iban a operar? ¿Cómo reaccionaste?

P: Dije ohhh que bueno

E: ¿Qué sentiste?

P: Un alivio porque todos los días me dolía

E: Ya te han operado cuatro veces ¿Hay algo que tu identifiques que te pase cuando te van a operar a nivel de emociones?

P: Que me siento emocionado

E: ¿Cómo se siente eso?

P: Bien como...(hace la mímica de la emoción)

E: ¿No sientes algunas cosas un poquitito mas fuerte como de nerviosismo?

P: No

E: Hay gente que suele ponerse nerviosa ¿Te ocurrió eso?

P: No

E: Hay gente que le cuesta dormir el día anterior ¿Te ocurrió eso?

P: No

E: ¿Qué es lo que te ha permitido afrontar las varias intervenciones que te han hecho?

P: Que como dice mi papa que soy valiente que estoy acostumbrado

E: Hay gente que se pone mal genio ¿te ocurrió eso?

P: No

E: Esta intervención que te van a hacer hoy día ¿Tiene relación con las intervenciones que te han hecho anteriormente?

P: Si, porque son las mismas

E: ¿Y porque piensas tu que tendrán que volver a repetir la misma operación?

P: Porque siempre me pasa lo mismo, me van a tener que volver a operar

E: Y tu desde las experiencias anteriores que has tenido que ¿Crees que va a pasar?

P: Que me van a operar que me van a sacar la uña

E: ¿Y qué va a pasar después? ¿Cómo a salir?

P: Va a salir bien la operación

E: ¿Y qué crees que va a pasar después considerando tus experiencias anteriores?

P: Se me va a volver a encarnar

E: ¿Tú sientes que te han servido tus intervenciones anteriores para poder afrontar esta?

P: Si, porque el primer día que me operaron estuve nervioso

E: ¿Te acuerdas de esa oportunidad? ¿A qué le temías?

P: A que me pincharan estaba como nervioso

E: ¿Y donde lo sentías?

P: En la guata

E: ¿Y hay algo de esas intervenciones anteriores que recuerdes? ¿Alguna anécdota?

P: Que La segunda vez... que el...que el anestesista me dijo que no iba a pasar nada y me tenía tomada la mano

E: ¿Cómo evaluarías la llamada que te hicieron el otro día? ¿Crees tú que está bien?

P: Que está bien

E: Si lo pudieras cambiar ¿Lo cambiarías? ¿La forma o el tiempo?

P: No

E: Y de los procedimientos de acá del hospital desde el momento en que llegas al hospital de día ¿Cómo te has sentido?

P: Bien

E: La atención ¿Cómo la consideras?

P: Muy buena

E: ¿Y si pudieras agregar algo?

P: Nada

## Entrevista (S4)

E: ¿Qué edad tienes?

P: 14 años

E: ¿Te han operado antes?

P: Si

E: ¿Por qué vienes hoy día?

P: Porque me van a operar a de fimosis

E: ¿Qué tipo de operaciones te han hecho antes?

P: De apendicitis

E: ¿Fue hace poco?

P: Si y estuve hospitalizado por el otorrino...por el oído

E: ¿Qué recuerdas de la operación anterior?

P: Dolor

E: ¿En qué parte de tu cuerpo?

P: En el estomago

E: ¿Y que mas recuerdas de eso?

P: Antes de que me diera un día anterior, comí torta en un cumpleaños parece que era si y al otro día no se qué comí y me empezó a doler el estomago...y de repente la primera vez vomite y me empezó a dar un dolor y me llevaron al Sapu y estuve esperando hartas hora igual y me empezó a dar más fuerte entonces llegue acá y me dieron un tranquilizante y después como que no me acuerdo más y me dormí

E: ¿Tienes algún otro recuerdo algo que se te haya pasado por la mente?

P: El dolor no más, cuando me empezó a dar más fuerte llore

E: ¿Por qué crees que te paso esto?

P: Por comer mucho

E: ¿Y qué te dijeron cuando llegaste acá? ¿Qué era debido a eso?

P: No

E: ¿De qué te van a operar ahora?

P: De fimosis

E: ¿Qué información tienes en relación a la operación que te van a hacer? ¿Sabes de qué se trata?

P: No

E: A tu hermano lo operaron hace poco ¿No supiste nada de lo que le hicieron a tu hermano?

P: No

E: Pero ¿Sabes que te van a hacer?

P: Me van a cortar como un pedacito de piel

E: ¿Eso te dijo el médico?

P: Si

E: ¿Cómo te avisaron que tenías que venir a operarte?

P: emmm no se (se ríe)...ahh me llamaron

E: ¿Cuándo te llamaron?

P: La semana anterior

E: ¿Qué fue lo primero que pensaste cuando te avisaron?

P: No es, que lo único que quiero es que me operen

E: ¿Por qué quieres que te operen?

P: Porque igual me da vergüenza

E: ¿Qué te da vergüenza?

P: Es que no sé como yo con mi hermano vamos a estar operado de lo mismo igual me da vergüenza

E: ¿Qué causará tu vergüenza?

P: Que me pregunten

E: ¿Qué más te da vergüenza?

P: Nada mas

E: ¿Cuando te avisaron de la operación te diste cuenta que te pusiste distinto?

P: Me puse nervioso

E: ¿Como así?

P: Me tiritaba el cuerpo

E: ¿Qué te imaginas que te van a hacer en esta operación?

P: Que como que me van a cortar...algo así

E: ¿Y qué pasa cuando piensas en ese corte?

P: Nada, ahí me voy a sentir feliz después

E: ¿Cómo has enfrentado tú estas situaciones que te ponen nervioso?

P: Mi mama me dice que me relaje pero no puedo

E: ¿Y cómo lo has intentado?

P: Respirando

E: ¿Tu lo has intentado? ¿Te funciona?

P: Mas o menos

E: ¿Cuáles piensas que son tus recursos para superar esto?

P: Que me atrevo y yo quiero

E: ¿Y porque quieres?

P: Porque igual me daba vergüenza que me pregunten entonces ahora me voy a sentir feliz

E: ¿Y quienes te preguntaban?

P: Mi familiares y mis compañeros

E: ¿Y les contaste de verdad de que se trataba?

P: Si y se reían

E: ¿No te causa miedo algo que vaya a pasar en pabellón?

P: Como no se si no voy a despertar...no despertar

E: ¿O algo asociado con tu cuerpo que se le pase la mano?

P: En la anestesia

E: ¿En qué consideras que se parecen el proceso anterior a este?

P: Hay diferencias, en la operación anterior me empezó a dar dolores y ahora no y ahora no me estoy quejando

E: A partir de cómo salió la intervención anterior ¿cómo crees que va a salir esta?

P: Bien, igual voy a quedar con un dolor pero no tanto como en el anterior, en la otra cuando me levantaba me dolía

E: Y con respecto al trato que te ha dado el hospital ¿Qué podrías decir?

P: Que me han tratado muy bien

E: ¿Cómo lo notas?

P: En el cariño, en la buena onda

E: Si pudieras cambiar algo del procedimiento ¿Qué cambiarías?

P: El rato que hay que esperar

E: La vez anterior que te operaron ¿Estuviste hospitalizado?

P: Si

E: ¿Cómo fue el trato?

P: Bien, me recibieron bien

E: ¿Hay alguna imagen que tengas en relación a la operación? ¿Algo que te hayas imaginado?

P: Que me vaya a doler o que le vaya a pasar la mano en cortar

## Entrevista (S5)

E: ¿Cuántos años tienes?

P: 13 años

E: ¿Por qué vienes hoy día al hospital?

P: Por una operación a la vesícula

E: ¿Te han operado antes?

P: No

E: ¿Sabes de lo que se trata la operación que te van a hacer ahora?

P: Sí, me van a sacar el calculo

E: ¿Qué sabes de la operación?

P: De que me iban a hacer como una operación a láser... algo así

E: ¿Cómo crees que va a ser esa operación?

P: Mmm yo creo que corta así

E: ¿Cómo te la imaginas tú?

P: Una corta, fácil y poco dolorosa

E: en el pabellón ¿Cómo te la imaginas?

P: A ver... no sé, ahí sí que no sabría porque no me la he imaginado hasta ahora

E: ¿Te han dado otros datos?

P: No

E: ¿Alguien que se haya operado en tu familia?

P: No, porque casi nadie de mi familia se ha operado ni amigos míos

E: ¿Cómo te avisaron que te iban a operar?

P: Me llamaron por teléfono (se ríe)

E: ¿Cuándo te llamaron?

P: Ayer

E: ¿Qué les dijeron?

P: Dijeron que me iban a operar hoy día y que estuviera lista, que tenía que bañarme y todo eso

E: ¿Con quién hablaron?

P: Con mi mamá (se ríe)

E: ¿Y tu mamá te dijo a ti?

P: Si

E: ¿Y cómo fue eso?

P: No se, es que quede como impactada porque no sabía que iba a ser....yo pensé que iba a ser el otro martes

E: ¿Y que más te dijo?

P: Me dijo... no, porque escuche po´ entonces dije oh! me van a operar así ohhh! me dio cosa

E: ¿y tú estabas esperando esta operación?

P: Si, porque igual el cálculo es doloroso y todo eso

E: ¿Qué dolores sientes?

P: Como que me presionaran o como si me apuñalaran ahí y duele arto así... como que de repente no comí por días...de repente una vez no comí por tres días (se ríe)

E: ¿Y cómo te imaginas tu que está eso dentro de ti?

P: No se, una piedra ahí dentro (se ríe)

E: ¿Hay alguna persona dentro de la familia que lo hayan operado?

P: Si, a mi hermano

E: ¿De qué lo operaron?

P: A mi hermano ¿De qué lo habían operado?... de apendicitis

E: ¿Y te comentó algo?

P: No, ni me hablo mi hermano (entre risas)

E: ¿Qué significa para ti esta operación?

P: Mucho, porque igual así para dejar de dolerme así estos dolores que son insoportables, así voy a poder después estar bien, tranquila y eso

E: ¿Y desde hace cuanto te duele?

P: Desde principio de año ya casi

E: ¿Y qué pasa cuando te duele?

P: Tomo mucha agua o no se tengo que esperar que se me pase ...me muevo mucho porque el dolor es muy insoportable

E: Cuando piensas en la operación ¿Qué pasa contigo?

P: Me da nervio

E: ¿Alguna otra cosa más?

P: No, nervio no más

E: ¿Cómo son esos nervios?

P: No se, como que me dan ganas de arrepentirme, de no operarme (se ríe)

E: ¿Qué cosas haces por esos nervios?

P: Moverme mucho o comerme las uñas (se ríe)

E: ¿Te imaginas algo producto de estos nervios?

P: No

E: ¿Te dijeron si te iba a quedar una marca?

P: Sí, una marca pero chiquitita bien chica

E: ¿Y a ti te preocupaba antes eso?

P: No, (se ríe) con tal de que se fuera el dolor

E: Desde que te avisaron que te iban a operar ¿Cómo fue este proceso hasta hoy día?

P: Mmm tranquila igual pero mi mamá no se espera (se ríe) porque me manda muchoo me dice ¡no, hace esto! ¡No, está mal! ¡Esto otro!...como una mamá...se preocupa por todo

E: ¿Y qué pasa contigo cuando tu mamá hace eso?

P: Nada, le hago caso no mas para que me deje tranquila

E: Algunas personas se ponen nerviosas cuando le dicen esas cosas ¿A ti te paso?

P: No, no la hago no más

E: ¿Cuáles crees tú que son tus recursos personales para afrontar esta situación?

P: No se a ver... no sabría decirlo...o no sé cómo explicarlo mejor dicho...ser valiente, seguir adelante con mi vida porque igual estos dolores son molestos porque igual uno no puede estar tranquila entonces esto me ayuda a seguir, las ganas...hartas

E: ¿Hay cosas que tu notes en ti que hagan que te resistas a la operación?

P: Es que como es mi primera operación me da nervio pero eso no mas pero no de que quiera dejarlo, no

E: ¿Qué opinas del hospital?

P: Si, está bien

E: ¿Cómo te han tratado?

P: Me han tratado súper bien desde que estoy aquí

E: ¿Qué cambiarías?

P: No, nada

E: Algunas personas contestan que les gustaría que les avisaran con más tiempo ¿Qué piensas tú?

P: No, porque yo ya sabía que era este martes o el otro, uno de los... así que estaba como preparada ya

E: ¿Le comentaste a alguien que te ibas a operar?

P: Si, a un amigo mío

E: ¿Y qué comentaron?

P: Le dije que me iban a operar no mas y me dijo que estaba bien po´ para que se me fueran los dolores porque igual siempre andaba ¡Ohhh, me duele el estomago! ¡Me duele el estomago!... entonces a él también como que le molestaba que siempre andaba así (se ríe)

E: ¿Y lo comentaste con otras personas?

P: No, con el no mas

E: ¿Y a él lo han operado?

P: No, a él no lo han operado nunca que yo sepa

E: ¿Cómo dormiste anoche?

P: No, dormí bien me quede dormida al tiro anoche (se ríe), excelente dormí

E: ¿Alguna idea que se te repita con respecto a la operación?

P: No, me siento nerviosa pero no mas no si se que va a salir bien, si tengo fe

## Entrevista (S6)

E: ¿Cuántos años tienes?

P: 14

E: ¿Por qué vienes hoy día al hospital?

P: Ha hacerme un examen... a ver si bajo la presión del corazón.

E: ¿Como se llama ese examen?

P: Eh.... No se....

E: ¿No sabes cómo se llama?

P: Un cater... un cateterismo.

E: ¿Has tenido intervenciones antes... te han operado antes (aclarando la pregunta)?

P: Si

E: ¿Cuántas veces te han operado?

P: Dos a corazón abierto... y tres cateterismo

E: ¿Desde qué edad comenzaron tus operaciones?

P: Desde que naci

E: ¿A los cuantos días fue la primera operación?

P: ¿A los tres días después? (mira a su mamá para confirmar la información),  
La madre agrega que fue a las 24 horas de nacido.

E: ¿Cómo han sido las experiencias anteriores, como las recuerdas tú?

P: Eh... nerviosa... algunas tranquila, pero más nerviosa.

E: ¿Cuál es la que más recuerdas?

P: Cuando me hicieron un cateterismo... me acosté en una camilla chica, me pusieron fraza` y yo estaba, había despertado y me habían puesto una anestesia y no estaba moviendo casi la mitad de mi cuerpo, y ahí sufrí igual

E: ¿y eso fue hace poco o hace mucho?

P: Hace mucho

E: ¿Mas o menos como cuánto?

P: Tres años atrás, cuatro (vuelve a confirmar con la mamá)

E: ¿Que han significado para ti esas intervenciones anteriores?

P: Eh... No se

E: Algunas personas dicen que han significado que pueda seguir viviendo, que me pueda sentir mejor, han facilitado ciertas cosas, ¿que han significado para ti?

P: Que me han facilitado varias cosas (¿Cómo cuales?), cuando yo corro no me canso ya, antes se me ponían los labios morados, cuando corría, ahora ya no... hartas cosas

E: ¿Podríamos decir que han vuelto como tu vida como un poco más normal?

P: Si

E: ¿Qué cosas puedes hacer que antes no podías?

P: Antes... antes podía correr pero... me cansaba demasiado rápido, pero ahora pueo correr y todo

E: ¿Y eso ha sido gracias a la operación?

P: Si

E: me contaste hace un rato que tuviste una experiencia que te marco

P: si

E: ¿me podrías contar un poco de eso?

P: es que (expresión facial de aflicción)... hace un año a tras... me pusieron... me iban a hacer un cateterismo... y me pusieron una mascarilla y... sentí el olor... pero fuerte... y respiraba y no aguantaba el olor, me movía como loco... cerraba los ojos y oía las voces de los doctores, mi corazón latía más rápido... no me supe controlar

E: ¿y tu como te sentías en ese momento?

P: nervioso, asustao (cuando describe mueve las manos sobre su cuerpo)

E: Y tu cuerpo ¿cómo lo sentías?

P: y... como... sentía poco, pero se movía todo... cuando no mira, pero mi cuerpo si se movía.

E: Sentías un poco de ahogo o no

P: Si

E: Como era ese ahogo

P: Es que... no me recuerdo bien, pero... lo único que recuerdo es que me movía, me movía... sentía así como que el aire se apoderaba de mí.

E: ¿Que mas?

P: mmmmm... no

E: Tienes algún otro recuerdo de las operaciones anteriores

P: No, de ninguna

E: Pero no necesariamente como este ultimo recuerdo, sino cualquier otro tipo de recuerdo

P: mmmm....

E: ¿o de las hospitalizaciones?

P: Ah, sí cuando me dejaron en cama, veía tele...

E: ¿Como las evaluarías tu?

P: Mas o menos... (¿Por qué?) es que hay mejores... pero hay peores,...es que la última... vez que me quede acá no se me movían los brazos... y tenía susto de quedar invalido, y después yo quería irme al otro día, pero me fui tres días después, porque me hicieron exámenes, el doctor Cardenale... me mando al kinesiólogo, y eso.

E: ¿Esto fue de la misma situación que me contaste?

P: Si

E: ¿Y cuanto tiempo estuviste en recuperación entonces?

P: Como un mes

E: ¿Y qué te hicieron, como fue esa recuperación?

P: Eh... mas ejercicio... de los brazos... que no iba a levantara los brazos

E: ¿Tú me decías que habías pensado que cosa?

P: Que iba a quedar invalido por los brazos, que no iba a poder mover mas los brazos

E: ¿Y cómo te sentías tu con eso?

P: Triste... (¿Te preocupaba?) Si, me preocupaba... pero después yo mismo quise agarrar fuerza. Porque si la doctora me daba una opción yo tenía que dar una segunda opción...

E: ¿Cómo es eso?

P: Es que... le voy a dar un ejemplo... si la doctora dice... ya no puedes moverte mas, no po yo tengo que dar una segunda opción, ese soy yo, y tengo que yo mismo sacarle el peso, y intentar levantar los brazos, aunque se me caigan solos. Pero después estaba así con los brazos (levanta los brazos), levanta al máximo, y sentía que se me caían solos, y la segunda levante los brazos y se me callo, pero lo detuve, ahí lo detuve...

E: ¿Fue muy largo para ti este proceso?

P: Si, más o menos

E: ¿Cómo cuanto duro?

P: Como un mes, dos meses

E: ¿Qué otras cosas más recuerdas de este tiempo?

P: Ehh... nada mas, es eso como lo que le dije...

E: ¿Y quién te acompañaba en ese tiempo?

P: Mi mamá... y mi papá

E: ¿Y cómo sentías tú esa compañía?

P: Eh... bakan

E: Algunas personas dicen por ejemplo, que fue fundamental, me ayudaron a recuperarme. ¿Qué cosas te dio esa compañía?

P: A tener más confianza en mí mismo... a tener mas a mi familia unida... eso.

E: Con la intervención de ahora, tú me decías que te van a hacer un...

P: Cateterismo para hacer el examen.

E: ¿Qué sabes tú de esa intervención?

P: Que quieren ver la presión, del corazón, si bajo... si bajo la presión... no me operan nunca más. Si ahora subí me operar a corazón abierto...

E: ¿Cómo se hace eso del cateterismo?

P: Me abren aquí (apuntando a la zona genital) al lado del... (se nota vergüenza y continua con el relato, sin hacer nueva referencia a la zona genital) me meten una maya, o sea algo parecido, y como un galón... para medir la presión... así e el procedimiento...

E: ¿Así es el procedimiento?

P: Creo...

E: ¿Cuándo te avisaron que te iban a operar?

P: Hace... ja (risa), hace seis meses a tras, pero después como habían paro, lo suspendieron para hoy día, y ayer me dijeron que hoy día me tocaba...

E: ¿Ayer llamaron a tu casa?

P: Si

E: ¿Y cómo fue eso, quien contesto, a quien le dijeron?

P: Eh... a mi mamá... y dije... me dio rabia en el momento, y no tenía ganas de hacer nada, nada así deprimió... y después dije ah!... es pa` mi bien. Yo sé lo que hago, o sea Dios sabe lo que hace en mi, así que si quiere que este bien tengo que asumir no ma`...

E: ¿Por qué habrá sido esa rabia?

P: mmm... Mas que na` mmm... por pena, creo... no quería que me hicieran el cateterismo... lo quería así, como pa` un año más, y eso.

E: ¿Cómo es esa pena que te da, como la podrías describirías tú?

P: Paso acostao en mi cama... no me levanto... no pesco a nadie... mmmm lo hago... así.

E: ¿Así fueron las últimas horas desde que te avisaron?

P: Mmm (asiente con la cabeza)

E: ¿Desde ayer?

P: Si

E: ¿Qué hiciste ese último rato? Cuéntame un poco.

P: Salí con mi polola... después llegue a la casa... después comí lo máximo que podía antes de las nueve y... estuve un rato con mi familia, y después me fui a acostar, a ver tele...

E: ¿Y cuándo estabas solo?

P: Solo... Pensar que, que iba a hacer mañana... que, como iba a ser cuando despierte... que dirán los doctores, pensaba eso...

E: ¿Te costo dormir?

P: Un poco

E: Ya hablamos un poco de esto, pero ¿Qué significaría esta operación de ahora para ti?

P: Pienso que va a ser la última... porque no se, desde que nací he tenido este problema, pero yo se que ahora Dios va a hacer un milagro en mi... y que va a salir todo bien...

E: ¿Y esta última operación entonces como la definirías tu?

P: Que... salga too bien...

E: ¿Cuándo piensas en esta operación, hay otros pensamientos recurrentes que se repitan en tu cabeza o sentimiento que se repitan en ti?

P: Eh... no se po` e... que me da angustia así como que... e que... Me paso royos... como que, me puede dar un paro cardiaco en la operación y tengo miedo de eso... y aparte de la mascarilla (¿no quieres la mascarilla?) ¡¡noo!! ¡¡Ya!! Me deajo traumao...

E: ¿Y qué quieres hacer tú con respecto a la mascarilla, cuáles son tus opciones?

P: Ehh... decirle al doctor que no quiero que me ponga la mascarilla... que me pinche, que me inyecte... (¿Esto lo venias pensando desde antes?) Eh... mmm... es que le dije a la doctora... que no quería que me pusieran e mmm esta pa` quedarme dormio, quería quedarme semi dormio, pero dormirme en medio de la operación, lo preciso...

E: ¿Si tú pudieras decir qué recursos, o qué características tuyas te han servido para enfrentar esta situación?

P: Eh... Mis ganas de seguir luchando... esas cien veces que caeré, esas cien veces me levantaré yo mismo... no sé como que yo mismo soy mi fans... si caigo yo, yo mismo me vuelvo a levantar, ¡aunque sea solo!

E: ¿Eso es lo más potente que tú tienes?

P: Mmm (asiente fuertemente con la cabeza)

E: ¿Hay alguna relación con las operaciones que te hicieron antes y la que te van a hacer ahora?

P: mmmm.... No se

E: Por ejemplo ¿esta no es como para completar algo que no se completo en las anteriores?

P: A... si, es que en la anterior me hicieron un cateterismo pensando que podía ser el último, pero no, no fue el último, porque la presión del corazón seguía, y esta debería ser la última, pa` completarla, la anterior y así seguir hasta que este mejor...

E: ¿Y cómo proyectas tu esta última intervención tomando en cuenta tus experiencias anteriores?

P: Mucho mejor creo, demasiao mejor (¿tú crees que va ha hacer así?) si, pero como estoy nervioso, pero después se va... y yo creo que va a ser mejor, si...

E: Pasando a otro tema, y ya para finalizar. Si pudieras cambiar algo de acá del hospital, ¿qué es lo que cambiarías?

P: Que atendieran más rápido, si porque se demoran mucho, demasiao (¿alguna otra cosa?) eso yo creo...

E: ¿Hay alguna otra coas con respecto a tus operaciones, de esta o las anteriores, que te haya molestado, y aun permanezca?

P: No, no... eso creo

E: ¿Tú tienes algunas marcas o cicatrices?

P: Si... acá la de la operación a corazón abierto...

E: ¿Qué pasa a ti cuando miras esas cicatrices?

P: Algunas veces pienso que quiero que se me borre, porque tengo miedo que otra persona me mire... y sienta como alejamiento... pero después fui admitiéndolo y ya, y paso y entonces me saca la polera con quien sea y donde sea y ya no me pasa lo mismo...

E: ¿Y cuándo tú te la miras, te hace pensar algo?

P: Si po`, me hace recordar que sigo vivo por esta operación... esa fue... desde... no se pero esa operación es como mi vida así...

E: ¿Y hace cuánto tiempo fue esa operación?

P: Hace demasiao tieeempoo...

E: ¿Cuántos años habrás tenido?

P: Creo que de que nací tuve esta operación...

E: ¿Y cuándo naciste tú sabes qué problema tenias?

P: Que era chico e....

E: ¿Fuiste prematuro?

P: Si

E: ¿Y qué le paso a tu corazón que venía con problemas?

P: Una estrechez, congénita...

E: ¿Y ahí entonces tuvieron que intervenir?

P: Si, y hasta aquí ahora que sigo con esta operación.

