

ARTÍCULOS

Apoyo psicológico en mujeres que se someten a histerectomía

Psychological support in women for under going an hyster ectoomy

M^a ROSA CÁNOVAS*

J., MOIX**

R., COS***

C. ,FORADADA***

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue comprobar en qué medida el apoyo psicológico es efectivo para preparar a mujeres que se someten a histerectomía abdominal. La muestra se compuso de 30 pacientes que fueron repartidas al azar en dos grupos: experimental y control. Se emplearon técnicas de counselling y se proporcionaron habilidades y estrategias de afrontamiento del estrés como respiración profunda, relajación y visualización. Los resultados indicaron que las mujeres del grupo experimental respecto a las del grupo control, padecieron menos ansiedad, depresión y rebajaron sus preocupaciones durante el proceso quirúrgico y dos meses después del alta, pero además padecieron menos dolor, consumieron menos analgésicos y se acortó su estancia hospitalaria.

La conclusión que se desprende de este estudio es que la técnica de apoyo psicológico diseñada es eficaz para mejorar la recuperación de estas pacien -

*Psicóloga clínica, "Unidad de Psicología Clínica y de la Salud" en Centro Médico Delfos, Barcelona.

Dirigir correspondencia a: M^a Rosa Cánovas. Servicio de Cirugía, Centro Médico Delfos. Avd. Hospital Militar, 151-161, Barcelona 08023. E-mail: mrcanov@copc.es

**Profesora titular de psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona.

***Médico adjunto del Hospital Parc Taulí, Sabadell (Barcelona).

***Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Parc Taulí, Sabadell (Barcelona).

tes, tanto a nivel físico como psicológico durante la hospitalización, y para facilitar la reincorporación a su vida cotidiana.

ABSTRACT

The aim of the present is to test how far the psychological support is effective in preparing women for undergoing an abdominal hysterectomy. The sample was made up of 30 patients who were divided randomly into two groups: experimental and control. Methods of counselling were used and strategies for confronting stress like deep breathing, relaxation and visualisation were made available. It was observed that the women of the experimental group compared to the control group, suffered less anxiety and depression and lessened their worries during the surgical treatment two months after discharge. Besides, they suffered less pain, they took less analgesics and they reduced their stay in hospital.

We can thus conclude that the afore-mentioned psychological support technique is efficient in improving the recovery of those patients at a physical and psychological level during the hospitalization period and to enable their readjustment to everyday life.

PALABRAS CLAVE

Apoyo psicológico, histerectomía, counselling, recuperación, cirugía, reincorporación.

KEY WORDS

Psychological support, hysterectomy, counselling, recovery, surgery, readjustment.

INTRODUCCIÓN

Hablando en términos generales, hoy día se reconoce que cualquier intervención quirúrgica puede ser estresante para el paciente, y dicho estrés condicionar su recuperación postquirúrgica (Kiecolt-Glaser y Glaser, 1986; Linn, Linn y Klimas, 1988; Liu, Barry y Weinman, 1994; Moix, 1995; Van der Pompe, Antoni y Heijnen, 1998). Existen diferentes motivos por los cuales una intervención es un acontecimiento estresante (López-Roig, Pastor y Rodríguez Marín, 1992; Cánovas, Moix, Sanz, Estrada y Cos, 1998), desde los síntomas de la enfermedad y la indicación de cirugía, hasta la angustia que genera la situación de ingreso hospitalario y el miedo a la anestesia y al dolor (Carr y Powers, 1985; Regel, Röse, Hähnel y Krause, 1985). El estrés que experimenta cada persona es distinto, dependiendo del tipo de cirugía, las características de personalidad y la experiencia previa (Cavanaugh, 1986). Todo ello va a condicionar el tipo de vivencia personal.

La histerectomía en concreto se considera la intervención quirúrgica más común dentro de las ginecológicas para la mujer en edad fértil, y el diagnóstico más frecuente es el de mioma uterino (Ashurtz y Hall, 1991; Nathots-Böös, Fuchs y Schoultz, 1992). En nuestro país, según datos del Servei Catalá de la

Salut (comunicación personal, junio 1997) en el año 1995 fueron intervenidas en el conjunto de los hospitales públicos de Cataluña un total de 6.638 mujeres, y en el año 1996 la cifra ascendió 6.806 pacientes. Si tenemos en cuenta que estas cifras no incluyen las intervenciones realizadas en clínicas privadas, debemos reconocer que es una operación que afecta a un porcentaje elevado de mujeres cada año.

La consecuencia fisiológica inmediata de la histerectomía es la falta de menstruación, y, si se realiza además la anexectomía, la paciente se enfrenta a la menopausia quirúrgica. En especial esta última consecuencia tiene sus repercusiones a nivel psicológico, dado que la mujer deberá afrontar de manera condensada toda la fase del climaterio en un corto espacio de tiempo. Por tanto, el proceso de elaboración psicológica que se extiende normalmente a lo largo del climaterio y desemboca en una menopausia esperada se transforma en un acto que transcurre en el aquí y el ahora de la situación quirúrgica. En estas condiciones las vivencias se sintetizan y agudizan por lo irreversible e inesperado de la pérdida (Glocer, 1971). Este efecto se produce independientemente de que se aplique posteriormente el tratamiento hormonal, ya que no se relaciona tanto con los síntomas físicos como con la vivencia a nivel psicológico.

Algunos estudios han señalado que el desarrollo de síntomas es mayor en mujeres con menopausia quirúrgica que con menopausia natural, en especial los sofocos y las sudoraciones (Haines, Chung y Leung, 1994). Otros han puesto de manifiesto que, aunque no hay diferencias significativas por lo que a ansiedad y depresión posterior se refiere entre las pacientes a las que se les practica la anexectomía en comparación con las que no, si se ha visto que la actitud general hacia la operación es más positiva en las pacientes a las que se les conservan los ovarios (Nathots-Böös y Schoultz, 1992).

Respecto a las consecuencias psicológicas de este tipo de intervención, numerosos investigadores se han interesado en detectar la repercusión que esta cirugía puede tener en la posterior estabilidad emocional de las pacientes. Las dos variables más estudiadas han sido la ansiedad (Thornton, McQueen, Rosser, Kreale y Dixon, 1997) y la depresión, tanto en el periodo postoperatorio como en etapas posteriores, es decir, como secuela psicológica posterior (Richards, 1973; Nathots-Böös y Schoultz, 1992; Umegaki et al. 1992). Haciendo un balance de las conclusiones, parece que el desarrollo de problemas psicológicos depende en mayor medida de la personalidad previa, actuando la

intervención como desencadenante y, en cualquier caso, la visión que la paciente tenga sobre la operación y sus consecuencias será un buen índice de su equilibrio posterior (Williamson, 1992).

Por lo que respecta a la influencia de la intervención con relación a la evolución de la relación sexual y de pareja, los estudios concluyen en general que la evolución posterior depende en mayor medida del tipo y calidad de relación sexual y de pareja previa, que de la cirugía en sí (Helström, Lundberg, Sörbom y Bäckström, 1993; Helström, 1994; Helström, Sörbom y Bäckström, 1995). No obstante, también indican que las expectativas previas de la mujer con respecto a la intervención y las consecuencias de la misma para su vida posterior, también son determinantes en el tipo de ajuste psicológico.

Así pues, como se ha mencionado al principio, por un lado sabemos que el estrés puede condicionar la recuperación y existen diferentes parámetros que evalúan habitualmente su efecto, entre otros, los días de estancia, el dolor percibido y el consumo de analgésicos. Por otro lado, sabemos que cada tipo de cirugía tiene sus fuentes propias de estrés, consecuencia en muchos casos de las expectativas que los pacientes tienen a priori de la intervención y sus efectos. Así mismo, en la actualidad se

reconoce la efectividad de las técnicas psicológicas para facilitar y acortar la recuperación postquirúrgica (Hathaway, 1986; Albert, Lyons y Moretti, 1989; Devine, 1992; Horne, Vatmanidis y Careri, 1994; Cánovas et al., 1998; Chiles, Lambert y Hatch, 1999).

En el presente trabajo hemos recogido las conclusiones de todos estos estudios y las propuestas que plantean algunos de ellos en relación a la preparación de este tipo de paciente en concreto, como son el «counselling», (Williamson, 1992) proporcionar información adecuada (Williamson, 1993), poner en marcha programas de educación y de apoyo (Dulaney, Crawford y Turner, 1990), etc.. Teniendo en cuenta que la personalidad previa y el tipo de relación sexual y de pareja de las pacientes forman parte de las condiciones premórbidas, es decir, las que no son modificables, sí creemos en cambio que es posible influir en las expectativas o en la visión que las pacientes poseen acerca de la intervención y sus consecuencias posteriores, ya que éstas parecen tener su repercusión en el ajuste psicológico.

Así pues, hemos diseñado un tipo de técnica de apoyo para ver en que medida influye en un grupo de mujeres que debían someterse a histerectomía en comparación con otro grupo en las mismas condiciones pero sin dicha preparación.

MÉTODO

Este estudio se llevó a cabo en el servicio de ginecología de un hospital público de la provincia de Barcelona.

Sujetos

Se realizó con una muestra de 30 mujeres que debían someterse a una histerectomía abdominal por mioma uterino, ASA I y II que dieron su consentimiento. Una paciente rehusó participar y tres más fueron rechazadas por presentar patologías asociadas.

La edad media de las pacientes fue de 46,2 años, D.E.(4,72). El 86,7% estaban casadas, el 60% tenía estudios elementales y un 20% no tenía ningún tipo de formación; la media de hijos por paciente era de 2,3 hijos, D.E.(0,99); el 46,6% eran amas de casa y el resto trabajaba en empleos poco cualificados. El 73,3% de las mujeres tuvo que esperar entre un año y seis meses antes de poder ser atendidas quirúrgicamente.

Instrumentos

Además de las variables demográficas descritas, se controlaron variables psicológicas que se consideró que podían contaminar o

influir en los resultados; estas fueron: ansiedad rasgo y ansiedad inicial, y depresión inicial. La primera se refiere a aquella ansiedad que forma parte de la personalidad del sujeto, es decir supone una característica de su carácter. Se evaluó mediante un ítem que medía a través de 5 categorías en qué grado se consideraba la paciente nerviosa en su vida en general en relación a las demás personas (Perry, Parker, White y Clifford, 1994), (*Si usted se compara con el resto de la gente usted se considera en general, habitualmente: 1 mucho menos nerviosa que el resto, 2 menos nerviosa, 3 igual de nerviosa que el resto de la gente, 4 más nerviosa, 5 mucho más nerviosa que el resto.*).

La ansiedad y depresión iniciales corresponden al nivel o monto de ansiedad y depresión que el sujeto aporta, de lo que parte, y que puede variar dependiendo de las circunstancias que rodeen a cada individuo. Ambas dimensiones fueron evaluadas a través de escalas numéricas de 10 puntos (*En una escala de 1 a 10 ¿en qué medida está ud. nerviosa ahora?, 1 nada nerviosa, 10 muy nerviosa*). (*En una escala de 1 a 10, ¿cómo puntuaría su estado de ánimo ahora?, 1 nada animada, 10 muy animada*).

Otra dimensión que se valoró fue en qué medida las pacientes buscaban o evitaban la información a través de un cuestionario de vigi-

lantes o evitadores (Krantz, Baum y Wideman, 1980).

Los pacientes evitadores son aquellos que no suelen querer ningún tipo de información e intentan superar la ansiedad sin pensar en el problema. Los pacientes vigilantes, en cambio, son sujetos que afrontan las situaciones estresantes obteniendo la máxima información sobre ellas.

Además de las variables psicológicas extrañas, se controlaron variables clínicas que se consideró que también podían influir en los resultados. Estas fueron de dos tipos, cuantitativas (Índice de Masa Corporal, duración de la intervención quirúrgica), y cualitativas (práctica de anexectomía, tipo de incisión).

En cuanto a las variables dependientes, sobre las cuales pretendíamos medir el efecto del apoyo psicológico, fueron: psicológicas, de recuperación física y de readaptación psico-social.

Por lo que respecta a las psicológicas, se midieron la ansiedad y el estado de ánimo en los momentos pre y post quirúrgicos, percepción subjetiva de recuperación a los cuatro días de la intervención (en los tres casos a través de escalas numéricas de 10 puntos), y el nivel de preocupación previo a la operación (el día antes). Para ver el grado de preocupación se utilizó un cuestionario que exploró ocho áreas:

dejar de trabajar, problemas económicos durante hospitalización, cambio de costumbres durante la estancia en el hospital, el tiempo de convalecencia, los cambios que la operación puede provocar en su vida posterior, las molestias después de la intervención quirúrgica, la anestesia, problemas durante la operación; cada ítem puntuaba de 0 a 4.

En cuanto a las variables de recuperación física se evaluaron cuatro indicadores de recuperación: el dolor percibido al cuarto día de la operación, mediante una escala de dolor que medía su intensidad en tres situaciones diferentes, al caminar, de pie y sentada, a través de tres escalas numéricas de 10 puntos (*en una escala de 1 a 10: 1 ¿en qué medida siente dolor cuando está sentada?; 2 ¿en qué medida siente dolor cuando está de pie?; 3 ¿en qué medida siente dolor al caminar?*); el día de la primera evacuación; el número de analgésicos no pautados que requería la paciente a partir del cuarto día de la operación; y el número de días de estancia hospitalaria (día de la intervención hasta el día del alta inclusive). Estos dos últimos parámetros se recogieron a posteriori al revisar la historia clínica.

Por lo que respecta al último grupo de variables, de readaptación psico-social, la recogida se efectuó mediante un cuestionario telefónico, a los dos meses del alta. Se evaluó la recuperación percibida, el estado

de ánimo y en general su grado de reincorporación a las actividades cotidianas. El cuestionario constaba de ocho ítems que medían la recuperación de las pacientes en diferentes niveles, mediante escalas numéricas de 10 puntos. Las áreas exploradas fueron: la recuperación física percibida, el grado de reanudación de sus actividades cotidianas o trabajo, reanudación del tiempo de ocio, de las relaciones sexuales, el estado de ánimo, el nivel de ansiedad, el grado de preocupación por los resultados de la biopsia, así como en qué medida les había parecido larga la espera de tales resultados.

Procedimiento

La muestra se dividió en dos grupos de 15 sujetos cada uno, el experimental y el control. El estudio se realizó a ciego simple y la distribución de las pacientes en los grupos se efectuó de forma aleatoria.

El trabajo se llevó a cabo por tres psicólogas. La primera se encargó de pasar los cuestionarios sin tener conocimiento de a qué grupo iría destinada cada paciente. Las otras dos psicólogas se repartieron las mujeres del grupo experimental para aplicar la técnica psicológica.

En el grupo experimental se llevó a cabo el apoyo psicológico que consistió en:

1) La utilización de técnicas de «counselling», con el objetivo de:

- Facilitar la expresión de emociones, dudas, favoreciendo el sentimiento de apoyo emocional.
- Dar información ajustada a las necesidades de cada paciente en relación con la intervención quirúrgica en sí (anestesia, sensaciones durante la recuperación, funcionamiento del hospital, etc.); y sobre el tipo de cirugía (consecuencias fisiológicas, psicológicas, sexualidad, etc.).

2) Proporcionar habilidades y estrategias de afrontamiento del estrés como la respiración profunda, relajación, visualización y autoafirmaciones.

Tanto la técnica de apoyo comentada como la recogida de datos se realizó en dos fases:

1ª) Durante la estancia hospitalaria, en los momentos preoperatorio (el día antes) y el postoperatorio (al cuarto día de la intervención quirúrgica).

2ª) Después del alta hospitalaria, a las pacientes del grupo experimental, mediante una llamada telefónica a los 21 días del alta, y a ambos grupos la última recogida de datos a los dos meses del alta.

En la tabla 1 se enumeran todas las variables evaluadas y los

momentos en que se recogieron los datos.

RESULTADOS

Con el fin de comprobar si existían diferencias entre ambos grupos de pacientes en cuanto a las variables psicológicas y de recuperación antes mencionadas, se efectuaron dos tipos de análisis estadísticos en función de la naturaleza cuantitativa o cualitativa de las mismas. Así, las variables cuantitativas se analizaron con la t de Student-Fisher de comparación de medias y, cuando fue necesario, se realizaron además análisis de la varianza. Las variables cualitativas se analizaron mediante la prueba de chi-cuadrado.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y el experimental en las variables demográficas y el resto de las variables extrañas. Todas estas variables fueron homogéneas en ambos grupos.

Por lo que respecta a las variables psicológicas de ansiedad, estado de ánimo, preocupación y valoración subjetiva de recuperación durante el ingreso hospitalario, los resultados se detallan a continuación.

En primer lugar la evolución de la ansiedad y el estado de ánimo reflejan una fluctuación del estado emocional de características diferentes en cada uno de los grupos a través

TABLA 1
Relación de variables evaluadas y momento de recogida de datos

	Prequirúrgico	Postquirúrgico	2 meses después del alta hosp.
Ansiedad	X	X	
Estado de ánimo deprimido	X	X	
Áreas preocupación	X		
Percep. subjetiva de recuperación		X	
Dolor		X	
Analgésicos		X	
1 ^a Evacuación		X	
Días estancia hospitalaria.		X	
Readaptación psico-social *			X

Nota: *Incluye las variables: recuperación física percibida, grado de reanudación de las actividades cotidianas, del tiempo de ocio y de las relaciones sexuales, estado de ánimo deprimido, ansiedad, grado de preocupación por resultados biopsia, percepción subjetiva del tiempo de espera de dichos resultados.

de los cuatro momentos evaluados a lo largo del estudio: 0 (inicial), 1 (prequirúrgico), 2 (postquirúrgico), 3 (a los dos meses del alta).

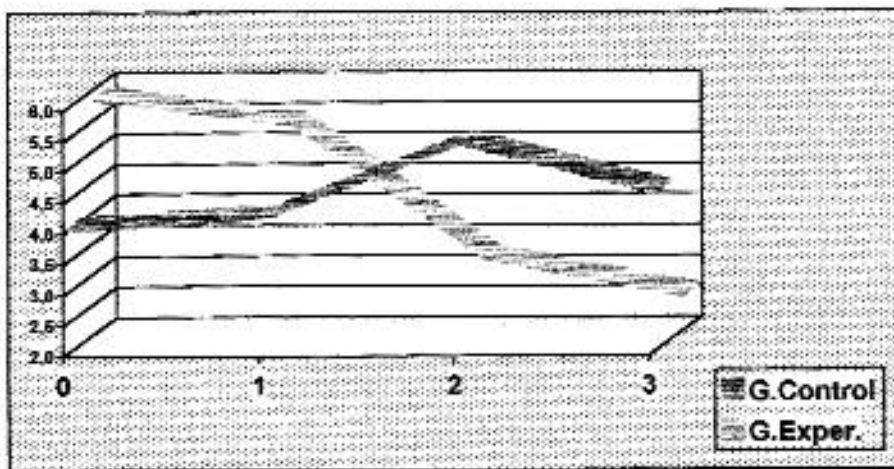
En cuanto a la ansiedad, en el grupo experimental se observa una disminución desde el momento 0 al 3, mientras que en las pacientes del grupo control la misma variable incrementa sus valores llegando a su punto máximo en el momento 2 (postquirúrgico). En este punto la diferencia entre ambos grupos es estadísticamente significativa ($p = 0.04$, $t = 2.13$). De la misma manera,

la ansiedad evaluada a los dos meses del alta marca una diferencia significativa, en el sentido de que las mujeres tratadas se encuentran menos ansiosas que las del grupo control ($p = 0.05$, $t = 2.0$). La evolución de esta variable queda reflejada en la figura 1.

En cuanto al estado de ánimo, cuyas puntuaciones van en sentido inverso (1 nada animada, 10 muy animada), se detectan igualmente diferencias entre ambos grupos, llegando a ser ésta muy significativa en el momento post-

FIGURA 1

Diferencias entre el grupo control y el experimental en cuanto a la ansiedad en 4 momentos distintos

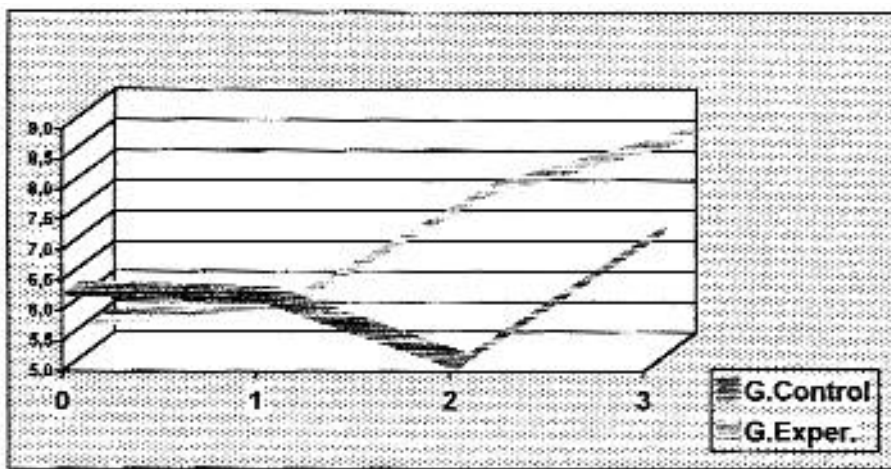


quirúrgico ($p = 0.005$, $t = - 3,06$). Dicha fluctuación se refleja en la figura 2.

Por lo que respecta a la medida de preocupación, sólo se detectaron diferencias significativas entre

FIGURA 2

Diferencias entre los grupos en cuanto al estado de ánimo en los cuatro momentos



los grupos en el ítem que evaluaba la preocupación por los cambios que la intervención quirúrgica pudiera ocasionar en sus vidas posteriores ($p = 0.03$, $t = 2,26$). Las mujeres que se beneficiaron del apoyo psicológico manifiestan menos preocupación en esa área que las mujeres no preparadas.

La cuarta variable psicológica, esto es la valoración que hacen las pacientes en cuanto a su recuperación al cuarto día de la intervención, es diferente en ambos grupos. Así, las mujeres del grupo control puntúan su recuperación una media de 6,8 puntos

sobre 10 ($SD = 2,06$), mientras que las mujeres del experimental puntúan de media 8,6 ($SD = 1,54$). La diferencia entre los grupos es estadísticamente significativa ($p = 0.01$, $t = -2,6$).

En cuanto a los parámetros de recuperación fisiológica las diferencias entre los grupos fueron muy significativas en las variables consumo de analgésicos ($p = 0.002$), dolor ($p = 0.0005$) y días de estancia hospitalaria ($p = 0.001$).

Las diferencias entre los grupos en cuanto al consumo de analgésicos se muestran en la figura 3. La

FIGURA 3

Diferencias entre los grupos en cuanto al consumo de analgésicos

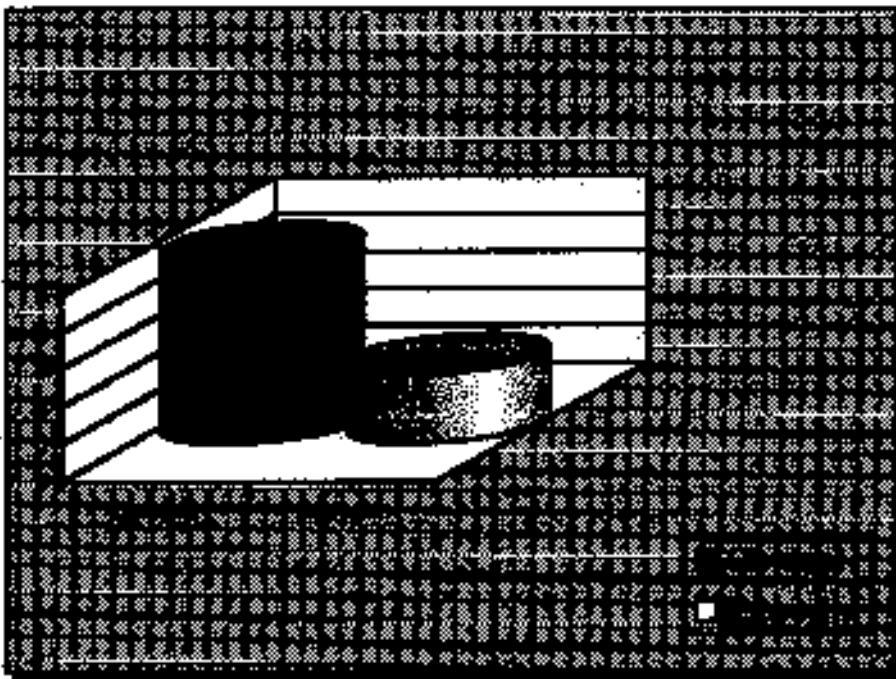


figura 4 refleja las diferencias en cuanto al dolor. Así mismo la figura 5 muestra las diferencias en cuanto a días de estancia hospitalaria.

Por lo que respecta a esta última variable, la diferencia entre los grupos corresponde exactamente a un día menos de hospitalización de promedio para las pacientes del grupo experimental. Se puede inferir además (con un intervalo de confianza del 95%) que la reducción de días de estancia oscilaba entre 0.4 y 1.5 días en condiciones

similares. Con el mismo intervalo de confianza la diferencia estimada de consumo de analgésicos estaba entre 1.2 y 4.6 de analgésicos menos por paciente; por lo que respecta a la intensidad de dolor percibida, ésta disminuyó entre 3.6 y 11.0 en promedio. Sin embargo, la variable que hace referencia al primer día de evacuación después de la operación, aunque muestra una diferencia entre los grupos en el sentido esperado, tal diferencia no es significativa.

FIGURA 4

Diferencias entre los grupos en cuanto al dolor percibido

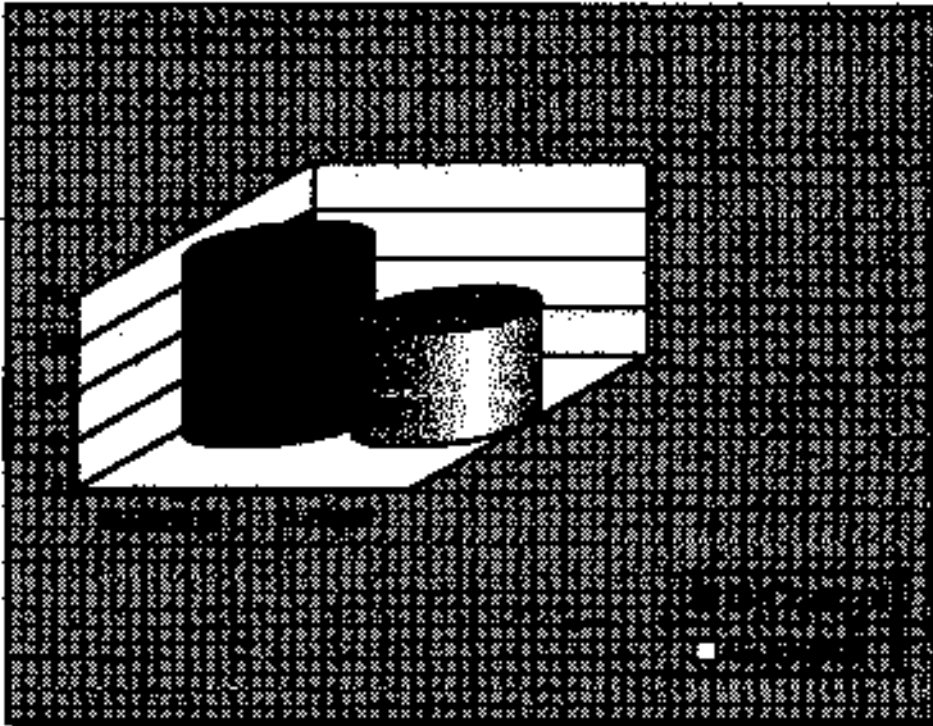
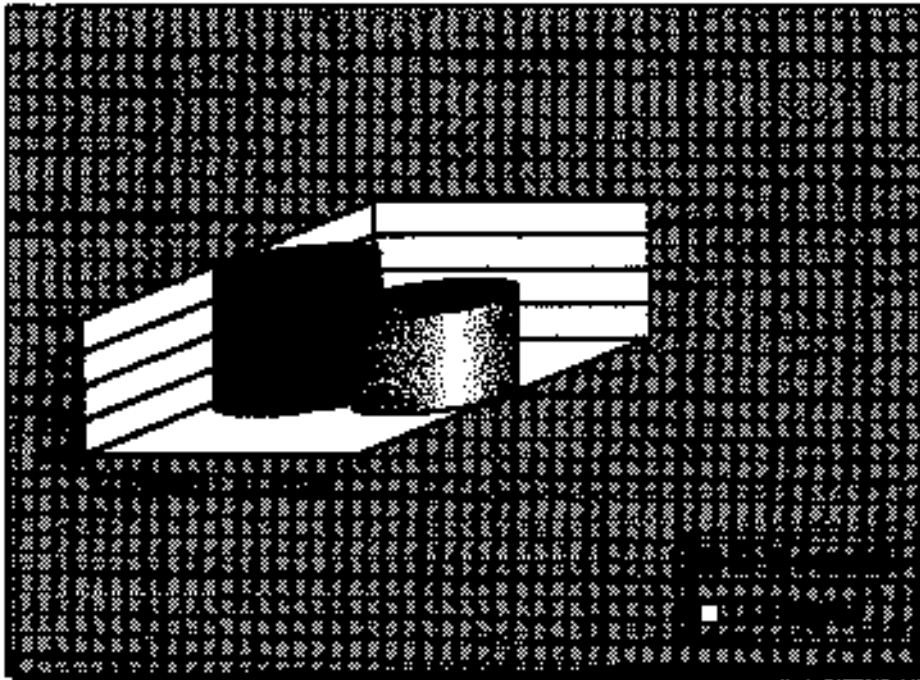


FIGURA 5

Diferencias entre los grupos en cuanto a días de estancia hospitalaria.



En cuanto al último grupo de variables (readaptación psico-social), cuya recogida se realizó a los dos meses mediante un cuestionario telefónico (ansiedad, ánimo, recuperación física percibida, readaptación al sexo, vuelta al trabajo o actividad cotidiana, recuperación ocio, preocupación biopsia, tiempo subjetivo espera resultados biopsia), los resultados se pueden consultar en la tabla 2.

De las ocho variables enumeradas en la tabla, cuatro muestran diferencias estadísticamente significativas. Las mujeres del grupo experimental

muestran niveles de ansiedad significativamente inferiores a las pacientes del grupo control dos meses después de la intervención, como ya se ha comentado en apartados anteriores. Por otro lado, la percepción subjetiva o percibida de recuperación es así mismo más elevada en las mujeres del primer grupo, alcanzando nuevamente el nivel de significación estadística.

Las otras dos variables que muestran diferencias significativas entre ambos grupos de pacientes son la preocupación por los resultados de la biopsia y la variable que

TABLA 2
Diferencias respecto a la readaptación psico-social entre los grupos experimental y control

	G. Control	G. Experm.	P	t
Ansiedad	X = 4,6 SD = 3,35	X = 2,4 SD = 2,64	0.05	2.00
Animo	X = 7,1 SD = 2,82	X = 8,4 SD = 1,88	0.14	-1.52
Recup. fisica percibida	X = 6,53 SD = 2,32	X = 8,6 SD = 2,09	0.01	-2.56
Readap. sexo	X = 4,07 SD = 0,93	X = 5,92 SD = 1,17	0.22	-1.25
Vuelta al trabajo	X = 5,8 SD = 3,21	X = 7,4 SD = 3,20	0.18	-1.37
Recup. ocio	X = 7,2 SD = 3,40	X = 8,2 SD = 2,71	0.35	-0.95
Preocup. biopsia	X = 5,6 SD = 3,31	X = 2,2 SD = 2,43	0.004	3.14
Tiempo sub. espera result.	X = 4,6 SD = 3,39	X = 2,2 SD = 2,39	0,03	2.24

mide en qué medida les había parecido larga la espera de dichos resultados. Las mujeres del grupo experimental anticiparon con menos angustia los resultados y los esperaban con menos ansiedad, mientras que las del grupo control expresaron mayor preocupación ante la posibilidad de que los resultados anunciaran un cáncer y por ello el tiempo de espera de los mismos les resultó más largo. Cabe señalar que el grado de seguridad en cuanto al diagnóstico previo de mioma uterino

fue el mismo para ambos grupos. En cuanto a las variables estado de ánimo, vuelta al trabajo, readaptación al sexo y recuperación del ocio, no mostraron diferencias significativas entre los grupos, aunque la diferencia de medias se orienta nuevamente en el sentido esperado.

DISCUSIÓN

A la vista de los resultados, la conclusión más evidente es que la

técnica de apoyo psicológico diseñada es efectiva para preparar a estas pacientes, facilitando y mejorando su recuperación a dos niveles, físico y psicológico:

A nivel físico, porque las pacientes padecen menos dolor, consumen menos analgésicos y su recuperación general se acorta necesitando menos días de estancia hospitalaria.

A nivel psicológico, porque mejora la vivencia de las pacientes al padecer menos ansiedad, depresión y rebajar en alguna medida sus preocupaciones durante el proceso quirúrgico y después del alta.

Por lo que respecta a las dos principales dimensiones afectivas, la ansiedad y el estado de ánimo deprimido, el mayor efecto de la intervención psicológica se evidencia en el momento postoperatorio. Las mujeres del grupo experimental evidencian un tono emocional más positivo en relación con las del grupo control, ya que se encuentran significativamente más animadas y menos ansiosas. El apoyo psicológico que se inicia el día antes de la operación no llega a tener un efecto estadísticamente significativo hasta el período postoperatorio, cuando se realiza la segunda sesión, más corta, que actuaría de refuerzo.

Incluso la ansiedad posterior al alta es significativamente inferior en

las mujeres preparadas, probablemente porque la vivencia de estas pacientes durante el proceso quirúrgico ha sido menos traumática o angustiosa, lo cual tiende a reflejarse en su evolución posterior. Estos resultados van en la misma dirección que los obtenidos en otros estudios sobre histerectomía (Thornton et al., 1997), en los que se ha demostrado que en esta cirugía los niveles de ansiedad prequirúrgica pueden ser más elevados con relación a otras intervenciones pudiendo persistir seis meses después de la operación. Por ello estos autores aconsejan tratar dicha ansiedad prequirúrgica para evitar su evolución posterior. Nuestro estudio demuestra que dicha ansiedad puede rebajarse con la técnica de apoyo psicológico diseñada abordándola el día antes, ya que se ha demostrado que el nivel de ansiedad de las mujeres no tratadas es significativamente superior.

En la misma línea, el grupo de variables que hemos llamado de readaptación psico-social y cuyos datos fueron recogidos dos meses después del alta, las pacientes que se beneficiaron de la preparación, no solo presentan niveles de ansiedad menores como ya se ha comentado, sino que además, percibieron que se recuperaban mejor y anticiparon con menos incertidumbre o preocupación los resultados de la biopsia, lo cual nos apor-

ta matices en cuanto a la calidad de recuperación de estas pacientes después del alta.

Centrándonos nuevamente en el período postoperatorio, también las mujeres del grupo experimental padecen menos depresión, lo que es muy interesante teniendo en cuenta que otros autores han señalado que, en las intervenciones donde se extrae un órgano o parte del mismo, se acentúa el estado de ánimo depresivo después de la cirugía, en comparación a otros tipos de intervenciones quirúrgicas (Mardarás, 1980). En este sentido, podemos asegurar, a la vista de estos resultados, que un adecuado apoyo psicológico previene dicho estado de ánimo.

Por lo que respecta a las preocupaciones evaluadas en el momento prequirúrgico, es decir, después de la primera sesión de la intervención en el grupo experimental, la única en la que se detectan diferencias entre los grupos es en el tema de los posibles cambios provocados por la cirugía en su vida posterior. Esto significa que ya en ese momento la paciente está motivada para tratar este tema y no exclusivamente los que hacen referencia al acto quirúrgico, como sería la anestesia. Teniendo en cuenta que en el transcurso de esa primera sesión las pacientes muestran gran interés por abordar el tema de las repercusiones de la histerectomía

en su vida posterior, quizá podría concluirse que entre todos los estresores que rodean al acto quirúrgico, el que hace referencia a las consecuencias de la cirugía es uno de los prioritarios ya en ese momento, y el nivel de preocupación se rebajaría en tanto en cuanto se despejan dudas y se sustituyen ideas erróneas.

En cuanto a la valoración de recuperación que realizan las pacientes al cuarto día de su recuperación, se puede considerar como un índice que mide calidad de vida de las pacientes durante el proceso quirúrgico, en ese sentido, podemos pensar que las mujeres que se benefician de la técnica psicológica viven su recuperación más rápida o exitosa, seguramente con menos angustia, puesto que también se trata de las pacientes menos ansiosas y deprimidas (las mujeres del grupo experimental).

La influencia del apoyo psicológico en las variables de recuperación fisiológica se manifiesta en algunos de los parámetros más importantes como el número de días de estancia, el consumo de analgésicos, o el dolor. Este último no puede considerarse efecto directo y lineal de la lesión física, ni proporcional a la extensión de tejidos dañados, sino que es un fenómeno complejo y subjetivo en el que muchos componentes emocionales pueden reforzar su intensidad, es por ello lógico

que las pacientes menos ansiosas y deprimidas sean también las que acusan menos sensaciones dolorosas (Giacomantone y Mejiá, 1997). Esto significa que la mejoría no solo es subjetiva, puesto que no únicamente mejora la vivencia durante el ingreso, sino que tiene su repercusión en parámetros fisiológicos de recuperación, es decir, índices objetivos y cuantificables desde el punto de vista clínico, acortándose la recuperación postquirúrgica.

Es importante tener en cuenta que incluso en una intervención quirúrgica como la que nos ocupa, en la que no existe en principio peligro de malignidad vemos sin embargo como el miedo a padecer cáncer, es decir, la percepción subjetiva de amenaza es evidente en estas pacientes, a pesar de la realidad objetiva. Dicha percepción subjetiva de malignidad, por sí misma, contribuye a alterar su estado emocional y, en la medida que esto ocurre, la vivencia es más angustiada, amenazante e incontrolable. Esto nos indica también que la realidad clínica real y la percepción que el paciente tenga de la misma, a menudo no coinciden y que, por tanto, también las intervenciones quirúrgicas consideradas de menor riesgo (incluso la cirugía menor) pueden ser vividas de forma muy traumática. No obstante, los resultados de este estudio nos indican así mismo que es posible modi-

ficar esta vivencia, al rebajar los niveles de ansiedad, proporcionando información individualizada, y permitiendo al mismo tiempo la exteriorización de dudas, miedos y emociones. Esta forma de actuar implica dedicar tiempo a cada paciente para permitir la asimilación de la información y la manifestación de emociones, sin interpretar por ello que el paciente es conflictivo, o está deprimido. Es importante tolerar la expresión emocional de los pacientes, crear un clima de confianza a través del cual sea posible tratar aquellos aspectos que preocupen y, sobre todo, dar tiempo para permitir la exteriorización de los miedos y las dudas. Esta forma de trabajar es la base del «counseling», que algunos autores definen como consejo psicológico, relación de ayuda o asesoramiento (Bimbela, 1996), otros como apoyo emocional (Arranz et al., 1996).

Esperamos que estudios como éste sirvan para reflexionar acerca del concepto de calidad asistencial, al valorar el estado emocional como parte integrante del proceso de recuperación de los pacientes quirúrgicos. Este último, no debe ser considerado como un artículo de lujo del que pueda prescindirse, ya que, como se ha visto, repercute en la evolución clínica de los enfermos y en la valoración que posteriormente harán como usuarios de la asistencia recibida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albert, M., Lyons, J. y Moretti, R. (1989). Psychological interventions in the presurgical period. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 19, 91-106.
- Arranz, P., Costa, M., Bayés, R., Cancio, H., Magallón, M. y Hernández, F. (1996). *El apoyo emocional en hemofilia*. Madrid: Real fundación Victoria Eugenia.
- Ashurst, P. y Hall, Z. (1991). *Understanding women in distress*. London: Routledge.
- Bimbela, J.L. (1996). *Cuidando al cuidador: counselling para médicos y otros profesionales de la salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Cánovas, M.R., Moix, J., Sanz, A., Estrada, M.T. y Cos, R. (1998). Eficacia de una intervención cognitivo-conductual en pacientes quirúrgicos. *Cirugía Española*, 64, 347-352.
- Carr, J.A. y Powers, M.J. (1985). Stressors associated with coronary bypass surgery. *Nursing Research*, 35, 243-246.
- Cavanaugh, S. (1986). Depression in the hospitalized inpatient with various medical illness. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 45, 97-104.
- Chiles, J.A., Lambert, M.S. y Hatch, A.L. (1999). The impact of psychological interventions on medical cost offset: A meta-analytic review. *Clinical and psychology: The science and Practice*, 6, 204-220.
- Devine, E. (1992). Effects of psychoeducational care for adult surgical patients: a meta-analysis of 191 studies. *Patient Education and Counseling*, 19, 129-142.
- Dulaney, P., Crawford, V. y Turner, G. (1990). A comprehensive education and support program for women experiencing hysterectomies. *Journal of Obstetric and Gynecology Scandinav*, 19, 319-325.
- Giacomantone, E. y Mejiá, A. (1997). *Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico. El impacto emocional de la cirugía*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Glocher, F.S. (1971). Psicoprofilaxis quirúrgica: una técnica de prevención. *Revista Argentina de Psicología*, 9, 71-89.
- Haines, C.J., Chung, T.K.H. y Leung, D.H. (1994). A prospective study of a frequency of acute menopausal symptoms in Hong Kong Chinese women. *Maturitas*, 18, 175-181.
- Hathaway, D. (1986). Effects of preoperative instructions on postoperative outcomes: a meta-analysis. *Nursing Research*, 35, 269-275.
- Helström, L. (1994). Sexuality after hysterectomy: a model based on quantitative and qualitative analysis of 104 women before and after subtotal hysterectomy. *Journal of Psychosomatics Obstetric and Gynecology*, 15, 219-229.
- Helström, L., Lundberg, P.O., Sörbom, D. y Bäckström, T. (1993). Sexuality after hysterectomy: A factor analysis of women's sexual lives before and after subtotal hysterectomy. *Obstetrics and Gynecology*, 81, 357-362.
- Helström, L., Sörbom, D. y Bäckström, T. (1995). Influence of partner relationship on sexuality after subtotal hysterectomy. *Acta Obstetric and Gynecology Scandinav*, 74, 142-146.
- Horne, D., Vatmanidis, P. y Careri, A. (1994). Preparing patients for invasive medical and surgical procedures 1: adding behavioral and cognitive interventions. *Behavioural Medicine*, 20, 5-13.
- Krantz, D.F., Baum, A. y Wideman, M.V. (1980). Assessment of preferences for self-treatment and information in health care. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 977-990.
- Kiecolt-Glaser, J.K. y Glaser, R. (1986). Psychological influences on immunity. *Psychosomatics*, 27, 621-624.

- Liu, R., Barry, J. y Weinman, J. (1994). Effects of background stress and anxiety on postoperative recovery. *Anaesthesia*, 49, 382-386.
- Linn, B.S., Linn, M.W. y Klimas, N. (1988). Effects of psychophysical stress on surgical outcome. *Psychosomatic Medicine*, 50, 230-244.
- López-Roig, S., Pastor, M.A. y Rodríguez Marin, J. (1992). Programas de preparación psicológica para la cirugía. En FX. Méndez, D. Macía, J. Olivares: *Intervención conductual en contextos comunitarios. Programas aplicados de prevención*. Madrid: Pirámide.
- Mardarás, E. (1980). *La preparación psicológica para intervenciones quirúrgicas. Psicoprofilaxis quirúrgica*. Barcelona: Rol
- Moix, J. (1995). Efectos de la ansiedad prequirúrgica en la recuperación. *Clinica y salud*, 6, 203-215.
- Nathorts-Böös, J., Fuchs, T. y Schoultz, B. (1992). Consumer's attitude to hysterectomy. *Acta Obstetrica Scandinava*, 71, 230-234.
- Nathorts-Böös, J. y Schoultz, B. (1992). Psychological reactions and sexual life after hysterectomy with and without oophorectomy. *Gynecology and Obstetrics Investigation*, 34, 97-101.
- Perry, F., Parker R.K., White, P.F. y Clifford, P.A. (1994). Role of psychological factors in postoperative pain and recovery with patient-controlled analgesia. *Clinical Journal Pain*, 10, 57-63.
- Regel, H., Röse, W., Hähnel, S. y Krause, A. (1985). Evaluation of psychological stress before general anesthesia. *Psychitric and Neurology of Medical Psychology*, 37, 151-155.
- Richards, D.H. Depression after hysterectomy (1973) *Lancet*, 2, 430-432.
- Thornton, E.W., McQueen, C., Rosser, R., Kreale, T. y Dixon, K. A. (1997). Prospective study of changes in negative mood states of women undergoing surgical hysterectomy: the relationship to cognitive predisposition and familial support. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynecology*, 18, 22-30.
- Umegaki, H., Minami, C., Katou, H., Kawasaki, T., Fukunaga, T. y Shimizu, A. (1992). A study on a psychological status of a perioperative patients (II). *Masui*, 41, 200-206.
- Van der Pompe, G., Antoni, M.H. y Heijnen, C.J. (1998). The effects of surgical stress and psychological stress on immune function of operative cancer patients. *Psychology and Health*, 13, 1015-1026.
- Williamson, M.L. (1992). Sexual adjustment after hysterectomy. *Journal of Obstetric and Gynecology Neonatal-Nursing*, 21, 42-47.
- Williamson, M. (1993). Myths and Facts about hysterectomies. *Nursing*. 93, 94-95.