

Intervención cognitivo-conductual e informativa para reducir ansiedad ante la histerectomía en mujeres mexicanas: un estudio comparativo

Cognitive-behavioral and informative intervention to reduce anxiety before hysterectomy in Mexican women: A comparative study

María Berenice Bernal Contreras¹, Ana Leticia Becerra Gálvez²,
Isaías Vicente Lugo González¹ y Minerva Beatriz Ixtla Pérez³

Universidad Nacional Autónoma de México^{1,2}
Hospital de la Mujer de la Ciudad de México³

Autor para correspondencia: Ana Leticia Becerra Gálvez, bega@comunidad.unam.mx.

RESUMEN

La histerectomía puede provocar reacciones de miedo, preocupación y ansiedad, lo que causa un efecto negativo en el proceso hospitalario y genera complicaciones tras la cirugía. Ante tales efectos, se han desarrollado diferentes intervenciones psicológicas para que las mujeres que se someten a dicho procedimiento adquieran un mejor control pre y postoperatorio. Cabe mencionar que algunas de estas intervenciones pueden guiarse bajo las técnicas de la terapia cognitivo-conductual, así como en las tradicionales basadas en la información. El objetivo de la presente investigación fue comparar el efecto de un programa cognitivo-conductual y de una intervención informativa sobre los niveles de ansiedad previos a la histerectomía en un grupo de mujeres de un hospital de tercer nivel de atención de la Ciudad de México. Participaron 24 mujeres: 12 en el grupo experimental (GE) y 12 en el grupo comparativo (GC), con una edad media 46.25 años. Los resultados mostraron un decremento en los niveles de ansiedad previos a la cirugía en el GE, con un nivel de ansiedad en la norma, en tanto que en el GC ese nivel resultó por encima. Ambas formas de intervención generaron efectos positivos en la disminución de ansiedad previos a la cirugía, con un tamaño del efecto grande en el GE y moderado en el GC, por lo que es posible concluir que la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) posee una mayor eficacia sobre la disminución de la ansiedad de pacientes quirúrgicos hospitalizados.

Palabras clave: Histerectomía; Ansiedad; Intervención psicológica; Técnicas cognitivo-conductuales; Técnicas informativas.

ABSTRACT

Background. *Hysterectomy causes fear, worry, and anxiety, resulting in a negative effect on the hospital care process and complications after surgery. Different psychological interventions have been developed for these effects, exploring if those women who undergo this procedure have better*

¹ Unidad de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias de la Salud y Educación (UIICSE), Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Av. De los Barrios s/n, 54090 Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, México, correo electrónico: isaiaslugo@iztacala.unam.mx.

² Licenciatura en Psicología, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Av. Guelatao y Av. Exploradores, Ejército de Oriente 66, Iztapalapa, 09230 Ciudad de México, correo electrónico: bega@comunidad.unam.mx.

³ Departamento de Psicología, Salvador Díaz Mirón 374, Santo Tomás, Miguel Hidalgo, 11340 Ciudad de México, México, correo electrónico: mineip@hotmail.com.



pre and post-operative control. Some interventions may resort to the techniques of cognitive-behavioral therapy or traditional interventions based on information. Objective. The present study aimed at assessing the effect of a cognitive-behavioral program, compared to an informative intervention on anxiety levels prior to hysterectomy in a group of women from a tertiary care hospital in Mexico City. Method. Twenty-four women participated: 12 in the experimental group (EG), and 12 in the comparative group (CG), with a mean age of 46.25 years. Results. The main findings revealed lower anxiety levels before surgery in the EG group, with an anxiety level in the norm and above the norm in CG participants. Both interventions showed positive effects in reducing anxiety before surgery, with a more noticeable impact in the EG group and moderate in the CG. Discussion. We conclude that cognitive-behavioral therapy is more effective than providing only information in reducing anxiety in this type of hospitalized surgical patients.

Key words: Hysterectomy; Anxiety; Psychological intervention; Cognitive-behavioral techniques; Informational techniques.

Recibido: 21/01/2021

Aceptado: 16 /03/2021

INTRODUCCIÓN

La histerectomía es en todo el mundo una de las cirugías ginecológicas más comunes en la población femenina (Hammer *et al.*, 2015). El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (2015) señala que la histerectomía es una intervención quirúrgica en la que se extirpa el útero y que puede ser subtotal, supracervical y parcial; subtotal, en la que solo se extrae la parte superior del útero conservando en cuello uterino; total, en que se extirpan el útero, el cérvix y el cuello uterino, y radical, en la que, además del útero y el cuello uterino, también se extraen los ovarios y las trompas de Falopio. De acuerdo con Ramdhan, Loukas y Tubbs (2017), las modalidades más frecuentes para la realización de la histerectomía son las vías abdominal, vaginal o laparoscópica, en la que en esta última el útero se extrae con ayuda del

laparoscopia. Las principales anomalías por las cuales se efectúa una histerectomía son el sangrado uterino disfuncional, la miomatosis uterina, la endometriosis, el dolor pélvico y el prolapso uterino (Orane, 2016; Palma, 2013).

La histerectomía puede provocar en las pacientes diversas reacciones psicológicas, las cuales pueden ser más graves si no se tienen las habilidades suficientes para afrontar dicha situación. Autores como Montgomery *et al.* (2003) y Ayyadhah (2014) sugieren que experimentar un evento quirúrgico supone la ocurrencia no solo de alteraciones del estado de ánimo, como miedo, ansiedad o incomodidad, sino que también suele provocar pensamientos anticipatorios respecto a lo que podría ocurrir durante el procedimiento, como por ejemplo el temor a los efectos y consecuencias de la anestesia, a las secuelas físicas de la cirugía (dolor e infecciones) y evidentemente a la muerte. Jarmoszewicz, Nowicka-Sauer, Zemła y Beta (2020) apuntan que la ansiedad previa a la cirugía se relaciona con variables como la duración del periodo prehospitalario, la presencia previa de síntomas depresivos, la percepción negativa de la enfermedad y la gran necesidad de datos sobre la intervención. En relación con este último punto, afirman que los déficits de carácter informativo (no contar con detalles relevantes del procedimiento, beneficios y posibles consecuencias) podrían generar respuestas emocionales adversas horas antes de la cirugía, así como complicaciones en los cuidados médicos posteriores al acto quirúrgico (Álvarez, 2014; Carr, Brockbank, Allen y Strike, 2006; Miller *et al.*, 2014; Wongkietkachorn, Wongkietkachorn y Rhunsiri, 2018; Yaman, Gok y Sevcan, 2019). En esa misma línea, Quintero, Yasnó, Riveros, Castillo y Borráz (2017) indican que tras un proceso quirúrgico se desencadenará un estado de ansiedad que involucra reacciones cognitivas y físicas, las cuales se han relacionado con una mayor necesidad de consumir analgésicos y requerir estancias hospitalarias más prolongadas, lo que repercute a la postre en la recuperación de la paciente y en los costos de la institución médica.

En el caso específico de las mujeres que se someten a una histerectomía, pueden también surgir alteraciones de la imagen corporal, no solo por la cicatriz resultante del procedimiento, sino por lo que puede simbolizar perder el útero, así como por el efecto de las numerosas interrogantes acerca de la función sexual y de la calidad de vida, las cuales pueden verse influidas directamente por cuestiones socioculturales (Erdoğan, Demir, Belkıs, Çalışkan y Gülsüm, 2019; Ergen, Kemal, Kılıççı, Abide y Ayas, 2019; Radosa *et al.*, 2014; Tatrow y Montgomery, 2006). Es por lo anterior que se vuelve significativo el trabajo psicológico con pacientes que estén por realizarse cualquier tipo de intervención quirúrgica y no solamente una histerectomía, pero sí particularmente aquellos que sufren ansiedad, pues se pretende que estén más informados acerca de esa cirugía, así como promover en ellos un estado de mayor tranquilidad, tanto previa como posteriormente a la misma (Devine, 1992; Deza, 2013; Gillies y Baldwin, 2001).

Ayyadhah (2014) y Cázares, Vinaccia, Quiceno y Montoya (2016) señalan que para lograr que el paciente quirúrgico se encuentre en un estado de tranquilidad antes de ingresar a la cirugía, y que en su recuperación no padezca complicaciones, se han puesto en práctica intervenciones psicológicas que han utilizado, con una considerable eficacia, los procedimientos de carácter educativo y los que se desprenden de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), entre los que predominan la psicoeducación, la relajación y las autoinstrucciones. La TCC ha dado muestra de su eficacia en pacientes que experimentan ansiedad prequirúrgica, y ha mostrado asimismo efectos positivos en la disminución de esta variable, en comparación con las técnicas informativas (Becerra, Reynoso, García y Ramírez, 2016; Beresnevaité *et al.*, 2016; Carapia, Mejía, Nacif y Hernández, 2011; Tatrow y Montgomery, 2006).

Por lo anterior, el presente estudio tuvo como objetivo comparar los efectos de una intervención cognitivo conductual y de una intervención infor-

mativa sobre los niveles de ansiedad prequirúrgica en mujeres sometidas a histerectomía.

MÉTODO

Participantes

Participaron 24 mujeres voluntarias con las siguientes características: ser mayores de edad, alfabetas y que se sometieran a una histerectomía en cualquiera de sus modalidades. Se excluyeron los casos que no cumplieran esas condiciones, y además aquellos en que las mujeres se encontraran en atención psicológica por parte del servicio de salud mental del hospital o que fuesen candidatas a histerectomía por razones oncológicas. Conformadas las muestras, se eliminaron a aquellas participantes que no culminaran la intervención en cualquiera de sus dos modalidades (por ejemplo, por alta voluntaria, por negarse a continuar con el entrenamiento o por la suspensión o el aplazamiento del evento quirúrgico, entre otras).

Las mujeres participantes se dividieron en dos grupos: Grupo Experimental (GE) y Grupo de Comparación (GC), cada uno con doce integrantes con una edad media de 46.25 años (D.E. = 8.63), las cuales serían sometidas a histerectomía en el área de ginecología del Hospital de la Mujer de la Ciudad de México. Las características sociodemográficas y las variables relacionadas con la condición médica de las participantes de ambos grupos se muestran en la Tabla 1.

Dos participantes en ambos grupos reportaron no haberse sometido a procedimientos quirúrgicos previos a la histerectomía. En el caso del GE, 50% de ellas refirieron haber tenido ya experiencias quirúrgicas, al igual que 53 % de las participantes del GC. Solo cuatro mujeres del GE (33.3%) dijeron haberse sometido a más de una cirugía, al igual que 25% de las del GC. En cuanto al tiempo transcurrido entre la última cirugía y la histerectomía, el promedio en años fue de 11.3 en el GE y de 9.8 años en el GC.

Tabla 1. Variables sociodemográficas y relacionadas a la condición médica de las participantes en ambos grupos.

	Grupo experimental		Grupo control	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Edad				
36-50	10	83.3	10	83.3
61-65	1	8.3	2	16.6
Más de 65	1	8.3	–	–
Estado civil				
Soltera	3	25.0	3	25.0
Unión libre	3	25.0	4	33.3
Casada	3	25.0	5	41.6
Separada	2	16.6	–	–
Viuda	1	8.3	–	–
Número de hijos				
Sin hijos	1	8.3	1	8.3
1-3	10	83.3	9	75.0
4-6	–	–	2	16.6
> 6	1	8.3	–	–
Escolaridad				
Primaria	4	33.3	4	33.3
Secundaria	2	16.6	6	50.0
Preparatoria o equivalente	5	41.6	2	16.6
Licenciatura	1	8.3	–	–
Ocupación				
Comerciante	1	8.3	–	–
Hogar	6	50.0	9	75.0
Empleada general	4	33.3	3	25.0
Desempleada	1	8.3	–	–
Religión				
Católica	7	58.3	10	83.3
Cristiana	5	41.6	2	16.6
Diagnóstico médico				
Miomatosis uterina	9	75.0	11	91.6
Adenomiosis-SUD	1	8.3	–	–
Endometriosis	1	8.3	1	8.3
Prolapso uterino	1	8.3	–	–
Tipo de histerectomía				
Histerectomía total abdominal (HTA)	10	83.3	11	91.6
Histerectomía total vaginal (HTV)	1	8.3	–	–
Histerectomía total laparoscópica (HTL)	1	8.3	1	8.3

Nota. El símbolo – indica la ausencia de la respuesta en el grupo.

Diseño

El citado estudio fue experimental, prospectivo y comparativo (Méndez, Namihira, Moreno y Sosa, 2001). Se empleó un diseño cuasiexperimental de dos grupos con evaluaciones previa y posterior a la intervención en virtud de la asignación no aleatoria de las participantes a los grupos (Kerlinger y Lee, 2001).

Instrumentos

Cuestionario de datos sociodemográficos y relacionados a la cirugía.

Instrumento elaborado *ex profeso* con el que se indagaron los datos sociodemográficos, los conocimientos relacionados con el procedimiento y las situaciones ansiógenas asociadas a la cirugía.

Escala Ansiedad-Estado del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) (Díaz-Guerrero y Spielberger, 1975).

Se aplicó la versión en español de este instrumento, que consta de 20 afirmaciones y posee un coeficiente alfa de Cronbach de 0.89. La escala permite conocer el nivel de ansiedad transitoria del organismo ante una amenaza percibida y utiliza una modalidad de respuesta tipo Likert de cuatro puntos, que van de “no en absoluto” (1) a “mucho” (4). Para obtener el puntaje de la escala se clasifica la ansiedad en niveles descritos como puntuaciones *t* normalizada: por debajo de la norma, ≤ 25 puntos; norma baja, 26 a 30 puntos; en la norma, 36 a 64 puntos; norma alta, 65 a 74 puntos, y por encima de la norma, 75 a 100 puntos.

Materiales

Manual de consulta y apoyo psicológico

Material educativo impreso constituido por tres elementos: un conjunto de información e imágenes referentes a la histerectomía, como tipos y formas de realizarse; una descripción de las técnicas psicológicas para la intervención, e información acerca de los procedimientos hospitalarios antes de ingresar al hospital, durante la estancia y a la salida del mismo.

Infografías

Una infografía es una colección de imágenes, gráficos y texto simple (minimalista) que resume un tema para que se pueda entender fácilmente. Una, titulada “Apoyo psicológico ante una cirugía”, se utilizó para explicar el objetivo de la investigación y los beneficios de prepararse mediante la intervención antes de la cirugía, y otra, “Histerectomía”, fue empleada para explicar gráficamente el tipo y la forma en que se efectuaría este procedimiento.

Cabe mencionar que la información plasmada en el manual y en las infografías se ajustó a las necesidades de las pacientes y que fue revisada por especialistas en ginecología que atendían a este tipo de población en el Hospital de la Mujer, así como por profesores de la carrera de Psicología y de la Residencia en Medicina Conductual de la FES-Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Procedimiento

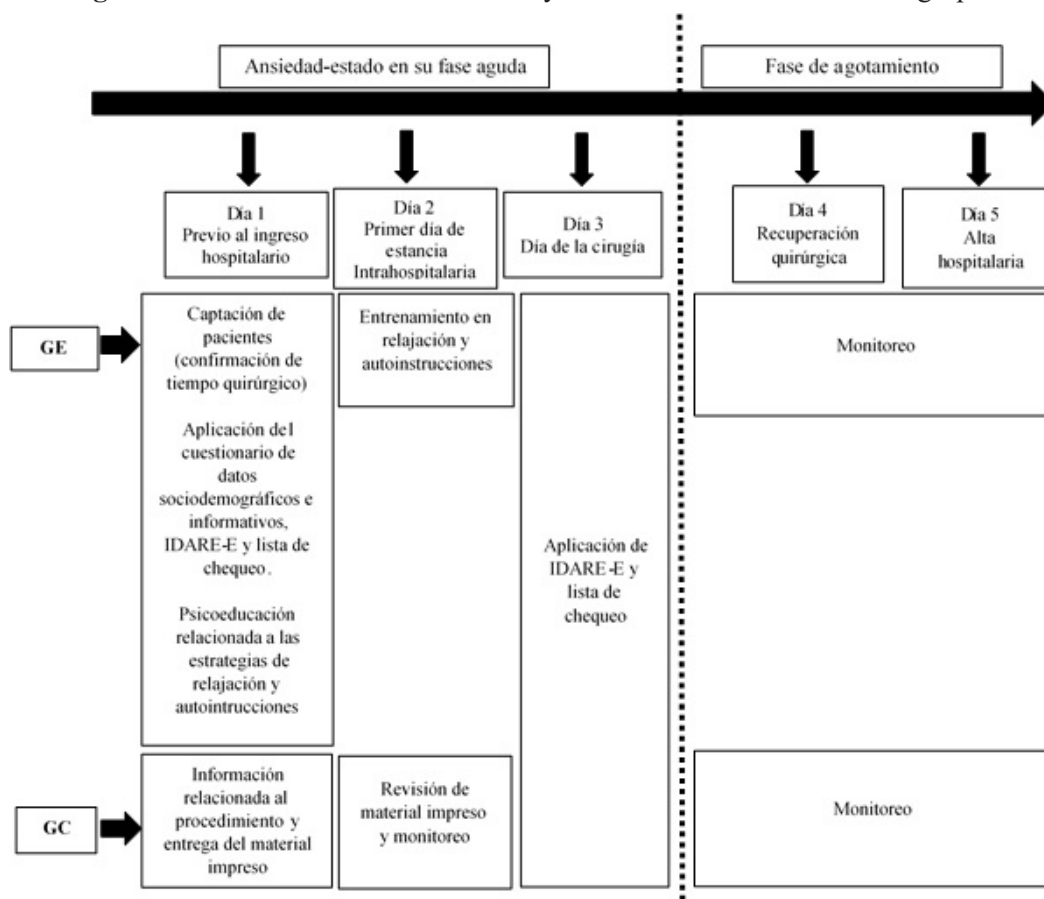
Una vez que el proyecto fue evaluado y aceptado por el Comité de Investigación del Hospital de la Mujer, con número de registro HM-INV/2018:05.02, esta investigación se llevó a cabo apegándose a los estándares éticos señalados por la institución médica y procurando el bienestar físico y psicológico de las participantes. El riesgo de la investigación fue mínimo por tratarse de un estudio que utilizó procedimientos psicoterapéuticos comunes, flexibles y con amplia evidencia de su eficacia empírica.

Al concluir el citado proceso, las pacientes fueron captadas al salir de la valoración prequirúrgica con los anestesiólogos en la sala de espera del servicio de consulta externa de ginecología. En el caso de las pacientes que son sometidas a histerectomía en el Hospital de la Mujer, el protocolo de atención médica es similar en todos los casos y no difiere considerablemente en el tiempo, aun cuando las modalidades quirúrgicas sean distintas. La evaluación prequirúrgica, el internamiento, la cirugía y el tiempo de recuperación ocurren en un lapso no mayor a una semana, procurándose no aplazar los tiempos quirúrgicos en razón de

la carga de pacientes que se hallan en espera de este procedimiento. En la Figura 1 se observan las acciones estimadas para cada elemento del protocolo médico de atención y las relacionadas a esta investigación en ambos grupos. Tal mecanismo de

atención médico-quirúrgica no varía a menos que surjan complicaciones resultantes de la cirugía o que son parte del proceso de recuperación de las pacientes.

Figura 1. Protocolo de atención médica y acciones realizadas en ambos grupos.



Los grupos fueron intervenidos en dos tiempos, primero, se llevó a cabo la intervención con el GE y después con el GC. Para el GE consistió en proporcionar psicoeducación sobre la histerectomía y el proceso hospitalario, después se trabajó un ejercicio de relajación pasiva, y para cerrar se enseñó la técnica de autoinstrucciones haciendo uso del material educativo impreso. Lo anterior se efectuó en la sala de espera del área de consulta externa de ginecología y luego en la de hospitalización. En el caso del GC se revisó brevemente la información que contenía el material educativo impreso sin mayor entrenamiento, lo que se hizo en el área de hospitalización ginecológica antes de la realización de la histerectomía (en cama).

Análisis de resultados

Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS, v. 26.0 para Windows. Se emplearon estadísticos descriptivos para las variables sociodemográficas y clínicas de las participantes, así como para la sintomatología de ansiedad evaluada con el *checklist*. Para evaluar los efectos de la intervención intragrupos se utilizó la prueba de Wilcoxon para dos muestras relacionadas, calculándose el tamaño del efecto (r de Rosenthal) con los siguientes puntos de corte: efecto pequeño (de $.1 < a .3$); efecto moderado (de $.3 < a .5$) y efecto grande (de $\geq a .5$ (Cohen, 1988), aplicando la siguiente ecuación:

($r = z/\sqrt{(n1+n2)}$) (Field, 2009). De manera complementaria, para comparar los resultados entre grupos se empleó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para dos muestras no relacionadas, considerándose una p de $< .05$ para las diferencias significativas entre grupos.

RESULTADOS

Conocimientos de la cirugía y situaciones percibidas como ansiógenas

Los datos resultantes se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2. Información relacionada a la cirugía y situaciones percibidas como ansiógenas en ambos grupos.

Situaciones	Grupo experimental		Grupo de comparación	
	f	%	f	%
Información proporcionada por el personal médico				
Diagnóstico médico (motivo de la cirugía)	7	58.3	6	50.0
Beneficios de la cirugía	3	25.0	2	16.7
Técnica o procedimiento que implica la cirugía	2	16.7	3	25.0
No recibió información	–	–	1	8.3
Dudas relacionadas a la cirugía				
Procedimiento o modalidad de la cirugía	3	25.0	3	25.0
Complicaciones físicas	–	–	1	8.3
Reacciones físicas y emocionales por extirpación del útero	3	25.0	–	–
Cuidados posquirúrgicos	2	16.7	–	–
Alteraciones en la función sexual posquirúrgica	1	8.3	–	–
Material quirúrgico (costos, lugares de compra, marcas)	–	–	1	8.3
Gastos o costos de hospitalización y servicios médicos	–	–	1	8.3
Sin dudas aparentes	–	–	6	50.0
Fuentes de información consultadas para saber de la cirugía				
Personal médico	7	58.3	3	25.0
Internet	1	8.3	–	–
Opiniones de terceros o experiencia personal (cirugías previas)				
Ninguna	4	33.3	5	41.7
Situaciones percibidas como ansiógenas previas a la cirugía				
Efectos/función/complicaciones relacionados con la anestesia	8	66.6	8	66.6
Complicaciones durante la cirugía	8	66.6	8	66.6
Tiempo de recuperación	5	41.6	5	41.6
Cicatrices	2	16.7	2	16.7

Como se observa, en ambos grupos el personal había proporcionado información relevante y asociada a cuestiones como el diagnóstico médico, los beneficios de la cirugía y las técnicas o procedimientos que implican. Solamente una paciente del GC reportó no haber recibido dicho apoyo. Esta evaluación reveló que las principales situaciones ansiógenas en ambos grupos fueron las relacionadas con la anestesia (“Tengo miedo a que se pasen de anestesia y no despierte”; “Me preocupa quedar-

me dormida y no despertar”), con las complicaciones relacionadas a la cirugía (“Como cualquier cirugía, es complicada e implica riesgos”; “Temo que el cirujano cometa algún error”), con el tiempo de recuperación posquirúrgico (“No quiero estar mucho tiempo hospitalizada/en cama”; “Soy la única que aporta al ingreso de la casa y no puedo estar sin trabajar por mucho tiempo”) y con las cicatrices resultantes (“Espero que no quede muy grande o muy fea”).

Datos comparativos

Los efectos de la intervención intragrupo se pueden observar en la Tabla 3, en la que se muestran

las puntuaciones en el IDARE-E previas a la hospitalización (Evaluación 1) y en la hospitalización previa a la cirugía (Evaluación 2) en ambos grupos.

Tabla 3. Efectos intragrupo de las modalidades de intervención previas a la histerectomía.

Variable	Grupo	Evaluación 1		Evaluación 2		Z	p	r
		Mdn	AI	Mdn	AI			
Niveles de ansiedad-estado	GE	82	44	42.0	33	-2.667	.008*	.54
	GC	82	20	65.5	15	-2.237	.025*	.45

Nota: GE: Grupo Experimental, GC: Grupo de Comparación, Mdn: Mediana, AI: Amplitud Intercuartil, Z: Prueba de Wilcoxon para dos muestras relacionadas, r: Tamaño del efecto.

*Significancia estadística: $p < .05$.

Como se puede observar, el nivel de ansiedad antes del ingreso al hospital en ambos grupos fue elevado ($Mdn = 82$) ya que supera el punto de corte determinado para la prueba (puntuación t normalizada). Al compararse los grupos, se halló que ambos eran iguales en términos del nivel de ansiedad ($U = 71.5$, $Z = -.29$, $p = .977$).

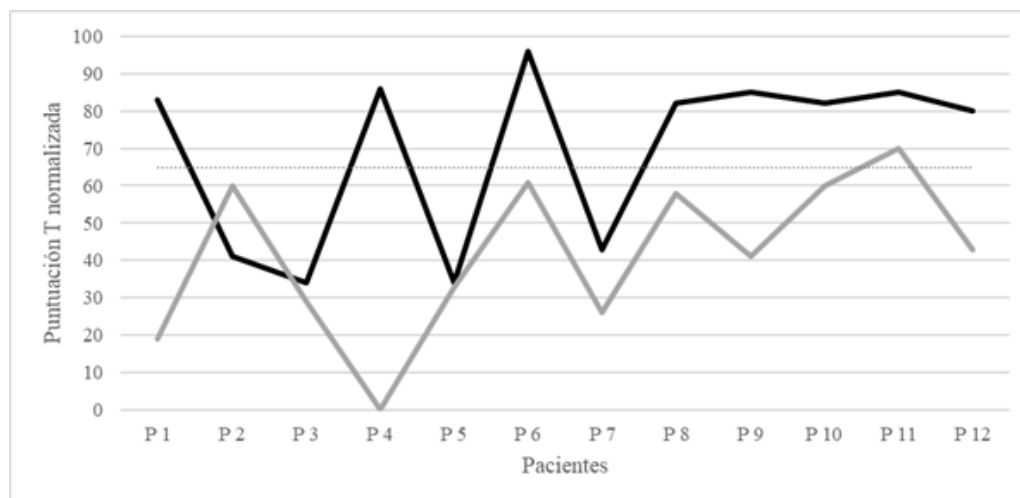
Para la segunda evaluación, es decir, antes de la histerectomía, hubo un decremento importante en el nivel de ansiedad para el GE, que se situó en un nivel normal ($Mdn = 42$), por debajo del punto de corte (65 puntos). También el decremento se observó en el GC, aunque el nivel de ansiedad continuó siendo elevado ($Mdn = 65.5$), lo que significa que, al efectuarse el contraste entre los grupos en la Evaluación 2 se encontraron dife-

rencias estadísticamente significativas ($U = 20.5$, $Z = -2.98$, $p = .002$).

Estos resultados implican que ambas formas de intervención generaron efectos positivos en la disminución de ansiedad previos a la cirugía, aunque no en la misma medida, ya que, en el GE, el tamaño del efecto fue grande ($r = .54$), y moderado en el GC ($r = .45$).

Ahora bien, debido a que ambas intervenciones mostraron tener un efecto importante en el decremento del nivel de ansiedad grupal, se decidió realizar una comparación por cada participante, mostrando su puntuación en el IDARE-E tanto en la Evaluación 1 como en la Evaluación 2. Los resultados se pueden apreciar en la Figura 2 en el caso del GE y en la Figura 3 en el del GC.

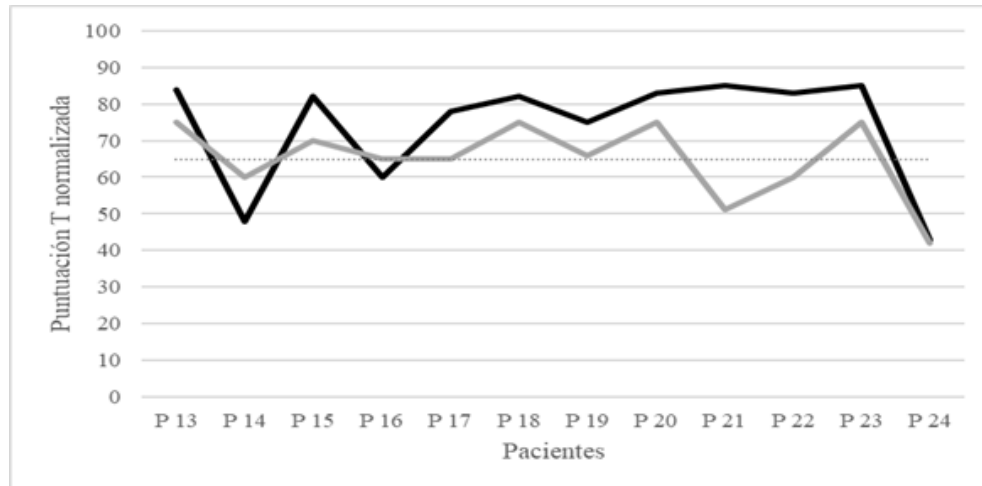
Figura 2. Puntuaciones obtenidas por paciente en el IDARE-E. La línea continua de color negro muestra las puntuaciones en la primera evaluación, y la gris las puntuaciones en la segunda evaluación. La línea punteada gris horizontal representa el punto de corte (65) para determinar la presentación de síntomas de ansiedad elevada (por arriba de la norma).



Como se observa en la Figura 2, ocho (67%) de las pacientes presentaron nivel de ansiedad elevado (> 65) en la primera evaluación; en la segunda, una vez aplicada la intervención cognitivo-con-

ductual, solamente una participante obtuvo un nivel de ansiedad por arriba de 65. El resto de ellas puntuaron en un nivel de ansiedad de normal a bajo.

Figura 3. Puntuaciones obtenidas por paciente en el IDARE-E. La línea continua color negro muestra las puntuaciones en la primera evaluación, y la gris las puntuaciones en la segunda evaluación. La línea punteada gris representa el punto de corte (65) para determinar la presentación de síntomas de ansiedad elevada (por arriba de la norma).



Respecto de la figura anterior, nueve (75%) de las pacientes mostraron un nivel de ansiedad elevado (> 65) en la primera evaluación; en la segunda, después de la intervención informativa, únicamente dos pacientes obtuvieron un nivel de ansiedad normal (< 65).

DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue evaluar el efecto de una intervención cognitivo conductual comparándola con una intervención informativa sobre los niveles de ansiedad prequirúrgica en mujeres sometidas a histerectomía. Los resultados obtenidos mostraron una disminución en los niveles altos de ansiedad ocurrida en ambos grupos en la primera evaluación. Después de las intervenciones, el tamaño del efecto fue óptimo para los dos grupos, si bien dichos niveles permanecieron altos en la segunda evaluación en el grupo de comparación, lo que demostró que el programa cognitivo-conductual los redujo a un nivel

normal-bajo antes de la cirugía, a diferencia de los niveles altos que se mantuvieron en este último.

En cuanto a los tiempos de medición empleados en este trabajo, se evaluó a las pacientes de forma consecutiva y sistemática antes de la histerectomía, en concordancia con lo afirmado por Álvarez (2014) en cuanto a que la ansiedad en pacientes quirúrgicos puede surgir desde el momento de la notificación y agudizarse hasta 48 horas antes de la cirugía. En la lógica de las formas en las que opera la ansiedad-estado, es evidente que las pacientes mostrarían una menor ansiedad después de la histerectomía por el mero hecho de que la amenaza había pasado, dando entrada a una fase de agotamiento, motivo por el cual solo se practicó un monitoreo posterior a ambos grupos. En suma, y considerando el mecanismo de atención de las candidatas a histerectomía en el Hospital de la Mujer, la ejecución de ambas intervenciones resultó idónea, toda vez que el control del tiempo transcurrido en la estancia hospitalaria fue el mismo en ambos grupos dado que ninguna de las participantes presentó complicaciones posquirúrgicas.

En lo relativo a los conocimientos previos relacionados a la cirugía y a las necesidades de obtención de datos, se encontró que la mayoría de las participantes en ambos grupos obtuvo información por parte del personal médico y de otras fuentes, como páginas de internet o comentarios de terceros; sin embargo, adquirir dicha información no necesariamente implica que es la adecuada o la suficiente, como lo sugieren Jarmoszewicz *et al.* (2020), quienes argumentan además que con estas variables coexisten las expectativas que se han creado en torno a la cirugía; por ejemplo, predictibilidad (notificación quirúrgica previa o de urgencia), finalidad (por ejemplo, si es con fines curativos, paliativos o diagnósticos), tipo (cirugía de alto riesgo o de rutina), consecuencias o repercusiones físicas y psicosociales asociadas (pérdida de la funcionalidad, discapacidad duradera o permanente posterior al acto quirúrgico, dolor o presencia de procesos infecciosos en la herida quirúrgica) y percepción de la enfermedad (creencias relacionadas con el padecimiento y el tratamiento). Tales condiciones también fueron percibidas como ansiógenas antes de la histerectomía en las participantes de este estudio, como lo reveló el cuestionario inicial y de las cuales tentativamente también podría proporcionarse información.

Respecto a la experiencia quirúrgica, se puede observar que 83.3% de las participantes de los dos grupos ya contaban con antecedentes tales como cesáreas, partos y otras cirugías de índole digestivo; además, el tiempo transcurrido entre esos eventos fue superior a un año, motivo por el cual no necesariamente es posible hablar de una ansiedad-estado por sí misma, sino también de una respuesta de estrés agudo al considerar un suceso que ya se ha vivido (aprendido) como parte de la experiencia individual, aun cuando la finalidad y la modalidad de la cirugía sea distinta.

Al comparar los resultados entre grupos se halló que las participantes del GE mantuvieron un cambio en la segunda evaluación previa a la cirugía, lo que sugiere que las técnicas bajo el enfoque cognitivo-conductual son más eficaces para reducir la ansiedad-estado, a diferencia de las estrategias informativas (Becerra *et al.*, 2016; Beresnevaité *et al.*, 2016; Carapia *et al.*, 2011; Cázares *et al.*, 2016). Si bien las técnicas informativas son

óptimas para abordar esta problemática, parecen no ser suficientes pues, tal como lo apunta Ayyadhah (2014), dicha información tiene que ser lo más clara y detallada posible para entender mejor la cirugía que se va a afrontar. Vale la pena también advertir que dicha información debe ofrecerse con base en las necesidades y características de la población meta, y además tener cautela de no sobreinformar, ya que ello resultará en una elevación de los niveles de ansiedad-estado al dar cuenta de detalles innecesarios o percibidos como aversivos por el paciente (Devine, 1992; Deza, 2013; Gillies y Baldwin, 2001; Wongkietkachorn *et al.*, 2018).

Para fines de la investigación, el hecho de que las pacientes fuesen notificadas sobre el procedimiento quirúrgico un par de semanas antes, y que todas ellas fueran captadas justo en la consulta de valoración por el especialista en anestesiología, redujo la probabilidad de que fuesen evaluadas en un momento de vulnerabilidad emocional, alterando así su percepción de ansiedad (por ejemplo, si hubiesen sido captadas después de la notificación de la cirugía). A pesar de ello, se sugiere que futuros trabajos consideren los efectos de los factores mediadores de la respuesta de ansiedad; por ejemplo, el tiempo transcurrido entre la notificación y la cirugía, la percepción de la enfermedad, las expectativas y la finalidad del acto quirúrgico. También sería prudente incluir una medición para identificar el papel del afrontamiento cuando se habla de ansiedad previa a una cirugía (Ayyadhah, 2014; Montgomery *et al.*, 2003; Jarmoszewicz *et al.*, 2020).

Algunas de las áreas de oportunidad de este estudio son las siguientes: 1) al tratarse de un diseño cuasiexperimental, se reconoce el escaso control de las variables extrañas propias del contexto natural, o que simplemente no son susceptibles de modificar en todo el proceso de la cirugía: fase de notificación, hospitalización preparatoria (fase en la que se agudiza la ansiedad) y fase de recuperación (agotamiento) una vez transcurrida la cirugía; 2) se sugiere el examen de otros eventos adversos en el curso de este proceso, como la pérdida del empleo antes del acto quirúrgico, el fallecimiento de un ser querido antes del internamiento, el aplazamiento de los tiempos quirúrgicos, la cancelación de la cirugía por otras emergencias médicas,

una estancia intrahospitalaria de larga duración, diversos incidentes en la sala de hospitalización que pueden generar ansiedad y complicaciones médicas ajenas a la cirugía.

Al tratarse de ansiedad-estado —es decir, una respuesta emocional transitoria que puede variar debido a las situaciones percibidas como amenazantes—, valdría la pena indagar en estudios posteriores si la respuesta manifiesta se relaciona directamente con el acto quirúrgico o con otras variables asociadas, como por ejemplo el dolor, la anestesia, las complicaciones, las alteraciones de la imagen corporal, los sucesos extrasituacionales ocurridos en la sala de hospitalización y otros problemas psicosociales (falta de donadores de sangre, requisito para la cirugía; falta de recursos económicos para pagar los gastos de la estancia hospitalaria; déficit en las redes de apoyo social, etc.).

Por último, se sugiere identificar a las pacientes que habrán de ser sometidas a histerectomía desde el momento en que reciben la noticia de que son candidatas a dicho procedimiento por su ginecólogo, el proceso que llevan fuera de casa a la espera de la intervención quirúrgica y el ingreso hospitalario, con el objetivo de que haya un acompañamiento terapéutico enfocado en todo el proceso.

Se puede concluir que una intervención breve pero concisa mediante el entrenamiento en técnicas cognitivo-conductuales promueve el desarrollo de habilidades que resultan en una mejor adaptación física y psicológica del paciente. Es asimismo fundamental el trabajo multidisciplinario en el ambiente hospitalario, y que los profesionales de la salud se ocupen de brindar la información y orientación adecuada a cada paciente en particular a fin de lograr una mejor atención.

Citación: Bernal C., M.B., Becerra G., A.L., Lugo G., I.V. y Ixtla P., M.B. (2022). Intervención cognitivo-conductual e informativa para reducir ansiedad ante la histerectomía en mujeres mexicanas: un estudio comparativo. *Psicología y Salud*, 32(2), 257-268. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i2.2747>.

REFERENCIAS

- Álvarez G., M. (2014). Ansiedad: evaluación, diagnóstico e intervención preoperatoria. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 37, 152-154.
- Ayyadhah, A. (2014). Reducing anxiety in preoperative patients: a systematic review. *British Journal of Nursing*, 23(7), 387-393. Doi: 10.12968/bjon.2014.23.7.387.
- Becerra, A., Reynoso, L., García, F. y Ramírez, A. (2016). Intervención cognitivo-conductual para el control de ansiedad ante la biopsia incisional en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología*, 13(1), 85-99. Doi: 10.5209/revPSIC.2016.v13.n1.52489.
- Beresnevaité, M., Benetis, R., Taylor, G., Rašinskienė, S., Stankus, A. y Kinduris, S. (2016). Impact of a cognitive behavioral intervention of health-related quality of life and general heart rate variability in patients following cardiac surgery: an effectiveness study. *Psychosomatics*, 57(6), 605-615. Doi: 10.1016/j.psym.2016.04.004.
- Carapia, A., Mejía, G., Nacif, L. y Hernández, N. (2011). Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 34(4), 260-263.
- Carr, E., Brockbank, K., Allen, S. y Strike, P. (2006). Patterns and frequency of anxiety in women undergoing gynecological surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 341-352. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01285.x.
- Cázares de L., F., Vinaccia, S., Quiceno, J. y Montoya, B. (2016). Preparación psicológica para la intervención quirúrgica: Revisión sistemática de la literatura. *Psicología*, 10(2), 73-85.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (2015). *La histerectomía* [Folleto informativo].
- Devine, E. (1992). Effects of psychoeducational care for adult surgical patients: a meta-analysis of 191 studies. *Patient Education and Counseling*, 19, 129-142. Doi: 10.1016/0738-3991(92)90193-M.
- Deza C., K. (2013). Efectividad del programa “Cuidado preoperatorio de histerectomía” en el nivel de ansiedad de la mujer, Servicio de ginecología del H.R.D.T Trujillo. *Cientifi-k*, 1(2), 25-31.
- Díaz-Guerrero, R. y Spielberger, C. (1975). *IDARE Inventario de ansiedad: rasgo-estado*. México: El Manual Moderno.

- Erdoğan, E., Demir, S., Belkıs, B., Çalışkan, C. y Gülsüm, N. (2019). Effect of psychological care given to the women who underwent hysterectomy before and after the surgery on depressive symptoms, anxiety and the body image levels. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 40(7), 981-987. Doi: 10.1080/01443615.2019.1678574.
- Ergen, E., Kemal, Y., Kılıççı, C., Abide, C. y Ayas, S. (2019). Does minimally invasive surgery reduce anxiety? *Journal of the Turkish-German Gynecological Association*, 20, 142-146. Doi: 10.4274/jtgga.galenos.2018.2018.0073.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS: sex, drugs and rock'n roll*. London: SAGE Publications, Ltd.
- Gillies, M.A. y Baldwin, F.J. (2001). Do patient information booklets increase perioperative anxiety? *European Journal of Anaesthesiology*, 18(9), 620-622. Doi: 10.1046/j.1365-2346.2001.00891.x.
- Hammer, A., Rositch, A., Kahlert, J., Gravitt, P., Blaakaer, J. y Sogaard, M. (2015). Global epidemiology of hysterectomy: possible impact of gynecological cancer rates. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 213(1), 23-29. Doi: 10.1016/j.ajog.2015.02.019.
- Jarmoszewicz, K., Nowicka-Sauer, K., Zemła, A. y Beta, S. (2020). Factors associated with high preoperative anxiety: results from cluster analysis. *World Journal of Surgery*, 44(7), 2162-2169. Doi: 10.1007/s00268-020-05453-x.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2001). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: McGraw-Hill.
- Méndez, I., Namihira, D., Moreno, L. y Sosa, J. (2001). *El protocolo de investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis*. México: Trillas.
- Miller, S., Sohl, J., Schnur, J., Margolies, L., Bolno, J., Szabo, J., Herman, G. y Montgomery, G. (2014). Pre-biopsy psychological factors predict patient biopsy experience. *International Journal of Behavior Medicine*, 21, 144-148. Doi: 10.1007/s12529-012-9274-x.
- Montgomery, G., David, D., Goldfarb, A., Silverstein, J., Weltz, C., Birk, J. y Bovbjerg, D. (2003). Sources of anticipatory distress among breast surgery patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 26(2), 153-164. Doi: 10.1023/A:1023034706298.
- Orane, A. (2016). Sangrado uterino anormal. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD*, 6(6), 11-20.
- Palma, S. (2013). Endometriosis. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70(606), 281-288.
- Quintero, A., Yasnó, D., Riveros, O., Castillo, J. y Borráez, B. (2017). Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos. *Revista Colombiana de Cirugía*, 32, 115-120.
- Radosa, J., Meyberg-Solomayer, G., Kastl, C., Radosa, C., Mavrova, R., Gäber, S., Baum, S. y Radosa, M. (2014). Influences of different hysterectomy techniques on patients' postoperative sexual function and quality of life. *Journal of Sexual Medicine*, 11(9), 2342-2350. Doi: 10.1111/jsm.12623.
- Ramdhan, R., Loukas, M. y Tubbs, S. (2017). Anatomical complications of hysterectomy: a review. *Clinical Anatomy*, 30, 946-952. Doi: 10.1002/ca.22962.
- Tatrow, K. y Montgomery, G. (2006). Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: a meta-analysis. *Journal of Behavior Medicine*, 29(1), 17-27. Doi: 10.1007/s10865-005-9036-1.
- Wongkietkachorn, A., Wongkietkachorn, N. y Rhunsiri, P. (2018). Preoperative needs-based education to reduce anxiety, increase satisfaction, and decrease time spent in day surgery: a randomized controlled trial. *World Journal of Surgery*, 42(3), 666-674. Doi: 10.1007/s00268-017-4207-0.
- Yaman, Y., Gok, H. y Sevcan, O. (2019). Discharge education interventions to reduce anxiety and depression in cardiac surgery patients: a randomized controlled study. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 35(2), 1-8. Doi: 10.1016/j.jopan.2019.08.012.