

## **ASPECTOS PSICOLOGICOS RELACIONADOS CON LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EN EL TRATAMIENTO DEL CANCER DEL CERVIX**

*María Luisa Piamonte C., Psicóloga*

*El propósito de este artículo es el de presentar una síntesis de los resultados más relevantes encontrados en la investigación con respecto a LOS factores psicológicos relacionados con la cirugía ginecológica y mas específicamente, con los procedimientos quirúrgicos utilizados en el tratamiento del carcinoma de cérvix, proporcionando información que pueda ser útil en el manejo clínico de las pacientes que son sometidas a dichos tratamientos.*

El papel de la cirugía en el tratamiento de pacientes cancerosos puede dividirse en seis distintos apartados: tratamiento quirúrgico definitivo del cáncer primario; cirugía en la reducción del volumen de la enfermedad residual; resección quirúrgica en la enfermedad metastásica con finalidad curativa; tratamiento de urgencias oncológicas; como método paliativo, reconstructor y rehabilitador (Rosenberg, 1988).

En el caso del carcinoma de

cervix, los procedimientos quirúrgicos utilizados como tratamiento tienen generalmente como objetivo el manejo del cáncer primario, constituyéndose en una terapéutica local. Dentro de estos procedimientos se incluye la conización y la histerectomía.

La primera hace referencia a un procedimiento a través del cual se extrae la parte lesionada del cérvix en forma de cono con bordes amplios de tejido sano alrededor del tumor. Esto se hace por vía vaginal sin requerir de algún tipo de incisión (Danforth, 1986; Pérez, et al. 1988). Esta clase de cirugía es ambulatoria, se realiza bajo anestesia general y requiere de la estadía de la paciente en la sala de recuperación por un tiempo aproximado de dos horas (Corson y Laffer, 1979).

La segunda se realiza cuando el diagnóstico es dudoso y se precisa una exploración de la cavidad abdominal (laparotomía explorato-

ria) para inspeccionar si hay una extensión de la enfermedad más allá del cuello del útero. Como su nombre lo indica, consiste en extirpar el útero y cuello de la matriz, requiriendo de una incisión abdominal cutánea. Tiene una duración aproximada de 1 a 2 horas y requiere la hospitalización de la paciente por varios días (Danforth, 1986).

La investigación psicológica se ha centrado básicamente en determinar si estos procedimientos quirúrgicos, producen reacciones adversas en quienes se someten a ellos. Dentro de ese grupo de reacciones, se ha descrito con mayor frecuencia la depresión como el cuadro clínico dominante dentro de la psicopatología reactiva (Youngs y Wise, 1976; Wolfloom, 1979; Lalinec-Michaud y Engelsmann, 1984; Tsoi y Poon, 1984). Sin embargo, este problema ha sido objeto de muchas controversias entre los autores.

Linderman (1941; citado en Wolfloom, 1979; y Lalinec-Michaud y Engelsmann, 1984) encontraron que aquellos pacientes que sufren operaciones pélvicas fueron más propensos a presentar depresión postoperatoria que aquellos a quienes se les practicó colecistectomía. Identificó este "síndrome" con síntomas tales como intranquilidad, insomnio, preocupaciones y pensamientos depresivos.

De manera similar, Richards (1945; citado en Lalinec-Michaud y

Engelsmann, 1984) describió un "síndrome posthisterectomía" que se caracterizaba por ánimo depresivo, oleadas de calor, síntomas urinarios, fatiga, dolores de cabeza, mareo e insomnio.

Los reportes sobre incidencia de la depresión después de la histerectomía varían, señalando tasas que van desde un 4% hasta un 35% durante períodos de seguimiento que van desde 3 meses a 5 años.

Por ejemplo, Melody (1962; citado en Youngs y Wise, 1976) reportó un 4% de incidencia de depresión severa dentro de los 3 meses después de la cirugía. Estas reacciones adversas fueron frecuentemente precipitadas por experiencias de rechazo y pérdida de autoestima.

De otro lado, Baker (1968; citado en Wolfloom, 1979 y Youngs y Wise, 1976) en un estudio controlado de 729 pacientes histerectomizadas, con un período de seguimiento de 5 años, encontró una depresión significativa que requería atención psicológica en mayor frecuencia en comparación con un grupo control al cual se le había practicado la colecistectomía. El autor identifica tres factores que predicen el incremento en frecuencia del recurrir psiquiátrico postoperatorio: la ausencia de enfermedad médica demostrable, la enfermedad psiquiátrica previa y el rompimiento marital.

Resultados similares fueron obtenidos por Steiner y Alexandrowicz (1974; citado en Wolflohm, 1979) quienes entrevistaron a 133 pacientes sometidas a diferentes operaciones ginecológicas. Los autores encontraron que el 34.2% de los pacientes presentaron síntomas psicopatológicos como depresión, ansiedad, pérdida de libido y síntomas físicos. El más alto porcentaje de trastornos (48.8%) se observó en la histerectomía.

Estas discrepancias pueden ser explicadas por muchos factores. La mayoría de los estudios publicados son retrospectivos. Además, la variabilidad de la metodología y el criterio utilizado para definir la depresión ha impedido comparar los resultados, y en muchos casos no ha habido un buen grupo control (Lalinec-Michaud y Engelsmann, 1984).

Sin embargo, estos resultados sugieren que ciertas mujeres parecen ser poblaciones de alto riesgo para los episodios depresivos después de la histerectomía, donde la cirugía juega un papel precipitante, mas no causal.

Los factores de riesgo para la depresión que se presenta después de un procedimiento quirúrgico, como es la histerectomía, se pueden agrupar en tres tipos de variables: personales, clínicas y sociodemográficas.

Las variables personales ha-

cen referencia a aquellos factores, propios del individuo, que se ha comprobado tienen una relación directa con la presentación de la depresión después de la cirugía. En síntesis, ellos son: Historia anterior de depresión, niveles altos de ansiedad preoperatoria y déficit de estrategias de afrontamiento al stress (Youngs y Wise, 1976; Wolflohm, 1979; Cohen, 1982; Lobb, Shannon, Recen y Allen, 1984; Bukberg, Penman y Holland, 1984; Young y Humphrey, 1985; Lalinec-Michaud y Engelsmann, 1984/1985; Wallace, 1987; Hersh, 1988).

El factor de predisposición más constante ha sido la historia previa de depresión. De acuerdo con Lalinec-Michaud y Engelsmann (1985), los estudios prospectivos apoyan la idea de que hay cierto grado de morbilidad psiquiátrica presente en la mujer "antes" de la histerectomía, que se manifiesta por varias medidas de depresión, ansiedad y otras evaluaciones clínicas.

Melody (1962; citado en Youngs y Wise, 1976) concluyó que una historia de depresiones previas es de significación predictora para el postoperatorio, ya que la mujer reacciona probablemente a la histerectomía con síntomas depresivos si la operación es interpretada como una discontinuidad tanto biológica como social. En este caso, la depresión es aparentemente precipitada por un evento traumático (histerectomía), vista por la mujer como una amenaza a su autoestima, a su auto-

imagen y a su rol social preoperatorio.

El papel de la ansiedad como factor predictor del resultado psicológico después de una operación, ha sido resaltado por Janis (1958; citado en Lalinec-Michaud y Engelsmann, 1985) quien señaló que un nivel alto preoperatorio, así como la ausencia de ésta, estaban correlacionados con un ajuste postoperatorio pobre.

En sus estudios clásicos sobre la experiencia psicológica individual de la cirugía, el autor ha identificado 3 estados importantes: amenaza, impacto y postimpacto. Pacientes con moderada ansiedad anticipatoria preoperatoria (fase de amenaza) obtenían significativamente mejores resultados postoperatorios, que aquellas con mayor ansiedad o total ausencia de esta. La fase de impacto es el momento en el cual el paciente percibe el peligro físico y se da cuenta de la oportunidad de escapar intacto dependiendo de su conducta y de la asistencia de otros. Durante la fase de postimpacto el paciente percibe la "pérdida" que ha sufrido y se conmueve con el significado y la realidad de esta pérdida.

De esta manera, muchos estudios experimentales han dado evidencia de que personas con altos niveles de ansiedad tienden a reportar más dolor, requieren más medicaciones para éste y tienden a tener una convalecencia más larga

(Mathews y Ridegwey, 1981; citados en Lalinec-Michaud y Engelsmann, 1984). Menzer (1957; citado por los mismos autores) encontró que las mujeres con excesiva ansiedad, manifestaban desesperanza, pánico, y descontrol, tenían un resultado emocional más pobre que aquellas con niveles moderados de ansiedad ante el inminente hecho de una cirugía.

Lalinec-Michaud y Engelsmann (1985) realizaron un estudio para determinar la relación entre ansiedad preoperatoria y depresión postoperatoria.

Los autores seleccionaron 102 mujeres quienes iban a ser sometidas a histerectomía entre 1978 y 1980. El promedio de edad de las pacientes era de 48 años. El procedimiento incluyó una entrevista clínica el día anterior a la cirugía; además, todas las mujeres contestaron la Escala de Depresión de Autocalificación de Zung (SDS), la Escala de Ansiedad de Rasgo-Estado de Spielbergen (STAI) y al final de la entrevista, el examinador completó la Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D). Después de que las mujeres fueron dadas de alta, contestaron formatos SDS en intervalos regulares hasta un año después de la operación.

Los resultados indican que se presentó una asociación entre el desarrollo de la depresión postoperatoria y las medidas preoperatorias de ansiedad de rasgo y estado: 29%

de las mujeres quienes habían obtenido puntajes dentro de la norma, en el cuestionario de ansiedad de estado, desarrollaron depresión después de la operación, en comparación con el 67% de las mujeres quienes habían puntuado alto en dicho cuestionario. Se presentó una relación similar entre la depresión y los puntajes en ansiedad de rasgo: 19% de las mujeres quienes habían puntuado dentro de la norma, desarrollaron depresión después de la operación, en comparación con el 50% de mujeres que puntuaron alto en este cuestionario. De esta manera, parece que las mujeres con altos niveles de ansiedad preoperatoria son particularmente vulnerables a la depresión después de la cirugía. Así, la correlación entre ansiedad preoperatoria alta y la incidencia de depresión postoperatoria, plantea la ansiedad como un predictor de síntomas postoperatorios (Wallace, 1987).

Las "preocupaciones" de las mujeres que van a ser histerectomizadas, se han considerado como los posibles factores de inicio y mantenimiento de la ansiedad preoperatoria (véase Tabla 1). Se ha demostrado que estas preocupaciones, acompañadas de depresión leve, llevan a que se den problemas psicológicos postoperatorios moderados (Youngs y Wise, 1978).

Cuando se practica una histerectomía, muchas de las preocupaciones de la mujer surgen alrededor del miedo a que su vida sexual se

dificulte y/o desmejore después de la operación o a que su feminidad pueda verse alterada (Lalinec-Michaud y Engelsmann, 1985).

Por esta razón, la reacción del esposo tiene una fuerte influencia en los niveles de ansiedad preoperatorios. La calidad de la relación determina la percepción de ella hacia la operación y más importante aún, un fuerte apoyo del esposo puede facilitar la rehabilitación (Lalinec-Michaud y Engelsmann, 1984).

Dennerstein (1977; citado en Lalinec-Michaud y Engelsmann, 1985) reportó que la ansiedad por la alteración sexual era el tipo más común de ansiedad recordada por el 48% de su muestra. Además, las alteraciones sexuales preoperatorias esperadas estaban significativamente asociadas con la disfunción sexual subsecuente y más específicamente, con la pérdida de deseo para la interacción sexual.

Hay que tener en cuenta que estos cambios esperados tienen una base real a nivel anatómico y que existe una resistencia común entre las pacientes a discutir su sexualidad y a compartir sus preocupaciones con sus doctores. De otro lado, este problema es generalmente ignorado por los ginecólogos, contribuyendo a mantener la confusión, ignorancia e información errónea, lo cual sirve para agravar la ansiedad normal del período preoperatorio (Youngs y Wise, 1976).

**TABLA 1**  
**Principales "preocupaciones" de las pacientes con carcinoma de cérvix que van a ser sometidas a tratamiento quirúrgico.**

RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD

- Miedo al CANCER (1-2)
- Temor de DOLOR post-operatorio (3-4)
- Dificultad en entender y aceptar la necesidad de la cirugía (3)
- Temor a la muerte (4)

RELACIONADAS CON LAS CONSECUENCIAS DEL TRATAMIENTO

- Alteración de la vida sexual (1-2-3)
- Miedo a aumentar de peso (2)
- Alteración feminidad (2)
- Cambios abruptos en apariencia (3-4)
- Pérdida de función menstrual (3)
- Pérdida de función reproductora (3)
- Cambios negativos en la vida (1)

RELACIONADAS CON EL APOYO SOCIAL:

- Temor a la reacción del esposo (1-3)
- Temor pérdida de status y rol (3)

NOTA: 1: Lalinec-Michaud y Engelsmann (1984)

2: Lalinec-Michaud y Engelsmann (1985)

3: Youngs y Wise (1976)

4: Lobb, Shannon, Recer y Allen (1984)

Drellich y Bieber (1958; citados en Youngs y Wise, 1976 y Wolflom, 1979) señalan que: "la importancia psicológica del útero puede ser mejor entendida en términos de una idea consciente o inconsciente que cada mujer tiene de su anatomía uterina y fisiología. Estas creencias se derivan del conocimiento de la mujer acerca de la función real de su órgano, así como de sus conceptos individuales y personales derivados de su experiencia de desarrollo individual". Estas suposiciones -reales o no- determinan la

manera y extensión en la cual el útero y su función han sido organizadas en el patrón adaptativo total de cada mujer. También determina la forma e intensidad de los temores que generalmente se desarrollan cuando se requiere de cirugía en el útero.

Es así como los problemas más importantes de donde se derivan los altos niveles de ansiedad son la pérdida de la función reproductora, pérdida de la función menstrual y alteración de la función sexual

(Youngs y Wise, 1976).

Lalinec-Michaud y Engelsmann (1984/85) indentificaron como otras posibles causas de ansiedad el miedo al cáncer y el miedo a algún cambio negativo en la vida después de la operación. Ambos tipos de temores, y especialmente el segundo, se correlacionaron significativamente con la presencia de depresión pre y postoperatoria.

También se ha señalado el miedo al dolor, la muerte y la mutilación, como factores significativos en el stress emocional de la cirugía (Lobb, Shannon, Recen y Allen, 1984).

Ante la existencia posible de todas estas preocupaciones y temores, que incrementan los niveles de ansiedad preoperatoria, toman importancia las estrategias de afrontamiento de las pacientes al stress que implica la cirugía. Bukberg, Penman y Holland (1984) apoyan esta idea evidenciando que los mecanismos de afrontamiento exitosos pueden prevenir la manifestación clínica de la depresión postoperatoria.

La adaptación al stress debe ser considerada en términos de una relación entre las demandas externas, sociales y físicas de una persona y sus fuentes de manejo de estas demandas. De acuerdo con Cohen (1982), la adaptación personal exitosa tiene por lo menos tres componentes en el nivel individual:

- 1.- La persona debe tener capacidades y habilidades para enfrentarse con las demandas sociales y medioambientales, a las cuales se encuentra expuesto el individuo, y estas habilidades han sido llamadas "habilidades de afrontamiento", que no solo incluyen la habilidad para reaccionar a las demandas medio ambientales, sino además la habilidad para influir y controlar esas demandas.
- 2.- El individuo debe estar motivado para responder a estas demandas y,
- 3.- El individuo debe tener capacidades para mantener un estado de equilibrio psicológico de tal forma que dirija sus esfuerzos a satisfacer necesidades tanto internas como externas.

Young y Humphrey (1985) encontraron un estrategia de afrontamiento cognitivo superior en pacientes histerectomizadas quienes recibieron información y atención personal en la promoción de su recuperación. Esto implica, que para las pacientes que no cuentan con estas estrategias de afrontamiento existe un alto riesgo de predisposición a la depresión postoperatoria, determinado por los factores cognitivos y déficits en habilidades específicas para dar respuesta al stress.

Las estrategias de afrontamiento al stress también son importantes

en la medida en que se ha demostrado su relación con el sistema inmune (Keast, 1981 y Jensen, 1981).

Se ha observado que los eventos estresantes tienen efectos adversos relacionados con el inicio o con el curso clínico de una enfermedad. Es así, como se ha comprobado una asociación del stress con el decremento de la función inmune y el desarrollo de enfermedades infecciosas. Hay evidencia de que grupos sometidos a mayor stress son más susceptibles a enfermedades infecciosas (Jensen, 1981). La cirugía como tal es un evento estresante en la cual siempre hay un riesgo de infección. Aunque es obvio que más que un stress psicológico está relacionado con pobres resultados quirúrgicos, los datos sugieren que el stress contribuye en parte a incrementar las complicaciones post-operatorias como las infecciones. Es bien conocido que el decremento preoperatorio de la función inmune está asociada con más complicaciones postoperatorias. De esta manera, la supresión del funcionamiento inmune postoperatorio es una reacción sustancial del stress psicofisiológico de la cirugía (Linn, Linn y Klimas, 1988).

El apoyo social y la edad se han considerado como dos variables demográficas que se correlacionan con la función inmune preoperatoria y los resultados postquirúrgicos, siendo mediadores de los efectos de los estresores en el funcionamiento inmune y la enferme-

dad, así como los estilos de afrontamiento a los eventos estresantes (Linn, Linn y Klimas, 1988).

De esta manera, el afrontamiento es una variable más importante que el stress ya que describe cómo el individuo maneja eventos estresantes.

Además, las estrategias de afrontamiento se evidencian desde el mismo momento del diagnóstico. Si un paciente se ha enfrentado al stress, utilizando estrategias desadaptativas, muy probablemente utilizará estas mismas técnicas para responder al diagnóstico del cáncer (Stromborg, Wright, Segalla y Diekmann, 1984).

La literatura cita múltiples estrategias que utilizan los pacientes para enfrentarse con el diagnóstico de cáncer. Estas estrategias son importantes en la medida en que ayudarán a la aceptación o no del tratamiento y más importantes aún, a la evitación de complicaciones postoperatorias como la depresión.

La negación, la ansiedad y el miedo son las estrategias de afrontamiento más frecuentemente mencionadas, que utilizan los pacientes al recibir el diagnóstico de cáncer. Se ha reportado que el temor a lo desconocido, es el factor que más ansiedad produce (Stromborg, et al 1984).

Weisman (1976; citado en Stromborg, et al 1984) describe al

paciente, quien afronta el diagnóstico efectivamente, como la persona que es capaz de aceptarlo, busca más información, habla con otros para aliviar el stress y lleva a cabo conductas constructivas como es el sometimiento a un procedimiento quirúrgico como parte del tratamiento.

Dentro de la segunda categoría de factores de riesgo asociados con el desarrollo de la depresión postoperatoria se tienen las variables clínicas que hacen referencia a todos aquellos factores relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

Para los pacientes es muy importante el momento de la confirmación del diagnóstico clínico y el reporte del progreso del tratamiento (Newall, Gadd y Priestman, 1987). Generalmente, el período de diagnóstico inicial está caracterizado por ansiedad aguda y crisis. Debido al estigma social asociado con el cáncer, el diagnóstico produce miedo que se centra especialmente, en la pérdida de control y la mortalidad (Martín, 1982 y Hersh, 1989). El cáncer es percibido, invariablemente, como una enfermedad de pronóstico fatal, relacionada con dolor y sufrimiento, de larga duración y con consecuencias incapacitantes (Kaufman, 1984).

Es así como, el tipo de diagnóstico, la gravedad de éste y las implicaciones para el tratamiento a seguir, asociados con el estigma

social que se tiene de ellos, se convierte en un factor precipitante de ansiedad y de depresión postoperatoria. El medio hospitalario y los nombres técnicos de la información pueden incrementar esta ansiedad (McCaffrey, 1985; Hersch, 1988).

Además, la cirugía, como ya se señaló, es un estresor tanto físico como psicológico al igual que la anticipación de ser anestesiado (Linn, Linn y Klimas, 1988).

Barglow et al (1965; citado en Wolflomm, 1979 y Youngs y Wise, 1976) encontró una relación significativa entre la respuesta psicológica a largo plazo y el tipo de procedimiento quirúrgico utilizado. Comparó los efectos de la histerectomía y de la ligadura de trompas. La mayoría de mujeres que fueron sometidas a ligadura tuvieron una buena respuesta a la intervención. Por el contrario, la mayoría de mujeres sometidas a histerectomía tuvieron una respuesta negativa.

Los autores consideran que el sitio anatómico de la operación podría determinar la reacción psicológica subsecuente. Lalinec-Michaud y Engelsmann (1984) sugieren que las operaciones pélvicas en general, y la histerectomía en particular, son más molestas e incómodas para la mujer, que las operaciones abdominales altas.

Finalmente, dentro de la tercera categoría de factores de riesgo para las complicaciones postopera-

torias, Lalinec-Michaud y Engelsen (1984) identifican como factores sociodemográficos que favorecen la depresión postoperatoria de edad, el estatus socioeconómico bajo y poco nivel de escolaridad.

Wolf (1975; citado en Wolflom, 1979) señala que las mujeres de clase socioeconómica baja parecen sentirse más "desfeminizadas" a causa de una mayor prevalencia en esas mujeres de la creencia de que la misión de una mujer es tener hijos y que sin un útero, ya no se es mujer. Algo similar sucede con las mujeres de bajo nivel escolar que tienen un menor entendimiento de la necesidad de la operación.

La edad de la paciente tiene mucho que ver con la forma en que ella y su familia hacen frente a la enfermedad, ya que dependiendo de ésta, se ensombrecen de alguna manera las perspectivas de continuidad del ciclo vital (Hersh, 1988).

En conclusión, existen muchas variables que influyen en la determinación de los principales factores de riesgo para presentar depresión post-quirúrgica. Dentro de estos factores de riesgo, debemos dirigir nuestra atención a aquellos que son "modificables", para proponer estrategias de intervención que tengan por objeto su modificación. Más específicamente, se debe hacer un énfasis mayor en las variables personales.

Los resultados sugieren que es

importante, antes de la cirugía, reducir al máximo las preocupaciones de los pacientes que generan ansiedad y dotarlos de estrategias de afrontamiento adecuadas. De esta manera, el estado emocional del paciente es un factor importante que puede ayudar a predecir el riesgo y las complicaciones postoperatorias (Linn et al, 1988).

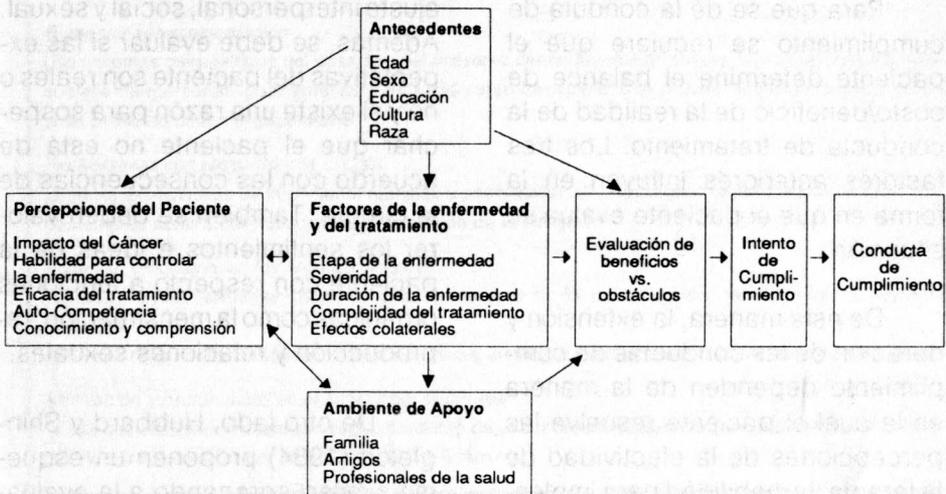
Uno de los factores más importantes en la implementación de un procedimiento de preparación psicológica a pacientes que serán sometidas a cirugía, como con cualquier otro procedimiento de intervención, es la extensión de la participación del paciente en el plan terapéutico, ya que ésta puede ser crítica para la efectividad total y para los resultados del tratamiento.

Las conductas de cumplimiento de los pacientes comienzan cuando el individuo adquiere información suficiente para asumir la responsabilidad de tomar decisiones apropiadas. Como tal, son conductas que promueven, mantienen o restauran la salud.

Given y Given (1989) presentan una estructura de la organización de la revisión de la literatura referente al cumplimiento del paciente canceroso con los tratamientos (véase, Figura 1).

Esta estructura está basada en los conceptos del Modelo de Creencias en Salud de Becker y Maiman (1984; citado en Feuerstein, Labbé

**FIGURA 1**  
**Variables que intervienen en**  
**las conductas de incumplimiento del tratamiento en los pacientes**  
 (tomado de Given y Given, 1989)



y Kuczmierczyk, 1988) y de la Teoría de la Auto-eficacia de Bandura (1982; citado por Given y Given, 1989).

El modelo de creencias en salud propone cuatro factores principales que influyen tanto en la decisión del cumplimiento como en la conducta subsecuente de obediencia: percepciones del paciente, medio ambiente de apoyo, problemas relacionados con el tratamiento y evaluación del paciente de su situación.

El primer factor son las percepciones del paciente. Las percepciones representan el entendimiento del paciente acerca de la habilidad para controlar la enfermedad, la eficacia del tratamiento y la competencia para implementar el tratamien-

to prescrito. De esta manera, este entendimiento influye en el cumplimiento del paciente.

El segundo factor del modelo es el medio ambiente de apoyo. El apoyo social refuerza las percepciones del paciente con respecto a la enfermedad, al plan terapéutico y a la participación continua y activa. Este apoyo social incluye la familia, los amigos y el grupo de atención en el hospital.

La enfermedad y los problemas relacionados con el tratamiento son el tercer factor en el modelo que propone considerar la severidad, estado y duración de la enfermedad y la complejidad de la aproximación terapéutica. Además, los efectos secundarios del tratamiento y los síntomas de la enfermedad

influyen en las conductas de cumplimiento para que el plan de tratamiento sea implementado.

Para que se dé la conducta de cumplimiento se requiere que el paciente determine el balance de costo/beneficio de la realidad de la conducta de tratamiento. Los tres factores anteriores influyen en la forma en que el paciente evalúa su situación.

De esta manera, la extensión y duración de las conductas de cumplimiento dependen de la manera en la cual el paciente resuelva las percepciones de la efectividad de la terapia, la habilidad para implementar el tratamiento y el impacto potencial del tratamiento sobre los aspectos de la vida.

Así, la evaluación preoperatoria se puede dirigir a determinar cuál de estos factores son más importantes para el paciente y a partir de éstos resultados, buscar las mejores estrategias para que el paciente logre un alto nivel de cumplimiento.

Youngs y Wise (1976) proponen un esquema de evaluación psicológica preoperatoria para las pacientes que se deben someter a cirugía ginecológica (véase, Tabla 2). Consideran que la evaluación debe girar en torno al ajuste psicosocial, a las expectativas hacia la cirugía, al ajuste emocional con respecto a los órganos genitales y a la motivación y los intereses por la

cirugía.

La evaluación del ajuste psicosocial incluye una evaluación del ajuste interpersonal, social y sexual. Además, se debe evaluar si las expectativas del paciente son reales o no y si existe una razón para sospechar que el paciente no está de acuerdo con las consecuencias de la cirugía. También se deben valorar los sentimientos e ideas de la paciente con respecto a funciones orgánicas como la menstruación, reproducción y relaciones sexuales.

De otro lado, Hubbard y Shingleton (1984) proponen un esquema similar, agregando a la evaluación la consideración de factores físicos (véase, Tabla 3).

De esta manera, las medidas preoperatorias recomendadas giran en torno a la evaluación de cinco áreas específicas:

1. Factores Físicos: en esta área se evalúan el estado general de salud de la paciente, las enfermedades intercurrentes, operaciones previas, medicamentos y los síntomas del cáncer.
2. Factores psicológicos: en esta área se evalúa los niveles de ansiedad, los síntomas de depresión, las estrategias de afrontamiento al stress, los antecedentes de los problemas emocionales y otros factores emocionales de stress.

**TABLA 2**  
**Aspectos que se deben considerar en**  
**la evaluación psicológica preoperatoria**  
 (tomado de Youngs y Wise, 1976)

*Bienestar socio psicológico*

Los síntomas psiquiátricos del pasado y del presente deben tenerse en cuenta, junto con el ajuste sexual social e interpersonal. Igualmente deben considerarse las experiencias previas de cirugía, particularmente si se presentó delirio preoperatorio.

*Expectativas con respecto a la cirugía*

¿Son las expectativas de la paciente realistas o poco realistas? ¿Hay alguna razón para sospechar que la paciente se sentirá defraudada con el resultado de la cirugía?

*Inversión emocional en los órganos pélvicos*

¿Cuáles son los sentimientos de la paciente acerca de la menstruación, reproducción y relaciones sexuales?

¿Son sus reacciones a estos aspectos, negativas, positivas, ambivalentes o generalmente neutrales?

*Motivación y profundidad en el interés por la cirugía*

¿Es la decisión para realizar la cirugía, producto de una reflexión cuidadosa o de una solicitud impulsiva? Puede ser útil esperar por un período de 4 a 6 meses.

**TABLA 3**  
**Evaluación preoperatoria de la mujer con cáncer ginecológico**  
 (tomado de Hubbard y Shingleton, 1984)

- |  |  |
|--|--|
| <p>I. Factores físicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Estado general de salud</li> <li>Enfermedades intercurrentes</li> <li>Operaciones previas</li> <li>Medicamentos</li> <li>Nivel de Energía</li> <li>Síntomas de cáncer</li> </ul>  | <p>II. Factores psíquicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel de angustia</li> <li>Síntomas de depresión</li> <li>Conductas para superar stress</li> <li>Antecedentes de problemas psiquiátricos emocionales</li> <li>Otros factores situacionales de stress</li> <li>Orientación religiosa</li> </ul>  |
| <p>III. Factores de relación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Estado Marital</li> <li>Duración del matrimonio(s)</li> <li>Número y edad de los hijos</li> <li>Separaciones previas</li> <li>Puntos débiles y fuertes de la relación</li> </ul>   | <p>IV. Factores sexuales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ausencia o presencia de deseo sexual</li> <li>Respuesta de lubricación/turgencia de la vagina</li> <li>Consecución del orgasmo</li> <li>Dispareunia</li> <li>Frecuencia del coito</li> <li>Repertorio de conductas</li> <li>Satisfacción con la respuesta</li> <li>Empleo de la fantasía</li> <li>Disfunción con el cónyuge</li> </ul> |
| <p>V. Factores informativos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ideas respecto a los orgasmos genitales</li> <li>Mitos y conceptos erróneos sobre sexo</li> <li>Cáncer</li> <li>Prácticas anticonceptivas</li> <li>Conocimiento de las funciones y características biológicas de la reproducción</li> <li>Percepción de la enfermedad actual</li> </ul> |  |

3. Factores de relación: en esta área se evalúa el estado marital de la paciente, la duración de la relación, número y edad de los hijos, separaciones previas y puntos débiles y fuertes de la relación.
4. Factores sexuales: en esta área se evalúa la ausencia o presencia de deseo sexual, la respuesta de lubricación/turgencia de la vagina, consecución del orgasmo, dispareunia, frecuencia del coito, repertorio de conductas, satisfacción con las respuestas y disfunción del cónyuge.
5. Factores informativos: en esta área se evalúa las ideas respecto a los órganos genitales, mitos y conceptos erróneos sobre sexo, cáncer, prácticas anticonceptivas, conocimiento de las funciones y características biológicas de la reproducción y percepción de la enfermedad actual.

Un supuesto de los estudios de preparación psicológica dirigidos a reducir el stress de la cirugía y facilitar la recuperación, es que la "preparación" debe reducir la ansiedad preoperatoria (Wallace, 1987).

Por esta razón, en los programas de preparación a cirugía se han implementado tres técnicas principales de intervención: educativas, entrenamiento en estrategias de

enfrentamiento y relajación.

La información es uno de los principales ingredientes en un proceso de preparación. Tiene una relación positiva con el ajuste y recuperación de la cirugía, considerando la experiencia previa como un factor importante al identificar personas más vulnerables a los efectos negativos de la hospitalización (Melemed, Dearborn y Hermezc, 1983).

La comunicación preoperatoria con la enferma, para proporcionar la información, puede ser de gran importancia para disipar los niveles de ansiedad y para prepararla para la evolución postoperatoria. Lalinec-Michaud y Engelsmann (1985) reportan que la información "errónea" o "las falsas creencias" pueden prevenir a la mujer de tener un ajuste postoperatorio completamente satisfactorio. Siempre se ha considerado que la histerectomía tiene un efecto negativo en el bienestar físico y en la expectativa de vida, llevando así, a una imagen corporal negativa.

Richardson y Graham (1973; citados por Yongs y Wise, 1976) propusieron un programa de preparación preoperatorio en el cual la enfermera jugó un papel crítico en el procedimiento, al realizar actividades que incluyeron:

1. Esfuerzos educativos dirigidos a reducir el miedo y la ansiedad, dando a la paciente tanta

información útil como práctica.

2. Advertir a la paciente acerca de la duración de la estadía en el hospital, y su subsecuente incapacidad para planear las actividades de la casa o el hogar.
3. Repaso de las rutinas médicas pre y post operatorias, tipo de incisión quirúrgica, grado de dolor, etc.

De otro lado, Egberth et al (1964: citado en Youngs y Wise, 1976) llevó a cabo un programa donde el anestesiólogo dió información al paciente con respecto a tiempo y duración de la cirugía, dolor postoperatorio y métodos para enfrentarse con éste y orientación de la experiencia en la sala de recuperación. Los autores encontraron que el uso de narcóticos y los días en el hospital fueron significativamente menores entre los pacientes preparados, en comparación con los que no recibieron preparación.

En conclusión, un programa de preparación a cirugía debe señalar los riesgos potenciales y los efectos secundarios (Kaufman, 1984). Se debe dar confianza, seguridad y optimismo en cuanto a que la operación es una solución para que todo se resuelva satisfactoriamente. El hecho de que la histerectomía resulte en la pérdida de menstruación y función reproductora, se debe comunicar claramente. El paciente necesita orientación en las rutinas

del hospital y necesita saber que puede esperar a nivel postoperatorio. El esposo y/o la familia se debe incluir en esta preparación. Además, como la respuesta sexual es un factor que causa preocupación a muchas mujeres y algunas preguntan si su "temperamento cambiará" al no tener cuello uterino o matriz, hay que comunicar claramente que no hay datos que indiquen algún cambio en la vida sexual después de la histerectomía (Pratt, 1976).

Tsoi y Poon (1984) demostraron que los cambios esperados por la paciente dependen de la información que tenga sobre sus órganos reproductores, sobre la operación específica y sobre su secuelas.

McCaffrey (1985) propone un modelo que proporciona guías para las intervenciones educativas con los pacientes, ya que desde el mismo diagnóstico, se debe dar información al paciente y a la familia sobre el cáncer y las modalidades de tratamiento (véase Tabla 4).

Este modelo contiene básicamente cinco elementos:

1. Estilo de afrontamiento: la forma como se enfrenta el paciente al stress afecta las estrategias de enseñanza. Es importante evaluar la cantidad de información que el paciente necesita para ayudarlo a afrontar. Buscar información por parte del paciente, es una es-

**TABLA 4**  
**Modelo CEPSES para determinar la facilidad de aprendizaje**  
**en un programa de educación para pacientes cancerosos**

*Tomado de Mc Caffrey (1985)*

<i>VARIABLE</i>	<i>FACTORES POSITIVOS</i>	<i>FACTORES NEGATIVOS</i>
ESTILO DE AFRONTAMIENTO	Requiere información	Evita la información
EXPERIENCIAS PREVIAS	Buenas	Múltiples
SITUACION ACTUAL	Ningun síntoma o problema médico	Varias complicaciones clínicas
MEDIO AMBIENTE	Situación privada	Mínima privacidad
APOYO	Accesible	Ninguno

trategia de afrontamiento primaria.

2. Experiencias pasadas: la identificación de experiencias pasadas negativas es importante ya que puede interferir con la asimilación de nuevo conocimiento. Experiencias pasadas negativas pueden llevar al paciente a creer que cualquiera muere de cáncer, lo que hace difícil la enseñanza. Es así, como los conceptos erróneos y los miedos de la paciente acerca de su experiencia con el cáncer debe ser entendida.
3. La situación actual del paciente se debe considerar en términos del malestar físico: anemia, dolor, insomnio, medica-

mentos y complicaciones médicas.

4. Los factores medio ambientales pueden interferir con el aprendizaje; el ambiente debe asegurar la clara recepción de información.
5. El apoyo familiar y social es el quinto elemento que debe ser evaluado, valorando su participación.

En conclusión, el componente educativo es un prerrequisito al igual que la participación de la familia. El objetivo final de este tipo de intervención es "maximizar la habilidad" del paciente para enfrentarse al cáncer como un tipo de enfermedad crónica.

Así, las diferencias étnicas y socioeconómicas entre el psicólogo y el paciente pueden limitar la comunicación exitosa. Por esta razón, es necesario un conocimiento intermedio que permita entender el lenguaje del paciente y de su cultura.

Así, la preparación psicológica se debe establecer en términos que el paciente pueda entender. Entonces, para informar correctamente es necesario: (a) un lenguaje apropiado y claro, (b) escuchar las inquietudes del paciente, observando sus reacciones y (c) seguir un procedimiento asertivo basado en el conocimiento anterior de los recursos psicológicos del paciente (Kaufman, 1984).

La información que los pacientes puedan recibir fluctúa y es variable. En primer lugar, no se debe decir nada antes de tener la certeza del diagnóstico.

En segundo lugar, se ha de tener en cuenta que no se ha de informar sólo el diagnóstico, sino también de su significado, el pronóstico, el tratamiento y los posibles cambios en la vida familiar y social (Kaufman, 1984).

La segunda técnica de intervención más comunmente utilizada en los programas de preparación, ha sido el entrenamiento en estrategias de afrontamiento.

Young y Humphrey (1985) rea-

lizaron un estudio en el cual 30 mujeres que iban a ser sometidas a histerectomía fueron asignadas a 3 grupos. En los dos primeros, a las pacientes se les enseñaron métodos de control cognitivo de la ansiedad por medio de un cuadernillo (Grupo 1) u oralmente (Grupo 2). El tercer grupo era un grupo control que recibió un tratamiento placebo.

Se encontró que en los grupos experimentales se presentaron mejores medidas de tres resultados: prontitud de la salida del hospital, frecuencia en vómito postoperatorio y reinicio de caminatas fuera de casa. Los dos grupos experimentales reportaron menos dolor y malestar que el grupo control, el cual tuvo una mayor estadía en el hospital y fue más propenso al vómito postoperatorio.

El análisis de covarianza mostró que los niveles de ansiedad iniciales se mantuvieron constantes, que las diferencias intergrupo en la ansiedad subsecuente no fue bastante significativa (para los grupos 1 y 2), pero las diferencias en la conducta de vómito postoperatorio y en la rapidez de alta, sí fueron significativas. Esto sugiere una interacción entre ansiedad preoperatoria y los efectos de la intervención.

De esta manera, se puede concluir que la intervención conductal puede reducir la longitud del intervalo de cuidado postoperatorio para la histerectomía.

Lobb, Shamon, Recer y Allen (1984) realizaron una investigación para evaluar los efectos de la relajación y la desensibilización en los resultados postoperatorios de la histerectomía, con la hipótesis de que la intervención conductual reduciría la longitud del período postoperatorio de recuperación.

En el estudio participaron 30 mujeres que iban a ser sometidas a histerectomía. Los sujetos fueron balanceados por edad, peso y cirugía (histerectomía abdominal vs. histerectomía vaginal) y fueron aleatoriamente asignados a tres grupos experimentales: Grupo 1: experimental; Grupo 2: visitas amigables y Grupo 3: control.

Para el grupo control se tomaron como variables dependientes: tipo de medicación requerida para el dolor y número de días de hospitalización postoperatoria. Para los dos grupos, se tomaron medidas adicionales de: ansiedad de rasgo y estado, temperatura corporal y unidades subjetivas de malestar.

El grupo experimental recibió entrenamiento en relajación pre y postoperatoria, más desensibilización al trauma quirúrgico (incluyendo estimulación postoperatoria). En el grupo de visitas amigables, los pacientes fueron visitados por un miembro del personal de hospital realizando un programa equivalente al programa de tratamiento del grupo experimental.

Los efectos del tratamiento en el grupo experimental fueron estadísticamente significativos para las medidas de temperatura y unidades subjetivas de malestar, pero no para las medidas de ansiedad. Este grupo también consumió menos medicación para el dolor, en comparación con el grupo 2 y 3. Sin embargo, las diferencias en los días postoperatorios de hospitalización fueron significativamente importantes tanto para el grupo 1 como para el grupo 2.

Estos resultados indican que el efecto principal del tratamiento fue el de reducir ansiedad, confirmando de esta manera la hipótesis planteada.

En conclusión, los programas educativos, las instrucciones de afrontamiento, la relajación y la desensibilización fueron efectivas para mejorar el nivel de recuperación de la cirugía (Lobb, et al, 1984). Sin embargo, los procedimientos que se siguieron en la implementación de estas técnicas no son descritos en la literatura.

De acuerdo con la revisión bibliográfica, la evaluación postoperatoria va dirigida a la identificación de problemas derivados de la cirugía, a nivel emocional y psicológico (Youngs y Wise, 1976).

Evaluar la efectividad del programa de preparación a cirugía, es otro de los objetivos de la evaluación postoperatoria. Melamed et al.

(1983) enfatizan la importancia de evaluar la efectividad de los paquetes de preparación en términos de la información obtenida por el paciente. Sin embargo, la experiencia previa quirúrgica puede afectar la efectividad de esta preparación.

Los resultados postquirúrgicos se han evaluado a través de varios criterios como son longitud de estadía en el hospital, utilización de narcóticos y complicaciones (Lobb, et al. 1984). También se ha hecho por medio del registro de síntomas tales como náusea, dolor, fatiga, sedentarismo y depresión (Young y Humphrey, 1985).

Bukberg et al (1984) han seña-

lado la importancia de medidas concomitantes de la "incapacidad física en los estudios psicológicos de poblaciones enfermas médicamente. La investigación ha mostrado que el status de habilidad física, es un factor que está claramente asociado con la depresión postoperatoria, ya que se pueden presentar cambios en la autoestima relacionados con la no habilidad para funcionar independientemente.

De esta manera, se han recopilado los aspectos psicológicos más importantes relacionados con el manejo preoperatorio de los pacientes que van a ser sometidos a cirugía ginecológica.

## BIBLIOGRAFIA

- Bukberg, J., Penman, D. y Holland, J.C. (1984). Depression in Hospitalized cancer patients. **Psychosomatic Medicine**, 46(3), pp. 199-211.
- Cohen, J. (1982). Response of the health care system to the psychosocial aspects of cancer. En J. Cohen (Ed.) **Psychosocial aspects of cancer**. New York: Raven Press.
- Corson, S. L. y Loffer, F.D. (1979). Cirugía ginecológica en pacientes ambulatorias. **Clínicas obstétricas y ginecológicas**, 22(2), pp. 488-507.
- Danforth, D. (1986). **Tratado de Obstetricia y Ginecología**. Madrid: Evalse, S. A. pp. 531-532 y pp. 1219-1235.
- Given, B. A. y Given, W. (1989). Compliance Among Patients With Cancer. **Cancer Nursing Perspectives**, 16(1), pp. 97-104.
- Hersh, S.P. (1988). Aspectos psicológicos en los pacientes con cáncer. En U. Debita y Hellman S. Rosenbergs. **Cáncer: principios y práctica de Oncología**. Barcelona: Salvat Ed. pp. 1913-1927.
- Hubbard, J. L. y Shingleton, H. M. (1984). Función sexual de mujeres después del tratamiento del cáncer del cuello uterino.
- Jensen, M. M. (1981). Emotional stress and susceptibility to infectious diseases. En En K. Bammer y B. Newberry (Ed.) **Stress and Cancer**. Canada: C.J. Hogrefe pp. 58-69.
- Kaufman, A. E. (1984). **Cáncer y Sociedad**. España: Editorial Mezquita, S.A. pp. 140-158.

- Keast, D. (1981). Immune surveillance and cancer. En K. Bammer y B. Hewberry (Ed.) **Stress and Cancer**. Canada: C. J. Hogrefe pp. 71-97.
- Lalinec-Michaud, M. y Engelsmann, F. (1984). Depression and hysterectomy: A prospective study. **Psychosomatics**, 25(7), pp. 550-558.
- Lalinec-Michaud, M. y Engelsmann, F. (1985). Anxiety, fears and depression related to hysterectomy. **Canadian Journal of Psychiatric**, 30, pp. 44-47.
- Linn, B.S., Linn, M. W. y Klimas, N.G. (1988). Effects of psychophysical stress on surgical outcome. **Psychosomatic Medicine**, 50: 230-244.
- Lobb, M., Shannon, M., Recer, S. y Allen, J. (1984). A Behavioral Technique for recovery from the psychological trauma of hysterectomy. **Perceptual and motor skills**, 59, pp. 677-678.
- Martin, R.L. (1982). Overview of the psychosocial aspects of cancer. En J. Cohen (Ed.) **Psychosocial aspects of cancer**. New York: Raven Press.
- McCaffrey, W. D. (1985). Evolving patient education needs in cancer. **Oncology Nursing Forum**. 12(4), pp. 62-65.
- Melamed, B.G., Dearborn, M. y Hermez. D. (1983). Necessary considerations for surgery preparation: age and previous experience. **Psychosomatic Medicine**, 45(6), pp. 517-525.
- Newall, J. D., Gadd, E.M. y Priestman, T. J. (1987). Presentation of information to cancer patients: a comparison of two centres in the UK an USA. **British Journal of Medical Psychology**, 60, 127-131.
- Pérez, C.A., Knapp, R.C., Disaia, P.J. y Young, R.C. (1988). En V. T. DeVita, Jr. Heleman, S. y Rosenberg, S.A. **Principios y práctica de oncología**. Barcelona: Salvat, S.A.. 2da. Ed. pp. 944-969.
- Rosenberg, S.A. (1988). Principios de la cirugía oncológica. En V. T. DeVita, Jr. Heleman, S. y Rosenberg, S.A. **Principios y Práctica de oncología**. Barcelona: Salvat, S.A.. 2da. Ed. pp. 201-210.
- Stromborg, M. F., Wright, P.S., Segalla, M. y Diekmann, J. (1984). Psychological impact of the "cancer" diagnosis. **Oncology Nursing Forum**. 11(3), pp. 16-22.
- Tsoi, M. M. y Ponn, R. (1984). Pre-operation indicators and post=hysterectomy outcome (1984). **British Journal of clinical psychology**, 23, pp. 151-152 9.
- Wallace, L. M. (1987). Trait anxiety as a predictor of adjusment to and recovery from surgery. **Bristish Journal of Clinical Psychology**, 26, 73-74.
- Wolflomm, M. (1979). **Psicología psicosomática**. Barcelona: Ed. Doray-Masson S.A.
- Young, L. y Humphrey, M. (1985) Cognitive Methods of preparing women for hysterectomy: Does a booklet help? **British Journal of Clinical Psychology**. 24, 303-304.
- Youngs. D.D. y Wise, T.N. (1976). Preparing a patient for surgery: consent, information, and emotional support. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, 19 (2), pp. 431-448.