

Título:

EFICACIA DE UNA TÉCNICA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN PACIENTES QUIRÚRGICOS

EFFICACY OF COGNITIVE-BEHAVIORAL INTERVENTION IN SURGICAL PATIENTS

Autores:

M^a Rosa Cánovas Puertas (Psicóloga clínica, responsable de la Unidad de Atención al Paciente en Centro Médico Delfos. Barcelona)

J. Moix (Profesora titular Universidad Autónoma de Barcelona)

A. Sanz (Profesor Universidad Autónoma de Barcelona)

M^a T. Estrada (Enfermera y Psicóloga)

R. Cos (Médico adjunto Hospital Parc Taulí de Sabadell, Barcelona)

Artículo publicado en: Cirugía Española

Año: 1998

Volumen: 64

Páginas: 347-352

Si quieres una separata de este artículo o más información sobre el mismo, la dirección para correspondencia es: M^a Rosa Cánovas (Servicio de Cirugía, Centro Médico Delfos, Avda.Hospital Militar, 151-161, Barcelona 08023, España). E-mail: Jenny@sumi.es

Resumen: El objetivo del estudio consistió en diseñar y comprobar la eficacia de una técnica psicológica en pacientes quirúrgicos, para reducir los niveles de ansiedad y depresión, y facilitar la recuperación. La muestra estuvo compuesta por 30 mujeres que debían someterse a una histerectomía abdominal. Estas mujeres fueron repartidas al azar en dos grupos: experimental y control. La técnica se compuso de diferentes elementos: 1) información; 2) expresión de emociones; 3) respiración, relajación, visualización; 4) ejercicios para facilitar la recuperación; 5) entrega de hojas informativas. Los resultados fueron: el grupo experimental respecto al grupo control, padeció menos ansiedad y depresión postquirúrgicas, sufrió menos dolor y complicaciones después de la operación, necesitó menos analgésicos, recuperó antes sus funciones orgánicas, y se acortó su estancia hospitalaria. Por tanto podemos concluir que la técnica psicológica diseñada se mostró eficaz como facilitadora de la recuperación en pacientes quirúrgicos.

Palabras clave: Intervención psicológica. Ansiedad. Depresión. Recuperación. Pacientes quirúrgicos. Calidad asistencial.

Abstract: The aim of this study was to design and test the efficiency of a psychological technique to reduce levels of anxiety and depression in surgery patients and to facilitate their recovery. The test group was composed of 30 women who were to have a hysterectomy. These women were divided into two groups: an experimental group and a control group. The technique involved various elements: 1) information, 2) the expression of emotions, 3) breathing, relaxation, visualization, 4) exercises to facilitate recovery, 5) distribution of summary sheets. The results were as follows: compared to the control group, the experimental group suffered less anxiety, less post-surgical depression, less pain and fewer post-operative complications. The women needed fewer painkillers, regained their normal bodily functions and needed a shorter stay in hospital. We can thus conclude that the psychological technique designed, proved efficient in facilitating the recovery of surgical patients.

Key words: Psychological technique. Anxiety. Depression. Recovery. Surgical patients. Quality of care.

Introducción:

La intervención quirúrgica puede considerarse como una situación estresante para el paciente. Muchos estudios han puesto de relieve que el estrés puede repercutir negativamente en el estado fisiológico del paciente, es decir, en su recuperación postquirúrgica¹⁻³. Para evaluar el alcance de esta repercusión se utilizan diferentes parámetros que son comunes a casi todas las intervenciones, como la duración de la estancia hospitalaria, el número de analgésicos consumidos, las quejas de dolor, la fiebre, complicaciones, etc., e indicadores psicológicos como la depresión y la ansiedad. En concreto esta última variable psicológica ha sido objeto de numerosos estudios, que han puesto de relieve que grados elevados de ansiedad en el período prequirúrgico se asocian a una peor adaptación postquirúrgica por lo que se refiere a los indicadores de recuperación anteriormente citados⁴⁻⁷.

La ansiedad actúa alargando el proceso de recuperación postquirúrgica y lo hace a través de dos tipos de mecanismos. Por un lado los mecanismos cognitivo-conductuales, por ejemplo, los pacientes más ansiosos siguen peor las indicaciones o prescripciones médicas, y son también los que tienen tendencia a procesar prioritariamente la información amenazante⁸. Por otro lado, los mecanismos fisiológicos, puesto que altos niveles de ansiedad parecen producir inmunodepresión^{9,10}, y por tanto los individuos más ansiosos serían más propensos a las infecciones y complicaciones postquirúrgicas. De hecho en una investigación reciente publicada en la prestigiosa revista *The Lancet*, se ha comprobado que el estrés psicológico afecta al sistema inmunitario de tal manera que incluso enlentece la cicatrización de las heridas¹¹. Todos estos datos han suscitado una gran proliferación de estudios que analizan y avalan los beneficios de la preparación psicológica para facilitar la recuperación postquirúrgica¹²⁻¹⁷. En general las técnicas utilizadas son informativas, cognitivas, conductuales o combinan varios elementos.

Actualmente además de los parámetros de recuperación postquirúrgica generales antes mencionados, se investigan las posibles repercusiones que un determinado tipo de cirugía puede tener para el individuo en su readaptación psicosocial. En este sentido, una de las intervenciones quirúrgicas que se han estudiado de una manera más específica en los últimos años es la histerectomía, ya que se trata de una operación que afecta a muchas mujeres, hasta el punto que es la intervención más común dentro de las ginecológicas para la mujer en edad fértil¹⁸, siendo el

diagnóstico más frecuente el de mioma uterino ¹⁹. La histerectomía abdominal por mioma uterino, supone la extracción del útero como tratamiento final de los síntomas (dolor, hemorragias, anemia, etc.) provocados por el crecimiento anormal de un tumor de carácter benigno. En la misma intervención y según la edad de la paciente, su estado clínico y sus antecedentes, se efectúa como medida preventiva la extracción de los ovarios (anexectomía). La consecuencia fisiológica inmediata es la falta de menstruación y si se efectúa además la anexectomía la paciente dejará de ovular con lo que se enfrenta a la menopausia quirúrgica.

Se trata, pues, de una operación sobre un órgano sexual importante, lo cual se reconoce como fuente añadida de estrés sobre cualquier otra clase de intervención quirúrgica ^{20,21}. Psicológicamente la mujer deberá afrontar de forma condensada toda la fase del climaterio, en un corto espacio de tiempo. Ello supone que la menopausia pierde su carácter de "crisis evolutiva" para adquirir el de "crisis accidental" ²².

Como ya señalábamos anteriormente, durante los últimos años han aumentado los estudios cuyo objetivo es valorar el impacto emocional que puede tener para las pacientes esta operación.

Algunos estudios han evaluado la repercusión de la histerectomía en la vida sexual posterior, así como los efectos para la relación de pareja ²³⁻²⁶, y otros han estudiado la relación entre este tipo de cirugía y la aparición de trastornos depresivos posteriores ²⁷. Los resultados indican que la evolución posterior de las pacientes tiene una mayor relación con el tipo y la calidad de la relación sexual y de pareja previa, y de la existencia de una personalidad depresiva anterior que con la cirugía en sí, pero también está ampliamente relacionada con las expectativas previas de la mujer en relación con la intervención y con las consecuencias de ésta para su vida posterior.

Algunos autores han planteado una comparación en cuanto al impacto psicológico negativo que tiene para la mujer tanto la cirugía por cáncer de mama como la histerectomía ^{28,29}, y se ha comprobado que también en esta última puede quedar afectada la imagen corporal de la paciente.

Otros investigadores han evaluado la trascendencia emocional de la intervención centrándose en el momento quirúrgico ³⁰, y han puesto de relieve que en este tipo de cirugía no solo juega un papel importante la ansiedad sino que tiene un peso

importante el estado de ánimo depresivo, que se acentúa en el postoperatorio. Centrándonos en el momento quirúrgico, otros autores coinciden en el hecho de que en las intervenciones donde existe extracción de un órgano se acentúa el estado de ánimo depresivo en el postoperatorio en comparación con otros tipos de cirugía ³¹. Teniendo en cuenta, en primer lugar, los beneficios de las técnicas psicológicas en pacientes quirúrgicos en general, y en segundo lugar la trascendencia que esta intervención en concreto puede tener en la vida emocional de las mujeres, hemos considerado que este es uno de los colectivos de pacientes que más puede beneficiarse de un abordaje psicológico, el cual debe contemplar no solo el estrés que provoca la situación quirúrgica en sí, sino el que pueda ocasionar este tipo de cirugía, incluyendo las posibles expectativas erróneas relacionadas con sus consecuencias.

A partir de todo lo expuesto, nuestro objetivo ha sido diseñar una técnica combinada, teniendo en cuenta las características concretas de esta cirugía y conseguir:

- mejorar el estado de ánimo de la paciente durante el proceso quirúrgico,
- acortar y facilitar la recuperación postquirúrgica.

Pacientes y Método:

Este estudio se llevó a cabo en el Servicio de Ginecología de un Hospital público de la provincia de Barcelona, entre enero de 1995 y mayo de 1996.

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. 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 trabajaban 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. Además de las variables demográficas descritas, se controlaron variables psicológicas que se consideró podían contaminar o influir en los resultados; estas fueron ansiedad rasgo e inicial, y depresión inicial. La primera se refiere a aquella ansiedad que forma parte de la personalidad del sujeto, es decir supone un rasgo 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 con las demás personas ³², (*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 los que parte, y que pueden 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 usted 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 eran evitadoras o buscadoras de información a través de un cuestionario de vigilantes o evitadores ³³. Además de estas variables, se evaluó el estado de ánimo de las pacientes durante el proceso quirúrgico en los momentos pre y postquirúrgicos a través de la escala HAD de ansiedad y depresión para pacientes hospitalizados ³⁵.

Se evaluaron además parámetros de recuperación física a través de un cuestionario

de recuperación física, que incluía variables como la recuperación del apetito, del sueño y de la digestión (variables dicotómicas que se recogieron al 4º día después de la operación); día 1ª evacuación (número de días desde la intervención), si padecieron vómitos después de la anestesia (variable dicotómica).

Se valoró así mismo el dolor percibido a través de una escala de dolor que medía su intensidad en tres situaciones diferentes, al caminar, de pié, y sentada mediante 3 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 pié?, 3.¿en qué medida siente dolor al caminar?*).

Por último, se revisó la historia clínica para controlar algunas variables que se consideró que podían ser contaminantes en los resultados como la duración de la intervención, práctica de anexotomía, el tipo de incisión (pfannestiel, laparotomía media), y el Índice de Masa Corporal (IMC) ³⁶.

Por último se recogieron otros parámetros como indicadores de recuperación, como el número de días de estancia hospitalaria (día de la operación hasta el día del alta inclusive), las posibles complicaciones postoperatorias (variable dicotómica), el día de retirada de puntos, el número de analgésicos (no pautados) que requería la paciente a partir del cuarto día de la operación y, finalmente el número de veces que la temperatura fue superior a 37°C.

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

En el grupo experimental se probó la técnica cognitivo-conductual, que consistió en:

- Proporcionar información ajustada a las necesidades de cada paciente (procesual / sensorial / consecuencias de la I.Q. para su vida posterior), de una forma interactiva para conseguir un efecto terapéutico. Nos referimos en concreto a facilitar la expresión de emociones y dudas, favoreciendo el sentimiento de apoyo emocional de las pacientes.
- Proporcionar habilidades y estrategias de afrontamiento (relajación / visualización / autoafirmaciones).
- Ejercicios para facilitar la recuperación (movimiento de extremidades / respiración profunda / toser).

Todos los elementos de la técnica, van encaminados a incrementar la sensación de control sobre la situación, la confianza en el equipo y a aumentar la colaboración de las pacientes.

La recogida de datos y la técnica psicológica se efectuaron en tres momentos durante la hospitalización. La secuencia fue la siguiente:

Sesión 1: Día anterior a la operación:

1) 1ª Recogida de datos:

Se efectuaba en primer lugar la recogida de variables demográficas así como variables psicológicas (ansiedad rasgo e inicial, y depresión inicial) que consideramos podían contaminar los resultados. En este momento se evaluó también el grado de vigilancia a través del cuestionario antes descrito. Los tres tipos de variables fueron homogéneas en ambos grupos.

2) Técnica psicológica :

Seguidamente a las pacientes del grupo experimental se les efectuaba la primera sesión de la intervención psicológica. Los elementos básicos de la misma eran se han descrito anteriormente. Al final de la sesión se le entregaron a las pacientes 3 hojas (se pueden solicitar al autor) con consejos prácticos, un breve resumen de lo más importante de la sesión, y unos ejercicios para facilitar la recuperación postquirúrgica basados en movimiento de las extremidades, respiraciones profundas, y ejercicios de toser ³⁴.

3) 2ª Recogida de datos:

Varias horas más tarde se efectuaba la segunda recogida de datos en ambos grupos de ansiedad y depresión a través de la escala HAD.

Sesión 2 : El día después de la intervención :

Se efectuaba la segunda parte de la técnica psicológica con las mujeres del grupo experimental, muy breve para no fatigar a la paciente ,consistía en practicar los ejercicios de recuperación que se detallaban en las hojas informativas que habían recibido en la sesión anterior.

Sesión 3: 4º día después de la operación :

1) Técnica psicológica:

Se efectuaba la última parte de la intervención psicológica a las pacientes del grupo experimental, en ella se revisaban las ideas de la sujeto en cuanto a la histerectomía y se aclaraban últimas dudas en relación a la recuperación y la repercusión de la operación en su vida posterior (relaciones sexuales, de pareja en general).

2) Recogida de datos:

Horas más tarde se realizaba la última recogida de datos en ambos grupos. Ésta consistió en la cumplimentación del cuestionario de recuperación física y las escalas de dolor antes descritas. Por último, se evaluaron nuevamente la ansiedad y la depresión con la escala HAD.

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 estadístico en función de la naturaleza cualitativa o cuantitativa de las mismas. Las variables cuantitativas se analizaron a través de la prueba t de Student-Fisher de comparación de medias y, cuando se creyó oportuno se realizaron además análisis de la variancia. Las variables cualitativas se analizaron mediante pruebas de la χ^2 .

Tanto en las variables demográficas, como en el resto de variables extrañas que se evaluaron como potenciales contaminantes, no hubo diferencias significativas entre ambos grupos. Todas estas variables fueron homogéneas en los dos grupos.

En cuanto al primero de los objetivos planteados:

Mejorar el estado de ánimo de la paciente durante el proceso quirúrgico.

Se valoró a través de dos dimensiones afectivas, la ansiedad y la depresión. Los resultados referidos a la ansiedad se detallan en la tabla 1.

Tabla 1: Diferencias respecto a la ansiedad entre los grupos experimental y control.

<u>ANSIEDAD</u>			
	Prequirúrgico	Postquirúrgico	Evolución
G. Control	X = 9,1 DE = 4,12	X = 8,0 DE = 4,62	X = -1,0 DE = 5,12
G. Experim.	X = 7,8 DE = 4,00	X = 3,8 DE = 1,74	X = - 4,0 DE = 3,38
p	0.38	0.002	0.07
t	0.90	3.35	1.85

En esta tabla queda reflejada la diferencia de medias entre los dos grupos en relación con la ansiedad. En el momento prequirúrgico las mujeres del grupo experimental puntúan menos en ansiedad en relación con las pacientes del grupo control pero sin llegar al nivel de significación estadística. En cambio donde la

diferencia es muy significativa es en el período postquirúrgico, donde las pacientes del grupo control tienen puntuaciones de ansiedad muy elevadas en relación a las del grupo experimental, de hecho el análisis de la variancia expresa un efecto de la interacción entre grupo y evolución cercano al nivel de significación estadística $F(1,28) = 3,43$; $p = 0.07$.

En cuanto a los resultados de depresión obtenidos a través de la misma escala, quedan reflejados en la tabla 2.

Tabla 2: Diferencias respecto a la depresión entre el grupo experimental y el control.

<u>DEPRESIÓN</u>			
	Prequirúrgico	Postquirúrgico	Evolución
G. Control	X = 4,8 DE = 2,59	X = 6,2 DE = 3,05	X = 1,3 DE = 3,85
G. Experimental	X = 3,9 DE = 3,01	X = 3,2 DE = 2,21	X = -0,7 DE = 1,87
p	0.37	0.005	0.07
<i>t</i>	0.91	3.08	1.87

En el caso de la subescala de depresión, las medias de los grupos en el primer momento (prequirúrgico), muestran también la tendencia esperada, es decir, la puntuación es menor en las mujeres atendidas psicológicamente, pero la diferencia con respecto al grupo control no es significativa. Por el contrario, en el período postquirúrgico la diferencia se acentúa de forma significativa, de manera que en el grupo experimental que ya tenía una puntuación baja en el prequirúrgico en cuanto a depresión, ésta continúa bajando en el postquirúrgico. En cambio, en las mujeres del grupo control, la puntuación en depresión aumenta después de la operación. Esta evolución queda reflejada en los resultados de la última columna, donde se destaca la evolución de esta variable en ambos grupos. Mientras que en el grupo control en promedio las puntuaciones aumentan, en las mujeres del grupo experimental se

invierte la tendencia, a pesar de lo cual la diferencia no alcanza el nivel de significación estadística. De hecho, en el análisis de la variancia refleja que la interacción entre el factor grupo y el factor temporal, si muestra una evolución distinta cercana a la significación estadística, para cada grupo, $F(1,28) = 0,50$; $p = 0.07$.

En cuanto al segundo de los objetivos planteados:

Acortar y facilitar la recuperación postquirúrgica.

Los resultados acerca los indicadores cuantitativos de recuperación, (consumo de analgésicos, días de estancia, día de retirada de puntos, número de veces temperatura superior a 37 grados y dolor), quedan recogidos en la tabla 3.

Tabla 3: Diferencias entre el grupo control y experimental en cuanto a parámetros de recuperación cuantitativos.

	G.Control	G.Exper.	Dif med.	t	p	I.C.(95%)
Consumo de analgésicos	X = 4,8 DE=2,68	X = 1,8 DE=1,81	2.9	3.52	0.002	[1.2, 4.6]
Días de estancia	X = 6,9 DE=0,96	X = 5,9 DE=0,46	1.0	3.64	0.001	[0.4,1.5]
Dolor	X =18,9 DE=5,22	X =11,6 DE=4,67	7.3	4.06	<0.0005	[3.6,11.0]
Temperat. sup. 37°C	X = 2,6 DE=2,55	X = 2,6 DE=1,79	-	0	1	-
día 1 evacua.	X = 4,2 DE=0,70	X = 4,0 DE=0,80	0.2	0.73	0.47	[-0.3,0.7]
Día de retirada puntos	X = 5,9 DE=0,96	X = 5,2 DE=0,56	0.73	2.55	0.01	[0.1,1.3]

De estos seis parámetros, el que hace referencia al número de veces que la temperatura superó los 37°C las medias entre los grupos son idénticas. Parece claro, por tanto, que esta variable no presentó modificación alguna a consecuencia de la técnica psicológica. Sin embargo, existe una sensible diferencia entre los dos grupos en relación al resto de los indicadores de recuperación postquirúrgica, excepto al que hace referencia al primer día de evacuación después de la operación, que muestra una diferencia entre los grupos en el sentido esperado, pero no es estadísticamente significativa .

Así pues, los resultados indican que las mujeres atendidas psicológicamente consumen una media de casi tres dosis menos de analgésicos en relación a las pacientes del grupo control.

Por lo que respecta a los días de estancia hospitalaria la diferencia entre los grupos ha resultado altamente significativa y corresponde exactamente a 1 día menos de hospitalización en promedio para las pacientes del grupo experimental. Se puede inferir además que con un intervalo de confianza del 95%, la reducción de días de estancia oscilaría entre 0.4 y 1.5 días en condiciones similares.

La diferencia de dolor percibido por las mujeres de ambos grupos mostró la misma tendencia que el resto de las variables, es decir, una diferencia estadísticamente muy significativa, al igual que la variable día de retirada de puntos que mostró la misma tendencia.

Las variables de carácter cualitativo recogidas, fueron: si hubo o no complicaciones después de la operación, los vómitos después de la anestesia y la recuperación de las funciones fisiológicas del apetito, digestión y sueño. Los resultados se exponen en la tabla 4.

Tabla 4: Diferencias entre el grupo control y el experimental en cuanto a: complicaciones globales después de la operación, vómitos después de la anestesia, y recuperación de las funciones fisiológicas del apetito, digestión y sueño.

	Comp.Glo.	Vómitos	Rec.Apeti.	Rec.Diges.	Rec.Sueño
G.Control	4 (26,7%)	9 (60%)	2 (13,3%)	8 (53,3%)	6 (40%)
G.Exper.	0 (0%)	6 (40%)	8 (53%)	14 (93,3%)	11 (73,3%)
χ^2	4.61	1.2	5.4	6.1	3.3
p	0.03	0.27	0.02	0.01	0.06
ETA ²	0.39	0.09	0.42	0.45	0.34

ETA² es un coeficiente que mide la intensidad de relación entre dos variables cualitativas y se expresa en valores de 0-1. En este caso mide la potencia del efecto de la intervención psicológica sobre cada una de las variables cualitativas de recuperación.

Como se observa en la tabla 4, de las cinco variables sólo la que hace referencia a si la paciente padeció vómitos después de la intervención quirúrgica, no muestra una diferencia estadísticamente significativa o cercana a ella ; no obstante la diferencia de proporciones va a favor de nuestra hipótesis, al igual que la variable recuperación del sueño.

Las otras dos funciones fisiológicas que se controlaron en el mismo momento, la recuperación del apetito, y de la digestión, mostraron diferencias entre los grupos muy acusadas. En ambos casos el valor de ETA², o magnitud del efecto de la técnica psicológica sobre estos parámetros, fue muy considerable.

La última variable cuyos resultados se detallan en la tabla 4, el número de pacientes que presentaron algún tipo de complicación después de la operación, muestra diferencias significativas entre ambos grupos. También es elevada la magnitud del efecto de nuestra intervención en esta variable.

Discusión:

La conclusión inmediata a la vista del análisis de los datos, es que la técnica psicológica se demuestra eficaz en la preparación de pacientes quirúrgicos.

Los dos objetivos planteados fueron conseguidos: mejorar el estado de ánimo y facilitar la recuperación postquirúrgica. Podemos afirmar por tanto que la técnica psicológica utilizada influye en el proceso de recuperación a dos niveles:

- cualitativo, porque mejora la vivencia de los pacientes y padecen menos ansiedad, menos depresión y menos dolor.

- cuantitativo, porque sufren menos complicaciones después de la cirugía, consumen menos analgésicos y al adelantarse su recuperación en general, necesitan menos días de estancia hospitalaria.

Ambos niveles son importantes, y suponen una mejora en la calidad asistencial, especialmente si tenemos en cuenta que hoy en día el concepto de salud no se limita tan solo a aspectos fisiológicos, sino que incluye los psicológicos como el bienestar. La calidad de vida se ha convertido en un objetivo para la salud, puesto que la primera meta para la medicina, sobrevivir, se ha alcanzado en su mayor parte. El desafío ahora está en mejorar las condiciones en las que se conserva la vida. Hasta ahora el concepto de calidad de vida se contemplaba casi exclusivamente para enfermos terminales, pero estudios como este demuestran que también en procesos agudos como una intervención quirúrgica es adecuado hablar en estos términos. No cabe duda de que al reducir los niveles de ansiedad y depresión, y disminuir las sensaciones dolorosas del paciente quirúrgico se mejora notablemente su calidad de vida durante ese proceso, haciéndolo menos traumático.

Este estudio avala los datos de otras investigaciones que han puesto de relieve los beneficios de la preparación psicológica en la recuperación postquirúrgica¹³⁻¹⁶. La peculiaridad de la técnica probada, consiste en la combinación de diferentes elementos (cognitivos, conductuales, informativos, de apoyo emocional), que se regulan en función de las necesidades de cada paciente, dándole un carácter flexible y adaptable, pero siempre con el objetivo de facilitar la experiencia quirúrgica.

Como se especifica en otros apartados, este estudio se llevó a cabo con mujeres que debían someterse a una histerectomía abdominal. El tipo de cirugía influyó en el diseño de la técnica, pues ésta no se centró exclusivamente en la preparación para el acto quirúrgico, sino que a petición de las mismas pacientes se trataron temas

como la menopausia, y el miedo a las posibles alteraciones en el estado del ánimo, a la pérdida de apetito sexual después de la operación, a la pérdida de atractivo físico e incluso el miedo a un posible deterioro en su relación de pareja. Como se ha visto en otros estudios^{23,25}, la histerectomía no tiene por que tener consecuencias negativas para la vida posterior de las pacientes, por este motivo es necesario despejar dudas y eliminar ciertas interpretaciones incorrectas que únicamente contribuyen a alterar el estado emocional de la paciente, el cual puede repercutir en su recuperación. Así pues, es importante tener en cuenta que cada tipo de cirugía tiene sus peculiaridades y fuentes de estrés propias que no deben ser ignoradas en el momento de llevar a cabo una preparación psicológica para la misma.

Estos resultados ponen de relieve la repercusión del bienestar psicológico en la evolución física, y parecen indicar que con una atención más personalizada e integral, es decir, sin descuidar los aspectos emocionales y psicológicos del paciente en un momento especialmente estresante y por tanto crítico, la recuperación se acelera. Este último aspecto, la rapidez en la recuperación no tiene únicamente relevancia médica, sino que podría tener repercusiones socioeconómicas. Es fácil suponer que el hecho de acortar en un día de media la estancia hospitalaria de muchos pacientes, podría suponer un ahorro para la sanidad pública y seguramente una disminución en las listas de espera. Aunque la aplicación de estas técnicas debe llevarse a cabo por personal especializado, su coste quedaría ampliamente cubierto por el ahorro al reducir el tiempo de recuperación. De hecho, en países como Estados Unidos, Inglaterra y Canadá se contempla este servicio para mejorar la calidad asistencial y reducir costes³⁷, ya que otros estudios también han demostrado con diferentes muestras de pacientes que aquellos que son tratados psicológicamente antes de la operación pueden reducir su estancia hospitalaria una media de hasta 2 días³⁸.

A pesar de los buenos resultados obtenidos en este estudio, sería conveniente realizar nuevas investigaciones para probar esta técnica u otras similares en una muestra mayor e incluso con otro tipo de pacientes, con objeto de corroborar o matizar estos datos.

Esperamos que este estudio y otros que se enmarcan en el campo de la psicología de la salud, tengan una incidencia real en la mejora de la asistencia sanitaria, para poder proporcionar así una atención más integral y adecuada a las necesidades de

los pacientes. Esta nueva perspectiva, supone romper las barreras de la superespecialización médica, en la que el paciente tiene asegurada la atención de cada una de las partes de su cuerpo, pero se descuida la atención de su ser como persona a la cual cada una y todas las partes del mismo están ligadas. Una forma de evitar esa peligrosa disociación, sería la aplicación de estas técnicas, para lo cual es necesario la creación de equipos multidisciplinarios que puedan atender al paciente de una manera más integral y, por tanto, mejor.

Agradecemos al hospital Parc Taulí de Sabadell la colaboración prestada para la realización de este estudio, en especial al Servicio de Ginecología, tanto al colectivo de cirujanos, como al equipo de enfermeras que lo forman.

Este trabajo ha sido realizado gracias a la ayuda PB 94-0700 de la Dirección General de Investigación Científica y Técnica (DGICYT).

Bibliografía:

1. **Kiecolt-Glaser JK, Glaser R.** Psychological influences on immunity. *Psychosomat.* 1986; 27: 621-4.
2. **Linn BS, Linn MW, y Klimas N.** Effects of psychophysical stress on surgical outcome. *Psychosom. Med.* 1988; 50: 230-244.
3. **Liu R, Barry J, Weinman J.** Effects of background stress and anxiety on postoperative recovery. *Anaesthesia* 1994; 49: 382-386.
4. **Johnson JE, Leventhal H, Dabbs JM.** Contribution of emotional and instrumental response processes in adaptation to surgery. *J. Per. Soc. Psychol.* 1971; 20: 55-64.
5. **Moix J, Casas JM, López E, Quintana C, Ribera C, Gil A, y Bayés R.** Influencia de la ansiedad prequirúrgica en la recuperación postquirúrgica. *Barcelona Quirúrgica* 1992; 35: 203-212.
6. **Sime AM.** Relationship of fear, type of coping, and information received about surgery to recovery from surgery. *J. Per. S. Psychol.* 1976; 34: 716-724.
7. **Wolfer JA, Davis CE.** Assesment of surgical patients' preoperative emotional condition and postoperarive welfare. *Nurs Res.* 1970; 19: 402-414
8. **Mathews A.** La ansiedad y el procesamiento de la información amenazante. *C. Med. Psicosom. Sex.*, 1988; 7: 35-42.
9. **Manyade A, Chayen S, Priyakumar P, Smith CCT, Hayes M, Higgins D, et al.** Anxiety and endocrine responses to surgery: Paradoxical effects of preoperative relaxation training. *Psychosom Med.* 1992; 54: 275-287.
10. **O'Leary A.** Stress, Emotion and Human Immune Function. *Psychol Bull.* 1990; 108,3: 363-382.
11. **Kiecolt-Glaser JK, Marucha PT, Malarkey WB, Mercado AM, y Glaser R.** El estrés psicológico enlentece la cicatrización de las heridas. *The Lancet* (ed. Esp.), 1996; 28, 3: 188-191.
12. **Albert M, Lyons J, Moretti R.** Psychological interventions in the presurgical period. *Int'L. J. Psychiat. Med.* 1989; 19, 1: 91-106.
13. **Devine E.** Effects of psychoeducational care for adult surgical patients: A Meta-Analysis of 191 studies . *Patient Educ. Couns.* 1992; 19, 129-142.
14. **Hathaway D.** Effects of preoperative instructions on postoperative outcomes:

A Meta-Analysis. *Nurs. Res.* 1986; 35, 5, 269-275.

15. **Horne D, Vatmanidis P, Careri A.** Preparing Patients for Invasive Medical and Surgical procedures 1: Adding Behavioral and Cognitive Interventions. *Behav. Med.* 1994; 20, 1: 5-13.

16. **Johnston M, Vögele C.** Benefits of psychological preparation for surgery: a meta-analysis. *Ann.Behav.Med.* 1993; 15 245-256.

17. **Moix J.** Emoción y cirugía. *An. Psicol.* 1994;10, 2: 111-118.

18. **Ashurst P, Hall Z.** Understanding Women in distress. London: Routledge 1991.

19. **Nathorst-Böös J, Schoultz B.** Psychological reactions and sexual life after hysterectomy with and without oophorectomy. *Gynecol. Obstet. Invest.* 1992; 34: 97-101.

20. **Volicer BJ, Bohanon MW.** A hospital stress rating scale. *Nurs. Res.* 1975; 24: 352-357.

21. **Carr JA, Powers MJ.** Stressors associated with coronary bypass surgery. *Nurs. Res.* 1985; 35: 243-246.

22. **Caplan G.** 1966; Principios de psiquiatria preventiva, Ed. Paidós.1966.

23. **Helström L, Lundberg PO, Sörbom D, Bäckström T.** Sexuality after hysterectomy: A factor analysis of women's sexual lives before and after subtotal hysterectomy. *Obstet. Gynecol.* 1993; 81,3: 357-362.

24. **Helström L.** Sexuality after hysterectomy: a model based on quantitative and qualitative analysis of 104 women before and after subtotal hysterectomy. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.*,1994; 15: 219-229.

25. **Helström L, Sörbom D, Bäckström T.** Influence of partner relationship on sexuality after subtotal hysterectomy. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 1995; 74:142-146.

26. **Williamson ML.** Sexual adjustment after hysterectomy. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal-Nurs.* 1992; 21,1: 42-7.

27. **Helström L, Weiner E, Sörbom D.** Predictive value of psychiatric history, genital pain and menstrual symptoms for sexuality after hysterectomy. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 1994; 73: 575-580.

28. **Milz H.:** Holistic-psychosomatic aspects of surgical organ loss. *Zentralbl-Gynakol*, 1992; 114, 8: 395-402.

29. **Umegaki H, Minami C, Katou H, Kawasaki T, Fukunaga T, Shimizu A.** Perioperative psychological status of patients undergoing radical mastectomy and total hysterectomy. *Masui*, 1993; 42, 4:523-8.
30. **Umegaki H, Minami C, Katou H, Kawasaki T, Fukunaga T, Shimizu A.** A study on the psychological status of perioperative patients (II), *Masui*, 1992; 41, 2: 200-6.
31. **Mardarás E.** La preparación psicológica para intervenciones quirúrgicas. *Psicoprofilaxis quirúrgica*. Ed. Rol. Barcelona.1980.
32. **Perry F, Parker RK, White PF, Clifford PA.** Role of psychological factors in postoperative pain and recovery with patient-controlled analgesia. *Clin. J. Pain* 1994; 10: 57-63.
33. **Krantz DF, Baum A, Wideman MV.** Assesment of preferences for self-treatment and information in health care. *J. Per. Soc. Sociol.* 1980; 39, 5: 977-990.
34. **Anderson EA.** Preoperative Preparation for Cardiac Surgery Facilitates Recovery, Reduces Psychological Distress, and Reduces the Incidence of Acute Postoperative Hypertension. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1987; 55, 4: 513-520.
35. **Zigmon AS, Snaith RP.** The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Act. Psychiatr. Scand.*, 1983; 67: 361-370.
36. **Williamson DA, Davis CJ, Duchman EG, McKenzie SJ, Watkins PC.** Assessment of Eating Disorders. Obesity, Anorexia and Bulimia Nervosa. New York: Pergamon Press.1990.
37. **Devine EC, Cook T.** A meta-analytic analisis of effects of psychoeducational interventions on length of postsurgical hospital stay. *Nurs. Res.* 1983; 32, 267-274.
38. **Turkington, C.** Help for the worried well. Psychological interventions cuts medical hospital cost and helps people feel better. *Psychol. Today*, 1987, agosto, 44-48