



## Manejo de la ansiedad y estrés antes y durante una electrocirugía en una clínica de displasias

Jessica Villalpando Uribe,\* Daniel Orea Estudillo\*\*

### Resumen

**Objetivo:** Presentar la importancia del apoyo psicológico en la realización de procedimientos quirúrgicos que puedan representar estados de ansiedad y estrés en pacientes femeninas que acuden a una clínica de displasias. **Material y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo, aleatorizado aplicando la prueba de Wilcoxon con un nivel de significancia de 0.05. **Resultados:** Se incluyeron un total de 140 pacientes, obteniéndose niveles de estrés y ansiedad menores en las pacientes que recibieron técnicas de psicoeducación y autorrelajación, lo cual resultó estadísticamente significativo (.000) y se reafirma que con este tipo de intervención los procedimientos de electrocirugía pueden ser mejor tolerados por las pacientes que acuden a una clínica de displasias. **Conclusión:** El manejo multidisciplinario es necesario en todas las ramas de la medicina; en este trabajo se demostró estadísticamente que integrar el apoyo psicológico a las pacientes que acuden a una clínica de displasias hace que disminuyan los niveles de estrés y ansiedad de las pacientes.

**Palabras clave:** Ansiedad, psicoeducación, electrocirugía, displasia.

### Abstract

**Objective:** Presenting the relevance of psychological support at surgical proceedings that can produce anxiety and stress levels in feminine patients that assist to a dysplasia clinic. **Method and material:** It was performed a prospective study, randomized applying the Wilcoxon statistical test with a 0.05 significance level. **Results:** In a sample of 140 patients, the anxiety and stress levels decreased with psychoeducation and autorelaxation techniques, and it was statistically significative ( $p = .000$ ). This information confirms that electrosurgical proceedings in a dysplasia clinic can be better supported with psychological intervention. **Conclusion:** Multidisciplinary management is necessary at all medicine specialities, at this study, it is proved statistically that integrating psychological support to patients that assist to a dysplasia clinic contribute to decrease their anxiety and stress levels.

**Key words:** Anxiety, psychoeducation, electrosurgery, dysplasia.

## INTRODUCCIÓN

La consideración de los problemas ginecoobstétricos por parte de la medicina conductual es muy reciente. Esta consideración se basa generalmente en los tratamientos de estos problemas. Cristina Leroy, de la Universidad Complutense de Madrid (citada en Roa, 1995), hace una revisión interesante al respecto, en la que menciona que el papel de esta disciplina puede abarcar desde los trastornos de la menstruación hasta la infertilidad, pasando por las complicaciones en el embarazo y el climaterio, así como la prevención del cáncer cervicouterino y de mama.

Los dos tipos más comunes de cáncer en la mujer son precisamente el cervicouterino y el de mama, los cuales tienen el potencial de la cura o de una remisión prolongada. Además, son más fácilmente detectables que la mayoría de otros tipos de cáncer femenino (ovarios, tubas uterinas p. ej.) y también se cree que están influenciados en términos de su etiología y progresión por la conducta de los pacientes (Blechman y Brownell, 1998).

Por lo que respecta a México, el cáncer cervicouterino es la principal causa de muerte entre las mujeres en edad productiva (2,916), seguido por el cáncer de mama (2,409) (SSA, 2000). Ambos padecimientos implican un diagnóstico y una atención costosos para la nación, a lo que se suma la baja o nula productividad de las personas que lo padecen.

Los factores de riesgo para el cáncer cervicouterino incluyen: inicio de vida sexual a temprana edad (anterior a los 18 años), un gran número de parejas sexuales, ser multípara, atención médica postparto pobre, estrés por divorcio y separación, depresión e infelicidad emocional, así como una higiene personal inadecuada. Otro factor de riesgo importante es la infección por virus del papiloma humano (HPV) cuya presencia se ha correlacionado altamente con el desarrollo de cáncer cervicouterino (Lazcano, Peris, Martínez, Salmerón y de Ruíz, 2000).

Al respecto, hay investigaciones (Meissner et al. 1998; Yabroff y Mandelblatt, 2000; Burish, 2000; Crock, 2002 y Zapka et al., 2003) que tocan aspectos tales como la importancia y efectividad de intervenciones cognitivo conductuales para incrementar la adherencia a la terapéutica médica en mujeres que tienen resultados anormales en colposcopia y citología cervical. Los elementos comunes en estas intervenciones son establecimiento de metas, cambio en estilo de vida, recordatorios, consejería y psicoeducación.

Otras investigaciones (Lindberg y Wellisch, 2001; Luecken y Compas, 2002) hablan de la efectividad de intervenciones cognitivo-conductuales para disminuir y controlar la ansiedad y estrés que producen las técnicas diagnósticas de cáncer cervicouterino y de mama, así como un diagnóstico temprano de estos padecimientos.

## OBJETIVO

Que las pacientes sometidas a cirugía logren controlar sus niveles de ansiedad y estrés antes y durante la práctica de este procedimiento. Despejar dudas cuando la causa de la displasia es el HPV por medio de un tríptico informativo que se reparte a todas las pacientes en la clínica de displasias.

Otras investigaciones demuestran que el mayor temor de las mujeres a llevar un tratamiento preventivo de cáncer, es por la incomodidad y dolor que puedan sentir con las pruebas diagnósticas para este tipo de padecimientos, y ello implica la principal fuente de ansiedad en el momento de llevarlas a cabo (Lindberg y Wellisch, 2001), así como estudios que demuestran la efectividad de la psicoeducación en este tipo de intervenciones para evitar la reincidencia de displasias y los beneficios en su calidad de vida (Swanson, Dibble y Chapman, 1999; Saltmarsh, 2001).

## METAS

Reducir la ansiedad y estrés que se manifiesta en tensión y movimiento corporal durante la electrocirugía.

## JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Debido a la incidencia de cáncer cervicouterino, y a la baja adherencia que tienen las mujeres para las medidas de prevención, es importante establecer un tratamiento cognitivo-conductual breve, que pueda ser aplicado en hospitales públicos y contribuya a aumentar la adherencia al tratamiento del virus del papiloma humano.

## PROCEDIMIENTO

- 1) En la sala de espera de la Unidad de Colposcopia y Displasias del Hospital Juárez de México, se ofrecía el Servicio de Psicología a las pacientes que iban a ser intervenidas con electrocirugía en ese momento.
- 2) Una vez que aceptaban, se les explicaba a las pacientes la necesidad de estar relajadas para facilitar el procedimiento, enfatizando que no era demasiado doloroso ni complicado.
- 3) Se les obsequiaba el tríptico sobre HPV y después de leerlo se trabajaba a través de psicoeducación, la comprensión sobre el virus y su tratamiento, además se resolvían dudas sobre el procedimiento y los cuidados posteriores.
- 4) Después, a través de una escala visual análoga de ansiedad, se exploraba el nivel de ansiedad de cada paciente.
- 5) Posteriormente se enseñaba y practicaba la técnica de respiración diafragmática.

- 6) Se enseñaba y practicaba también la técnica de relajación muscular progresiva, y se media nuevamente el nivel subjetivo de ansiedad de cada paciente.
- 7) Por último, se hacía acompañamiento y generalización de la relajación durante la electrocirugía.

## VENTAJAS

- Facilitar la realización de electrocirugía.
- Disminuir la reincidencia de pacientes.

## MEDIDAS

- Autoinforme de relajación

## DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Cuasiexperimental pre-postratamiento.

Se evaluó el cambio aplicando el cuestionario antes y después del tratamiento para demostrar una reducción de síntomas. La prueba estadística utilizada es la prueba de Wilcoxon, con un nivel de significancia de 0.05 (Siegel, 1970).

## RESULTADOS

En el cuadro 1 se resumen los resultados de la intervención en la Unidad de Colposcopia y Displasias. La medición fue por medio de un autoinforme de relajación en USR (Unidades Subjetivas de Relajación) con una escala de: 1 – Profundamente relajado a 10 – Muy tenso. La diferencia estadística pre y postintervención se llevó por medio de la prueba de Wilcoxon y de signos ( $p = 0.05$ ). El número de pacientes con las que se trabajó en total fue 140, atendiendo en promedio, a la semana, 6 pacientes.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Con los datos observados en el cuadro 1, se puede concluir que, después de la intervención psicoeducativa y de la relajación, hubo una disminución de ansiedad en las pacientes, que resultó estadísticamente significativa. Estos resultados son importantes, pues la muestra es amplia.

Sin embargo, es importante contar con un mayor sustento en cuanto a la validez externa, pues un estudio en el que se compare un grupo control ayudaría a fortale-

**Cuadro 1.** Resultados de la intervención psicoeducación – relajación en colposcopias y displasias.

	USR Pretratamiento	USR Postratamiento	Wilcoxon
$\bar{X} = 5.52$ DS = 2.45	$\bar{X} = 2.23$ DS = 1.48	$z = -9.945$ $p = .000$	

cer la correlación entre la intervención psicológica y el manejo de la ansiedad.

También es importante hacer un seguimiento de las pacientes que recibieron psicoeducación, de esta manera se tendría el mayor beneficio al observar una baja reincidencia en la aparición del HPV, con lo cual se estarían apoyando estudios previos (Lazcano, Peris, Martínez, Salmerón y de Ruiz, 2000) en los que se señalan factores conductuales como precipitantes del cáncer cervicouterino.

Además, este estudio comprueba en la cultura hispana lo que se ha elaborado ya en otras poblaciones (Meissner et al. 1998; Yabroff y Mandelblatt, 2000; Burish, 2000; Crock, 2002 y Zapka et al., 2003), observando que es de gran beneficio un tratamiento cognitivo-conductual para fortalecer la adherencia terapéutica a intervenciones preventivas que resultan incómodas y poco conocidas para las pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Roa A. Evaluación en psicología clínica y de la salud. Madrid: CEPE. 1995; Caps. 12, 13, 15 y 17.
2. Blechman E, Brownell K. Handbook of behavioral medicine for women. New York: Pergamon – Press. 1988.
3. Burish T. The role of behavioral and psychosocial science in reducing cancer morbidity and mortality. The Oncologist 2000; 5: 263-266.
4. Crock C. An lifestyle modification increase survival in women diagnosed with breast cancer? J Nutr 2002; 132(11 Suppl): 3504S-3507S.
5. Lazcano E, Peris S, Salmerón J, De Ruiz A. El conocimiento de profesionales de la salud sobre la prevención del cáncer cervical. Salud Pública México 2000; 34:42.
6. Lindberg N, Wellisch D. Anxiety and compliance among women at high risk for breast cancer. Annals of Behavioral Medicine 2001; 23(4): 298-303.
7. Luecken L, Compas B. Stress, coping and immune function in breast cancer. Annals of Behavioral Medicine 2002; 24(4): 336-344.
8. Meissner H, Breen N, Coyne J, Legler J, Green D, Edwards B. Breast and cervical cancer screening interventions: an assessment of the literature. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 1998; 7(10): 951-961.
9. www.ssa.org.mx: Estadísticas de mortalidad en México 2000.
10. Saltmarsh N. Young adults could benefit from HPV education. Journal of the American Board of Family Practice 2001; 6: 19-24.
11. Siegel S. Estadística no paramétrica. México: Trillas. 1970.
12. Swanson J, Dibble S, Chapman LY. Effects of psycho-educational interventions on sexual health risks and psychosocial adaptation in young adults with genital herpes. Journal of Advanced Nursing 1999; 29(4): 840-851.
13. Yabroff K, Kerner J, Mandelblatt J. Effectiveness of interventions to improve follow-up after abnormal cervical cancer screening. Prev Med 2000; 31(4): 429-439.
14. Zapka J, Taplin S, Solberg L, Manos M. A framework for improving the quality of cancer care: the case of breast and cervical cancer screening. Cancer Epidemiology Biomarkers Prev 2003; 12(1): 4-13.