



**Universidad Nacional Autónoma de México**

---

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL  
PARA REDUCCIÓN  
DE ANSIEDAD ANTE LA HISTERECTOMÍA  
EN MUJERES**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

BERNAL CONTRERAS MARIA BERENICE

**Directora: Mtra. Ana Leticia Becerra Gálvez**

**Dictaminadores: Mtro. Isaías Vicente Lugo González**

**Mtro. Leonardo Reynoso Erazo**



**Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Edo de México, 2020**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Agradecimientos

*Para Ana e Isaías por todo el apoyo, conocimiento y paciencia en todo este proceso y por lograr que nos quedara así de bonito.*

*Con cariño, Berni jeje.*

*A Minerva, por aceptar ayudarme con esta investigación y durante el proceso en el hospital.*

*A mis participantes por aceptar formar parte de la investigación, por ser tan amables y participativas durante la intervención, todo se planeó para que su proceso en el hospital fuera lo mejor posible.*

*Al Hospital de la Mujer, en especial al personal de ginecología en consulta externa, a las enfermeras, esencialmente a Soco por brindarme una sonrisa todos los días.*

*A mi familia, a mis padres por siempre apoyarme y quererme tanto, todos mis logros son por y para ustedes. A mis hermanos, gracias por siempre estar conmigo, siempre juntos.*

*A ti, mi Ale, eres el mejor amigo del mundo, te quiero mucho, gracias por siempre estar, apoyarme y alentarme.*

*A mis bebesquish, por ser el equipo más increíble de la carrera y por convertirse en mis amigas, especialmente a mi Mariana y a ti Clarichi, un placer tenerlas a mi lado.*

*A Francisco, por tu apoyo incondicional durante estos años, gracias siempre.*

*A Ivan, por el entusiasmo, la alegría y cariño. Eres la coincidencia más bonita que quiero conservar siempre.*

*A mi querida UNAM, ser parte del orgullo azul y oro.*

BBC.

Índice	Pág.
Resumen	5
Introducción	6
Justificación	8
<b>Capítulo 1. Histerectomía</b>	
1.1 Incidencia global y nacional de la histerectomía	9
1.2 Antecedentes históricos de la histerectomía	10
1.3 Características médicas generales	11
1.3.1 Factores de riesgo	12
1.3.2 Estudios diagnósticos	13
1.3.3 Modalidades de Histerectomía	14
1.3.4 Cuidados y complicaciones médicas posteriores a una histerectomía	16
<b>Capítulo 2. Ansiedad pre quirúrgica</b>	
2.1 Concepto de ansiedad	19
2.2 Criterios diagnósticos de la ansiedad (DSM-5)	20
2.3 Componentes de la ansiedad	21
2.4 Ansiedad pre quirúrgica vs respuesta de estrés agudo	21
2.4.1 Estadísticas de la ansiedad quirúrgica ante histerectomía	24
2.4.2 Diagnóstico: Entrevista y uso de escalas para medir ansiedad.	24
2.4.3 Tratamiento: Técnicas psicológicas bajo el enfoque cognitivo-conductual	27
2.4.3.1 Psicoeducación	29
2.4.3.2 Técnicas de Relajación	30
2.4.3.3 Técnicas de autocontrol	32
<b>Capítulo 3. Programa educativo para la reducción de ansiedad pre- histerectomía</b>	
3.1 Participantes	34
3.2 Criterios de participación, exclusión o eliminación de las pacientes	35
3.2.1 Muestreo	35
3.3 Instrumentos	36
3.3.1 Materiales	37
3.4 Diseño de investigación	38
3.5 Descripción de las variables	38
3.6 Procedimiento	39

Análisis de resultados	40
Resultados	40
Discusión	49
Conclusiones	52
Referencias	54
Anexos	62

## Resumen

La histerectomía como intervención quirúrgica tiende a provocar reacciones de miedo, preocupación y ansiedad, las cuales pueden causar un efecto negativo en el proceso hospitalario y en complicaciones después de la cirugía. Ante dichos efectos se han desarrollado diferentes intervenciones psicológicas buscando que las participantes tengan un mejor control pre y post operatorio. Algunas de estas intervenciones pueden ser aquellas que se guían bajo las técnicas de la terapia cognitivo conductual y por otro lado las intervenciones únicamente informativas. En la presente investigación el objetivo fue evaluar el efecto de un programa cognitivo conductual en comparación con una intervención informativa sobre los niveles de ansiedad previos a la histerectomía en el Hospital de la Mujer de la Ciudad de México. En el primer grupo se realizó una intervención utilizando técnicas de la terapia cognitivo conductual como psicoeducación, relajación pasiva y autoinstrucciones. El segundo grupo únicamente recibió información acerca de la histerectomía y el proceso hospitalario antes, durante y después de la cirugía. Los resultados mostraron que las participantes pertenecientes al grupo de intervención tuvieron una disminución en los niveles de ansiedad mayor a comparación del segundo grupo, corroborando la eficacia de las técnicas cognitivo conductuales.

Palabras clave: *histerectomía, ansiedad, intervención psicológica, técnicas cognitivo conductuales, técnicas informativas.*

## INTRODUCCIÓN

La Real Academia Española (2017) describe el término histerectomía como la extirpación total o parcial del útero. Tomando en cuenta que es una intervención que se realiza únicamente en la población femenina, se vuelve significativo reflexionar en aquellos factores que predisponen la realización de la misma, ya que se hacen visibles las razones médicas más frecuentes de dicha intervención. Asimismo, es de igual relevancia tener en cuenta que la histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos realizados con mayor frecuencia en la población femenina, en algunas ocasiones puede llevarse a cabo después del parto, para mantener con vida a la madre y el bebé, o tiempo después del parto en el caso en que la madre presente complicaciones (Akker et al., 2016).

Otras de las razones por las cuales se vuelve necesaria la histerectomía, es que la paciente presente algún tipo de enfermedad situada en el útero o alrededor del mismo, ya que éstas pueden llegar a afectar su calidad de vida. Se ha encontrado en la literatura que el rango de edad en dónde es más probable que se realice una histerectomía va de los 30 a los 45 años, sin embargo, el rango puede extenderse hasta los 60 años (Solá et al., 2006; Ramdhan, Loukas & Tubbs, 2017).

Generalmente antes de pensar en la realización de una histerectomía, es posible que algunas de las enfermedades uterinas pasen por un tratamiento farmacológico, como en el caso de los sangrados uterinos disfuncionales (SUD) sin embargo, si el tratamiento no funciona se piensa en la cirugía, lo cual no aplica en el caso de algunas enfermedades que conllevan adherencias y que sean de tamaños grandes ya que en esos casos la cirugía es la única opción.

De igual forma, la histerectomía como intervención quirúrgica puede provocar diversas reacciones psicológicas en las pacientes. En ocasiones se pueden encontrar pacientes que no consideren como riesgo alto someterse a la cirugía, por otro lado, pacientes a los que les parecerá más difícil, en quienes, debido al desconocimiento del procedimiento mismo y de las implicaciones antes, durante y después de la intervención. Otro elemento que se suma a las anteriores es que, las pacientes no cuenten con las habilidades suficientes para afrontar

dicha situación, provocando reacciones de miedo, incomodidad, temor y evidentemente ansiedad concerniente del procedimiento quirúrgico.

La ansiedad ante eventos quirúrgicos se puede presentar en pacientes que no tengan información clara acerca del procedimiento o los resultados del mismo (Miller et al., 2014; Yaman et al., 2019) y como lo describen Ayyadhah (2014) y Horn-Hofmann et al. (2017) durante la fase preoperatoria a la cirugía los pacientes que presenten niveles altos de ansiedad se relacionan con un mayor dolor post operatorio, con un incremento en la administración de medicamentos antes y después de la cirugía y con un tiempo prologando de estadía en el hospital.

Teniendo en cuenta lo anterior, se vuelve significativo el trabajo psicológico con pacientes que estén por realizarse algún tipo de intervención quirúrgica, específicamente aquellos que se encuentren en un estado de ansiedad, pues se busca que los pacientes conozcan más acerca de su cirugía y que se promueva un estado de mayor tranquilidad previa a la misma. (Deza de la Cruz, 2013).

Cázares de León y colaboradores (2016) mencionan que para lograr que el paciente quirúrgico se encuentre en un estado de tranquilidad antes de ingresar a la cirugía se han implementado terapias o intervenciones psicológicas, como las técnicas cognitivo conductuales o las técnicas informativas, y aunque en ambas se han encontrado efectos positivos, las técnicas cognitivo conductuales han demostrado una eficacia superior, por ende, en el presente estudio el objetivo fue evaluar el efecto de un programa cognitivo conductual en comparación con una intervención informativa sobre los niveles de ansiedad previos a la histerectomía en el Hospital de la Mujer de la Ciudad de México.



## JUSTIFICACIÓN

La importancia de realizar una investigación como la presente, radica en conocer la efectividad de una intervención psicológica desde el enfoque cognitivo conductual en comparación con la efectividad que podría resultar del uso de técnicas meramente informativas, en mujeres quienes fueron intervenidas por medio de una histerectomía. Tal como lo mencionan Cázares de León et al. (2016) la investigación de la ansiedad relacionada con la salud física y mental se ha multiplicado, con el fin de diseñar programas de intervención psicológica que promuevan un mejor manejo del paciente, antes y después de la intervención, así como durante el proceso en el ambiente hospitalario.

Bajo lo anterior, el alcance de la psicología o el psicólogo dentro del ambiente hospitalario, debe de estar centrado en la prevención de reacciones emocionales y físicas negativas en los pacientes, así como en el diseño y aplicación de programas de preparación que eviten la respuesta de ansiedad y sus consecuencias (Cárdenas et al., 2005).

Alvarez (2014) señala que al implementar intervenciones psicológicas con los pacientes quirúrgicos se obtienen a la par ventajas económicas para las instituciones hospitalarias propiciando una incidencia menor en complicaciones y en tratamientos farmacológicos, lo que promueve una recuperación más rápida y se logra una disminución del tiempo de estancia hospitalaria.

Asimismo, Cázares de León y colaboradores (2016) concluyen en su revisión sistemática de la literatura que las intervenciones psicológicas que han arrojado una mayor efectividad, son las que utilizan técnicas cognitivo conductuales para la disminución de la ansiedad ante eventos quirúrgicos, lo que coincide con lo reportado por Quintero et al. (2017) quienes encontraron resultados con impacto favorable en los pacientes al utilizar estrategias cognitivo conductuales como psicoeducación, entrenamiento en técnicas de respiración y potenciación en técnicas de afrontamiento.

# CAPÍTULO I.

## HISTERECTOMÍA

### 1.1 Incidencia global y nacional de la histerectomía

Tal como lo menciona Hammer et al. (2015) la histerectomía es una de las cirugías más comunes realizadas en la población femenina respecto a los procedimientos quirúrgicos ginecológicos a nivel mundial.

Ramos et al. (2010) mencionan que en los Estados Unidos de América el porcentaje de realización de dicha intervención quirúrgica que varía entre el 0.13% y el 0.15%, en Shanghái se tiene un porcentaje de 0.54%, en Taiwán del 0.36% y en España una estimación del 0.44%.

En el caso de la México, Uribe (2003) reportó que las cifras aproximadas eran del 1.72%. Buscando estadísticas más actuales de incidencia, se encontró en el estudio realizado por Patino, Jiménez y Pérez (2014) que la prevalencia de la histerectomía es de 0.26% por cada 1000 intervenciones ginecológicas.

En el caso específico del Hospital de la Mujer, Mendoza et al. (2011) describen en su investigación que la incidencia de la histerectomía es baja en comparación con otros hospitales de segundo y tercer nivel reportando un 0.44% sin embargo, es alta comparada con los reportes de Estados Unidos en donde se encontró una incidencia del 0.15% por cada 1000 cirugías ginecológicas, respectivamente.

Mendoza et al. (2011) y Patino et al. (2014) describen que la principal anomalía para la realización de una histerectomía fue la atonía uterina, seguida de alteraciones en la placentación.

Según datos recabados, para el año 2017 en el Hospital de la Mujer de la Ciudad de México, fueron realizadas 849 histerectomías y hasta octubre del 2018 se registraron un total de 786.

## 1.2 Antecedentes históricos de la histerectomía

Tal como lo describe Ortega (2011) las primeras referencias de realización de la histerectomía como intervención quirúrgica, datan del siglo V a.C. en donde se encontraron los primeros intentos de la extirpación del útero por vía vaginal.

Patino y colaboradores (2007) y Aguilar et al. (2016) coinciden al mencionar que el primer intento de la realización de una histerectomía, fue realizada en el año 1876 por Eduardo Porro, la cual se efectuó para la prevención de una hemorragia y peritonitis. Estos primeros procedimientos conllevaban una tasa de mortalidad alta, pues se presentaban infecciones para las cuales aún no se contaban con antibióticos o técnicas de asepsia.

Espinosa (2014) menciona que en México fue Juan María Rodríguez quien realizó la primer cesárea-histerectomía en 1884, sin embargo, la paciente murió dos días después por peritonitis. Para 1904, fue Fernando Zarraga quien logró la primer cesárea-histerectomía exitosa para la madre e hijo en el Hospital Juárez de México.

Con el paso del tiempo, los médicos especialistas en ginecología fueron desarrollando herramientas y técnicas para una correcta intervención quirúrgica, logrando tasas menores de fallecimiento posteriores a la cirugía y evitando complicaciones después de la misma, como hemorragias e infecciones.

Rodríguez et al. (2015) reportan en su investigación que en México a partir del año 2004 en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se implementó una nueva técnica quirúrgica, la cual utiliza una pinza bipolar y electrocirugía. Dicha técnica promueve un cambio respecto a la forma de realización de la histerectomía, ya que trata de evitar grandes incisiones, riesgo de hemorragia, empleo de múltiples suturas, dolor postoperatorio, larga estancia hospitalaria y es mucho más segura. Sin embargo, se explica que no todas las pacientes pueden ser candidatas para ser intervenidas bajo el empleo de esta técnica ya que existen patologías que no permiten una correcta intervención quirúrgica por medio de la misma.

### 1.3 Características médicas generales.

La histerectomía es una intervención quirúrgica que acorde a la definición de Garry (1994, como se citó en la Guía de Práctica Clínica, 2010) se refiere a la extirpación quirúrgica del útero de forma parcial o total. Akker et al. (2016) agregan que la histerectomía puede ser realizada de emergencia por complicaciones del embarazo, durante el parto o el puerperio, y en el caso de la presencia de enfermedades uterinas que sean detectadas al momento del parto y pongan en riesgo la vida de la paciente, así como la del bebé.

Además, Sardiñas (2015) refiere que la histerectomía se vuelve necesaria para el trato de enfermedades uterinas ya sean de tipo benignas, como aquellas referentes a dolores crónicos, las que están relacionadas con los órganos reproductores o sangrados, de éstos últimos, pueden ser aquellos que se presentan después del parto. Por otro lado, se realiza de forma preventiva en el caso de la presencia de enfermedades malignas, tratándose en este caso de algún tipo de tumor e incluso ciertos tipos de cáncer que se encuentren ubicados en los órganos reproductores.

Se tiene conocimiento que algunas de las enfermedades benignas uterinas suelen presentarse durante la menopausia, ya que al dejar de producir cierto tipo de hormonas pueden originarse cambios en los órganos reproductores femeninos. En estos casos la histerectomía es efectuada con el objetivo de mantener la salud y una buena calidad de vida después de la edad reproductiva. Solá et al. (2006) describen que la mayor parte de las histerectomías realizadas son en mujeres que tienen entre 40 y 44 años, sin embargo, puede presentarse años antes o después.

La histerectomía puede llevarse a cabo de tres formas distintas, tal como se describe en el Folleto Informativo *La histerectomía*, del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (2015):

*Subtotal, supracervical o parcial:* solo se extrae la parte superior del útero, pero el cuello uterino no se extrae.

*Total:* se refiere a la extracción del útero, el cérvix y el cuello uterino.

*Radical:* además del útero y el cuello uterino, también se extraen las estructuras alrededor del útero (ovarios y trompas de Falopio).

### 1.3.1 Factores de Riesgo

En la Guía de Práctica Clínica (2010) se explican las principales anomalías para la realización de la histerectomía, en primer lugar, está el sangrado uterino anormal o disfuncional (SUD), el cual según Orane (2016) es una alteración en el ciclo menstrual normal, ya sea un cambio en la regularidad, la frecuencia del ciclo, la duración del flujo o el volumen del sangrado menstrual. En la Guía de Práctica Clínica (2010) se agrega que puede tratarse médicamente con tratamiento farmacológico antes de pensar en el procedimiento quirúrgico, en el caso de no tener una mejoría se procede a la histerectomía.

En segundo lugar, está la miomatosis uterina, lo que significa la presencia de miomas en el cuerpo uterino. Los miomas son los tumores ginecológicos más frecuentes, pues tal como lo describen Ortiz, Matute y Martínez (2009) ocurren entre el 20% y el 40% de las mujeres que se encuentran en edad reproductiva. La miomatosis puede presentarse en diferentes tipos como la leiomiomatosis uterina, fibromiomas, leiofibromiomas y fibroleiomiomas. Los miomas contienen grandes cantidades de matriz extracelular que contienen colágeno, fibronectina y proteoglicanos. En el caso específico de los leiomiomas, la histerectomía es la mejor opción, ya que es el único tratamiento definitivo que elimina la posibilidad de recurrencias.

En tercer lugar, está la endometriosis, descrita por Palma (2013) como un trastorno ginecológico benigno y frecuente, en el cual hay una presencia de glándulas y estroma endometrial fuera del útero que se localizan en la superficie peritoneal de los órganos reproductivos y estructuras próximas. La endometriosis es una enfermedad que depende de las hormonas, en específico de los estrógenos, por ende, es casi exclusivo que se presente en la edad reproductiva. La realización de una histerectomía al diagnosticarse endometriosis, es únicamente en casos muy severos y cuando otro tipo de tratamientos no tengan la funcionalidad deseada.

En el Hospital de la Mujer otra de las patologías frecuentes para la realización de una histerectomía es por prolapso uterino, el cual según Cohen (2013) se presenta cuando existe alguna lesión o ruptura de los ligamentos que

le dan sostén al útero. Se menciona que este tipo de lesiones o rupturas se dan la mayoría de las veces con los partos, sin embargo, existen otras condiciones asociadas, las cuales pueden ser factores congénitos, alteraciones del colágeno, lesiones neurológicas, cirugías pélvicas previas, obesidad, enfermedades respiratorias crónicas e hipoestrogenismo. Así mismo, Cohen (2013) refiere que el prolapso uterino es una de las indicaciones más comunes dentro de las cirugías ginecológicas y su incidencia tiende al aumento en pacientes de edades avanzadas, pues se estima que el riesgo de tener un prolapso uterino a la edad de 80 años es del 11.1% con un riesgo de operación del 30%.

Respecto a lo anterior, autores como Reveles et al. (2008), Espinosa (2014); Patino et al. (2014); Ramdhan et al. (2017) describen en sus investigaciones que uno de los factores de riesgo para la realización de una histerectomía es la edad de las pacientes, pues se ha encontrado que la mayoría de las pacientes que son sometidas a una histerectomía poseen una edad mayor a los 35 años, considerando además el antecedente de haber tenido más de tres hijos, instrumentación uterina previa o embarazos múltiples.

### 1.3.2 Estudios diagnósticos

Previo a cualquier intervención quirúrgica se debe de tener una evaluación minuciosa del estado de salud en que se encuentra la paciente que es candidata para realizarse una histerectomía. Ortega (2011) declara que se debe de tener una evaluación preoperatoria cuidadosa, que involucre un buen examen físico, además de incluir ecografías pélvicas o tomografías de la zona a intervenir, biopsias endometriales y papanicolaou, lo que permitirá al ginecólogo decidir cuál será el tipo de histerectomía más apropiada a realizar según sea el caso.

De igual forma, Bernal (2003) menciona que, en el área de ginecología, los exámenes generales preoperatorios que se solicitan en la primera consulta incluyen: biometría hemática completa (BHC), química sanguínea (QS) que conlleva glucosa, urea, creatinina y examen general de orina (EGO), con el objetivo de evaluar el estado general de la paciente y así conocer la presencia de enfermedades renales, infecciosas, diabetes y anemia.

En el Hospital de la Mujer, la paciente que candidata a histerectomía se realiza las pruebas ya mencionadas para que su médico/a decida qué tipo de cirugía será realizada y para cerciorarse de su estabilidad física. Agregando que antes de ingresar al hospital para la cirugía, es necesario que las pacientes que presentan hipertensión o presión alta se encuentren estables para evitar complicaciones antes o durante la cirugía, Vargas (2015) menciona que la presencia de hipertensión en pacientes que se realizarán una intervención quirúrgica vuelve más difícil mantener la estabilidad hemodinámica en cuanto a la anestesia e incrementa el riesgo de eventos cardiovasculares peri operatorios.

### 1.3.3 Modalidades de histerectomía

La modalidad de histerectomía que es elegida para realizarse, depende del tipo de anomalía que se presente en la paciente, para así elegir la forma de realización de histerectomía más adecuada. En el folleto informativo *La histerectomía* del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (2015): se hace mención de las tres formas de realización de una histerectomía, las cuales son por vía vaginal, abdominal o por laparoscopia.

A continuación, en la tabla 1, se describen las modalidades de histerectomía sus principales características, desventajas y beneficios.

Tabla 1

*Histerectomía: tipos, características, desventajas y beneficios*

Tipos	Características	Desventajas	Beneficios
Histerectomía Vaginal (HV)	El útero se extrae a través de la vagina. Es utilizada ante la presencia de anomalías menstruales como el Sangrado Uterino Disfuncional (SUD).	No se recomienda en el caso de úteros muy grandes. No se recomienda en el caso de la presencia de adherencias en el útero. No se recomienda en el caso de la presencia de elementos grandes a extraer.	Existen menos complicaciones después de la cirugía. El tiempo de recuperación es corto.
Histerectomía Abdominal (HA)	El útero se extrae a través de una incisión en la parte inferior del abdomen. Se realiza ante neoplastia ginecológica, endometriosis, adherencias en el útero o si éste es grande.	Existen complicaciones, como infecciones en el área en el periodo de hospitalización o recuperación en casa. El periodo de recuperación es más prolongado a comparación de la histerectomía vaginal o laparoscópica.	Es ideal para las pacientes que presentan miomas que son muy grandes y no pueden ser extraídos de otra forma.
Histerectomía laparoscópica (HL)	Se realiza por medio de un laparoscopio, el útero se extrae en pequeños segmentos por las incisiones y por una incisión más grande en el abdomen o por la vagina.	La duración de la cirugía es mayor comparada con los otros tipos de histerectomía y se tiene el riesgo de lesión a las vías urinarias u otros órganos.	El dolor postoperatorio es menor, así como el riesgo de alguna infección y el periodo de hospitalización es menor comparado con los otros tipos de histerectomía. Se tiene menos sangrado intraoperatorio, menor tiempo de estancia hospitalaria, menor morbilidad y un tiempo menor para que la paciente regrese a sus actividades normales.

*Nota:* La histerectomía por laparoscopio posee mayores beneficios en cuanto a menor dolor, menor riesgo de infección y menor estancia hospitalaria a comparación de la histerectomía vaginal o abdominal.



Complementando lo anterior, Ortega (2011) menciona que la histerectomía abdominal es hasta la actualidad la que con mayor frecuencia se realiza en todo el mundo, aunque existe evidencia de que la histerectomía vaginal tiene menos complicaciones y el tiempo de recuperación en el hospital es menor, lo que conlleva costes más bajos para las instituciones de salud.

En el caso de la histerectomía laparoscópica se recomienda en las pacientes que presentan cáncer de ovario y en aquellas que presenten sobrepeso u obesidad.

#### 1.3.4 Cuidados y complicaciones médicas posteriores a una histerectomía

Teniendo en cuenta que la histerectomía es una intervención quirúrgica, es imprescindible destacar que pueden ocurrir cierto tipo de complicaciones, como el presentar alguna infección después de la histerectomía. Clarke-Pearson y Geller (2013) detallan que el índice de complicaciones infecciosas después de una histerectomía es variable dependiendo del tipo de la misma. En el caso de la histerectomía abdominal se reporta un 10.5%, la histerectomía vaginal un 13.0% y en la histerectomía laparoscópica un 9.0%.

Para estos autores las infecciones que se presentan con mayor frecuencia son las siguientes:

*Celulitis del manguito vaginal:* es una de las complicaciones infecciosas más comunes después de una histerectomía. Los síntomas pueden ser fiebre, secreción vaginal purulenta, dolor pélvico, abdominal o de la espalda baja. Se receta tratamiento de terapia antimicrobiana ante la presencia de bacterias y tratamiento antibiótico ante la presencia de fiebre.

*Hematoma infectado absceso:* suele presentarse después del alta hospitalaria. Los síntomas incluyen fiebre, escalofríos, dolor pélvico e incluso presión rectal. Se recomienda drenado de líquido y terapia antimicrobiana.

*Infección de la herida:* suele presentarse al final de la estancia hospitalaria o poco después del alta en el caso de que la paciente tenga una infección en el momento de la cirugía o que durante el procedimiento ocurra algún tipo de contaminación. Algunos de los síntomas son fiebre aumento del dolor en el área

de la incisión. El tratamiento incluye el aseo quirúrgico de la herida y terapia antimicrobiana.

*Infección en el tracto urinario:* algunos de los signos y síntomas pueden ser febrícula, frecuencia urinaria, urgencia y disuria. El tratamiento conlleva la utilización de medicamentos para contrarrestar la infección, el tipo de medicamento se suministrará acorde al tipo de infección.

*Infección respiratoria:* el riesgo es mayor en pacientes con alguna enfermedad pulmonar adyacente. Los síntomas incluyen dificultad para respirar, escalofríos, dolor de pecho y tos. El tratamiento incluye medicamento con penicilina.

Clarke-Pearson y Geller (2013) agregan que pueden presentarse complicaciones hemorrágicas después de la intervención quirúrgica relacionadas con distintas variables en las que se incluye el tipo de histerectomía, ya que existe una mayor pérdida de sangre vía abdominal, seguida por vía vaginal y laparoscópica subsecuentemente. Al respecto, Ortega (2011) agrega la existencia de otros factores que pueden influir para presentar complicaciones, como una edad avanzada, enfermedades médicas que no están relacionadas a la histerectomía, sobrepeso u obesidad y neoplasias.

Ortega (2011) hace mención de los cuidados post operatorios después de una histerectomía y a las actividades que la paciente podría realizar después del alta hospitalaria. El tiempo de reposo hospitalario dura en promedio dos o tres días en los cuales la paciente se encuentra en vigilancia o monitoreo, con el fin de asegurar que al salir del hospital la paciente no presente ninguna complicación en la recuperación en casa. Durante este periodo se requiere que la paciente pueda caminar, pues tal como se describe en el Folleto Informativo *La histerectomía*, del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (2015) al caminar se previene la aparición de coágulos de sangre en las piernas después de la cirugía.

Se recomienda evitar los esfuerzos físicos durante las seis semanas posteriores a la intervención quirúrgica para lograr una cicatrización correcta y completa, de igual forma se deben de dar caminatas cortas e ir aumentando la distancia de forma gradual dependiendo completamente de la histerectomía que se haya realizado. Para evitar complicaciones después de la cirugía y una

recuperación adecuada, la paciente debe de tener la información indispensable de dichos cuidados al salir del hospital, así como buscar un ambiente adecuado en su hogar, en donde pueda llevar una recuperación cómoda y segura.

Tomando en cuenta lo anterior, Cázares de León y colaboradores (2016) mencionan que a pesar de que las técnicas y procedimientos quirúrgicos han sido modificados y mejorados para el logro de tratamiento exitosos, sigue existiendo el riesgo latente ante cualquier tipo de riesgo o complicación, puede deberse al poco o nulo conocimiento de la cirugía que se realizará, a la administración incorrecta de la anestesia e incluso al hecho mismo de entrar a un ámbito de pleno desconocimiento como lo es un hospital (Gençoğlu et al., 2019). Lo anterior se ve agravado cuando el paciente tiende a responder de forma incómoda, con angustia, miedo, y preocupación, e incluso puede llegar a reaccionar de forma ansiosa ante una posible intervención quirúrgica. Autores como Cázares de León et al. (2016); Quintero et al. (2017) concuerdan al explicar que son las intervenciones que conllevan el uso de técnicas psicológicas las que proveen beneficios tanto a los pacientes, al equipo médico para el manejo de los pacientes y por consecuencia a las instituciones de salud.

## CAPÍTULO 2. ANSIEDAD ANTE EVENTOS QUIRÚRGICOS

### 2.1 Concepto de ansiedad

En el año 2007 la Organización Mundial de la Salud (OMS) describe que en México la prevalencia de cualquier trastorno de ansiedad a lo largo de la vida tenía un porcentaje de 14.3%, lo que coincidía con los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, en donde también se encontró que los trastornos de ansiedad eran los más frecuentes en México (CENETEC, 2010 como se citó en Álvarez, 2014). Buscando información más actual, la Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión (INCyTU, 2018) publica que para el año 2018, que el 17% de las personas en México presenta al menos un trastorno mental y una de cada cuatro personas lo padece alguna vez en su vida, en el caso del trastorno de ansiedad generalizada tiene una prevalencia del 0.9%.

Conociendo las estadísticas anteriores, es necesario definir el término ansiedad, Rosa et al. (1998) definen la ansiedad como “una respuesta emocional o patrón de respuesta, que engloba aspectos fisiológicos que conllevan un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que implican comportamientos poco ajustados” (p. 97). Por su parte Gantiva y colaboradores (2010) agregan que, bajo el modelo cognitivo, el individuo etiqueta mentalmente la situación generadora de ansiedad y la afronta con un estilo y conducta determinadas.

Lo anterior concuerda con lo descrito por Quintero et al. (2017) quienes a su vez enfatizan que cuando la ansiedad supera las capacidades propias de adaptación al ambiente, genera un descontrol frente a una situación, por lo difícil que pueda ser la carencia de recursos en el individuo.

## 2.2 Criterios diagnósticos de la ansiedad por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5).

En el DSM-5 (APA, 2013) se encuentra el apartado de trastornos de ansiedad, en el cual se habla de los distintos tipos de trastornos relacionados, los cuales son:

El *trastorno de ansiedad por separación*: se refiere al miedo o ansiedad excesiva a la separación de aquellas personas con las que siente apego.

*Mutismo selectivo*: fracaso frecuente al expresarse socialmente.

*Fobia específica*: miedo o ansiedad intensa que es generada por un objeto o situación específica, por ejemplo, volar, alturas, algún animal, inyecciones o procedimientos médicos invasivos.

*Fobia social*: miedo o ansiedad intensa ante una o más situaciones sociales en las que el individuo puede ser evaluado por otras personas, en interacciones sociales y al ser observado realizando alguna actividad.

*Trastorno de pánico*: se refiere a la aparición súbita de miedo o malestar intenso, la cual se expresa en poco tiempo y puede conllevar síntomas como aceleración en la frecuencia cardíaca, sudoración, temblor, dificultad para respirar o náuseas.

*Trastorno de ansiedad generalizada*: ansiedad y preocupación excesiva de una forma anticipatoria referente a situaciones que realiza el individuo, por ejemplo, las actividades laborales o escolares.

*Trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos*: inducido por el consumo de sustancias o medicamentos, después de una abstinencia o intoxicación grave.

*Otros trastornos no especificados*: aplica cuando existe la presencia de síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que pueden llegar a causar malestar significativo o deterioro en las áreas sociales del individuo, pero que no cumplen con todos los criterios de alguna categoría en específico de los trastornos de ansiedad.

Sin embargo, es importante mencionar que la ansiedad no puede vislumbrarse únicamente como un trastorno sino como un conjunto de respuestas a nivel motor, cognitivo y emocional relacionadas a circunstancias o situaciones específicas que resultan en amenazas para el individuo y que por su corta

duración se denomina ansiedad estado, la cual se entiende como la condición o estado emocional transitorio del individuo, caracterizada por sentimientos de tensión y aprensión, y por un aumento en la actividad del sistema nervioso central autónomo (Díaz-Guerrero & Spielberger, 1975). Y es la ansiedad estado la que suele presentarse en pacientes que serán sometidos a procedimientos médicos (Alvarez, 2014; Quintero et al., 2017; Yaman et al., 2019).

### 2.3 Componentes de la ansiedad

Belloch, Sandín y Ramos (1995) y Clark y Beck (2010) coinciden que la ansiedad posee tres componentes o sistemas de respuesta, los cuales son cognitivo, fisiológico y motor.

*Cognitivo:* Se refiere a la experiencia interna de la ansiedad, lo que se refiere a la percepción de los estímulos asociados con la ansiedad. Se puede experimentar miedo, pánico, alarma, inquietud, preocupación y aprehensión.

*Fisiológico:* Se refiere a los cambios en el comportamiento que suceden al experimentar ansiedad, en cuanto a cambios externos pueden ser sudoración, dilatación pupilar y tensión muscular, por el lado de los cambios internos están la aceleración cardiaca o respiratoria.

*Motor:* Se refiere a los cambios que son observables de la conducta, los cuales pueden ser variables como la expresión facial, postura o movimientos corporales y también se incluyen respuestas de escape o evitación.

### 2.4 Ansiedad ante eventos quirúrgicos vs respuesta de estrés agudo

Bajo los indicadores descritos en el apartado anterior, se entiende que la ansiedad ante eventos quirúrgicos solo se desencadena al tener conocimiento de dichos procedimientos. Ruíz et al. (2000) describen que la presencia de la ansiedad quirúrgica depende de cada paciente y de variables como la edad, el sexo, estado socioeconómico, tipo de cirugía, temor al ambiente hospitalario, calidad de la atención médica, entre otros factores.

Tal como lo describe Alvarez (2014) la ansiedad ante un evento quirúrgico se presenta desde el momento en que se informa al paciente acerca de la

intervención quirúrgica, se agudiza antes de entrar a la operación y puede extenderse 48 horas después.

Moreno y Calle (2015) hablan acerca del modelo de ajuste, el cual denota la existencia de tres niveles de ansiedad que pueden llegar a presentar los pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente. Primero están los que se describen como moderadamente ansiosos, en quienes habrá una mejor recuperación; por otro lado, están quienes se perciben como extremadamente ansiosos, su recuperación es menor debido a que los procesos que siguen para conseguir información y lograr una preparación ante la cirugía están inhibidos, por último, están los pacientes mínimamente ansiosos, en quienes existe una recuperación nimia debido a que las expectativas de la intervención quirúrgica son irreales y optimistas.

Complementando lo anterior, Quintero y colaboradores (2017) hacen referencia a que un proceso quirúrgico desencadena reacciones ya sean emocionales, cognitivas o físicas, mismas que son componentes de la ansiedad, las cuales pueden llegar a influir en la recuperación del paciente. Dichas reacciones pueden hacer que el individuo presente un mayor dolor postoperatorio y una mayor necesidad del consumo de medicamentos como analgésicos, por ende, existe una prolongación en los días de estancia hospitalaria y repercute en los costos de las instituciones médicas.

Una vez descrito lo que se entiende por ansiedad ante eventos quirúrgicos, es importante marcar la distinción de la respuesta de estrés agudo.

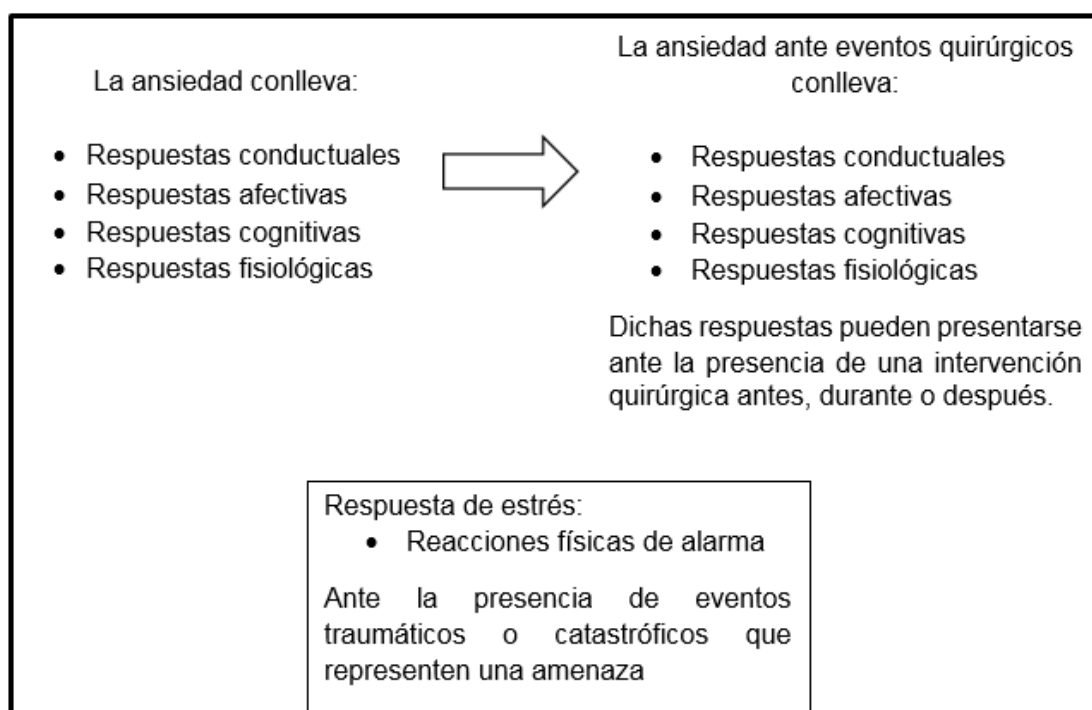
Amutio, (1998) y Barrio et al. (2006) mencionan que fue en 1973 cuando Selye definió el estrés como aquella respuesta no específica que ocurre en el cuerpo ante cualquier demanda que pudiera ejercerse en el mismo. Selye describe el estrés como una reacción física que puede tomar varias formas: reacción de lucha o de huida, síndrome de adaptación. El estrés que se asocia con eventos tanto negativos como positivos, de los cuales se distinguen dos: una forma dañina conocida como distrés y una forma positiva llamada eustrés.

La respuesta de estrés suele identificarse como preparación, defensa y activación para poder enfrentar las situaciones de la vida diaria de una forma adecuada o funcional (Barrio et al., 2006). Además, se puede catalogar según el tiempo que dure la respuesta fisiológica, se divide en estrés agudo, subagudo y

crónico. En el caso del estrés agudo, el organismo presenta una respuesta muy intensa y de muy breve duración, el estrés subagudo conlleva una respuesta moderada, pero tiene una duración mayor y en el caso del estrés crónico la respuesta puede durar mucho más tiempo, aunque la respuesta sea leve (Barrio et al., 2006). Calzada y colaboradores (2012) mencionan que el estrés agudo aparece como consecuencia de la exposición a un evento traumático, lo que provoca una amenaza para la integridad de sí mismo y se encuentra fuera de las experiencias cotidianas del individuo por lo cual no se tiene control del mismo. Lo anterior puede entenderse de una forma más clara en la figura 1.

Figura 1

*Comparativa entre ansiedad ante eventos quirúrgicos y estrés agudo*



*Nota.* La figura 1 fue diseñada específicamente para explicar la comparativa

La ansiedad conlleva respuestas de tipo fisiológica, emocional y cognitiva, ante eventos quirúrgicos suelen presentarse dichas respuestas antes, durante y después de la intervención quirúrgica. En el caso de la respuesta de estrés únicamente son reacciones fisiológicas de alarma o amenaza.



#### 2.4.1 Estadísticas de la ansiedad quirúrgica ante histerectomía

En los resultados del estudio de Valenzuela, Barrera y Ornelas (2010) se encontraron grados elevados de ansiedad quirúrgica en 76% de los pacientes sometidos a cirugía, a nivel nacional. De una manera más global, Hernández, López y Guzmán (2015) describen que la ansiedad quirúrgica ha reportado una incidencia entre 60 y 80%.

En el caso de la intervención quirúrgica como la histerectomía, Cárdenas et al. (2005) refieren que las pacientes suelen ver dicha intervención como un evento amenazante, lo cual puede llegar a generar niveles altos de ansiedad, ya sea por la ausencia de control de la paciente ante tal situación o a los posibles riesgos que puedan presentarse durante la cirugía.

En el Hospital de la Mujer, las intervenciones psicológicas que se han realizado con población operatoria, no han dado a conocer las estadísticas de la presencia de ansiedad.

#### 2.4.2 Diagnóstico: Entrevista y uso de escalas para medir ansiedad.

Valenzuela y colaboradores (2010) explican que la evaluación de la ansiedad se vuelve necesaria para una correcta intervención psicológica en los pacientes que serán sometidos a una intervención quirúrgica. Por ende, el objetivo de la misma es elegir de forma correcta las técnicas que se adecúen a los pacientes con quienes se lleva a cabo el trabajo psicológico.

##### *Entrevista*

Tal como lo menciona Perpiña (2012) la entrevista es una técnica de recogida de información y por tanto de evaluación, debido a que es variable y flexible puede modificarse de acuerdo con su finalidad, se adapta a las necesidades del entrevistado y el estilo del entrevistador. Díaz et al. (2013) describen la entrevista estructurada o enfocada, en la cual las preguntas son fijas, siguen un orden determinado y contiene opciones para que el entrevistado elija su respuesta. Tiene como ventaja la sistematización de las respuestas, lo cual facilita la clasificación y el análisis de las mismas, además de su objetividad y confiabilidad.

### *Inventarios, cuestionarios y escalas*

Ham y Pardo (2014) describen que es necesaria una evaluación sistemática y confiable a los pacientes que sean sometidos a cirugía pues como se sabe, el acto quirúrgico puede generar ansiedad, además, con la ayuda de dicha evaluación se busca facilitar una atención hospitalaria oportuna para una correcta preparación quirúrgica. Simón (1993) describió la gran variedad de instrumentos que se han utilizado para medir la ansiedad como: las valoraciones conductuales por un observador, medidas de autoinforme, cuestionarios, escalas, inventarios, escalas visuales análogas de ansiedad y valoraciones subjetivas por los profesionales de la salud que atienden a los pacientes mediante escalas visuales o numéricas. Al respecto, Clark y Beck (2010) mencionan que las medidas estandarizadas de los síntomas de ansiedad son útiles porque ofrecen:

1. Revisión o detección general de los síntomas ansiosos
2. Medida de la gravedad del síntoma, imprescindible para evaluar la efectividad del tratamiento
3. Acceso a datos normativos de modo que pueda determinarse la gravedad relativa de un estado de ansiedad
4. Administración repetida a lo largo del tratamiento para la elaboración de gráficas que describan los resultados encontrados en el tratamiento.

Existen diversas escalas que permiten la evaluación de la ansiedad ante eventos quirúrgicos. En la tabla 2, se observan las características psicométricas de algunas de las escalas o inventarios que miden ansiedad.

Tabla 2

*Escalas o inventarios que han sido utilizados para medir ansiedad ante eventos quirúrgicos*

Escala	Autores y año (versión original)	Características psicométricas	Validación en población mexicana
Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS)	Moermann y colaboradores en 1996	Son seis reactivos tipo Likert que miden miedo a la anestesia, miedo al procedimiento y necesidad de información. El punto de corte es de 11 puntos para que se pueda considerar que un paciente presenta ansiedad <sup>1</sup>	Validado por Méndez-Meneses et al. (2019) en población oncológica latinoamericana México-Costa Rica.
Escala de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory)	Beck y colaboradores en 1988.	Instrumento de evaluación de la ansiedad clínica. Muestra índices psicométricos para medir la presencia y el grado de la sintomatología ansiosa. Consta de 21 ítems, el grado de ansiedad se califica de cero a tres (cero cuando está ausente y tres cuando es grave). La ansiedad es calificada en tres rangos establecidos, mínima de cero a siete; leve de ocho a 15; moderada de 16 a 25 y grave de 26 a 63 <sup>2</sup>	Validación del inventario y características psicométricas por Galindo et al. (2015) en población oncológica mexicana.
State-Trait Anxiety Inventory	Spielberger, Gorsuch y Lushene en 1970	Son dos escalas separadas de autoevaluación para la medición de dos dimensiones distintas de la ansiedad, la ansiedad rasgo (propensión ansiosa relativamente estable) y la ansiedad estado (ansiedad emocional transitoria). Consiste en 40 expresiones que el individuo evaluado usa para describirse, 20 preguntas miden la ansiedad como estado (cómo se siente en el momento de responder), y 20 preguntas miden la ansiedad como rasgo (cómo se siente habitualmente), los individuos evaluados marcan en cuatro categorías la intensidad con la que experimentan el contenido de cada ítem. La ansiedad es calificada en niveles de ansiedad, por debajo de la norma menor o igual o 25; norma baja de 26 a 35; en la norma de 36 a 64; norma alta de 65 a 74 y por arriba de la norma <sup>3</sup>	Validado y estandarizado por Rojas-Carrasco (2010) en población perteneciente al servicio de cuidados intensivos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

*Nota:* <sup>1</sup> Berth, Petrowki & Balck, 2007; <sup>2</sup> Quintero et al. 2017; <sup>3</sup> Díaz-Guerrero y Spielberger, 1975.

### 2.4.3 Tratamiento: Técnicas psicológicas bajo el enfoque cognitivo-conductual

Algunos autores como Quintero et al. (2017) refieren que los procesos quirúrgicos pueden conllevar reacciones preventivas ya sean cognitivas, emocionales o físicas; antes, durante o después del procedimiento, los cuales se ven reflejados en el aumento de los niveles de ansiedad y pueden influir en el proceso de recuperación.

En la revisión sistemática de la literatura acerca de la preparación psicológica realizada por Cazares de León et al. (2016) mencionan que las intervenciones bajo programas psicológicos tienen el propósito de ayudar a que los pacientes sean capaces de manejar y controlar la conducta, así como los pensamientos ante la enfermedad. Dichos autores concluyen que las técnicas psicológicas que fueron utilizadas más frecuentemente son las cognitivo conductuales, en las cuales las preparaciones comportamentales, videos o folletos informativos han sido las más eficaces para la disminución de ansiedad.

En la tabla 3, se pueden observar distintas intervenciones que han utilizado estrategias terapéuticas con enfoque cognitivo conductual para la reducción de ansiedad ante eventos quirúrgicos.

Tabla 3

#### *Evidencia y confiabilidad del uso de técnicas cognitivo conductuales*

Año	País	Autor	Intervención	Población	Metodología	Resultados
2006	Estados Unidos de América	Tatrow y Montgomery	Meta análisis que evaluó la eficiencia de las técnicas cognitivo conductuales en pacientes oncológicas que presentaban angustia y dolor	Investigaciones con participantes diagnosticadas con cáncer de mama	Uso de técnicas cognitivo conductuales como relajación, imaginación guiada y habilidades de afrontamiento	Los tratamientos que obtuvieron mejores resultados en la disminución de angustia y dolor se obtuvieron en quienes se aplicaron las técnicas cognitivo conductuales.
2011	México	Carapia y colaboradores	Uso de técnicas psicológicas para modificar los niveles de ansiedad prequirúrgica	55 pacientes con una media de edad de 46	Sesiones individuales divididas en: Pretratamiento: evaluación de ansiedad, dolor y presión arterial. Tratamiento: uso de psicoeducación, respiración diafragmática, reestructuración cognitiva, habilidades de comunicación y reforzamiento	Disminución de los niveles de ansiedad antes y después de la cirugía por la intervención psicológica. La ansiedad postoperatoria fue leve en todos los pacientes.

					positivo. Postratamiento: evaluación de ansiedad y presión post tratamiento	
2013	México	Lugo, Becerra y Reynoso	Efecto de intervención cognitivo conductual ante la colocación de catéter puerto en mujeres con cáncer de mama	Nueve pacientes con una media de 56 años	Sesiones individuales en cuatro fases. 1. Evaluación de la ansiedad percibida y lista checable de síntomas de ansiedad pre intervención. 2. Intervención psicoeducativa con manual psicoeducativo sobre la colocación de catéter puerto. 3. Aplicación de técnica de relajación pasiva. 4. Registro de ansiedad percibida y lista checable de síntomas de ansiedad pos intervención.	La mayoría de las pacientes reporto sentir menos ansiedad ante la colocación del catéter con la intervención psicológica.
2016	Estados Unidos de América	Beresnev aité y colaboradores	Efectividad de la terapia cognitivo conductual para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud y en la variabilidad del ritmo cardiaco en pacientes de cirugía cardiaca	89 pacientes divididos en: 43 que recibieron intervención cognitivo conductual y 46 que recibieron atención habitual.	La intervención duro nueve meses distribuida en cuatro módulos. 1. Sesiones individuales en donde se aprendían técnicas de relajación muscular progresiva y psicoeducación. 2. Modulación cognitiva de los pensamientos automáticos negativos. 3. Reestructuración de la actitud irracional negativa. 4. Tareas para casa, el paciente practicaba relajación.	En el grupo que tuvo la intervención cognitivo conductual se encontraron mejoras significativas en la variabilidad de ritmo cardiaco a comparación del grupo con atención habitual.
2016	México	Becerra y colaboradores	Efecto de un programa cognitivo conductual sobre la ansiedad en mujeres que se sometieron a toma de biopsia incisional de mama	20 pacientes con una media de 41.8 años	La intervención involucro psicoeducación, relajación y entrenamiento de relajación pasiva en cuatro fases. 1. Entrevista y psicoeducación, utilizando vídeo, trípticos y ejercicios de respiración diafragmática profunda. 2. Evaluación con IDARE y escala de expresión facial de ansiedad previa a la toma de biopsia. 3. Durante la toma de biopsia las pacientes escuchaban instrucciones que inducían a un estado de relajación. 4. Evaluación con IDARE y la escala de expresión facial para conocer su percepción al final de la biopsia.	Se encontró una disminución de ansiedad mostrada en los resultados en la escala IDARE y en la escala de expresión facial después de la intervención cognitivo conductual

*Nota.* La tabla muestra solo algunas de las investigaciones que comprueban la eficacia de las técnicas cognitivo conductuales.

A continuación, serán explicadas las técnicas psicológicas que son mayormente utilizadas y de las cuales la literatura revisada da cuenta de su efectividad, como psicoeducación, relajación pasiva y autoinstrucciones.

#### 2.4.3.1 Psicoeducación

Lugo et al. (2013) explican que existen distintos tipos de intervenciones psicológicas que van dirigidas a la reducción de ansiedad ante los procedimientos médicos, por ejemplo, las estrategias psicoeducativas. La psicoeducación según lo mencionado por Ledezma y Macías (2007) fue planteada en primer momento para el tratamiento en enfermedades mentales y surge a partir del trabajo realizado con familias de pacientes diagnosticados con esquizofrenia en los trabajos realizados por George Brown.

Glick y colaboradores (1994) definen a la psicoeducación como una técnica en la práctica clínica que conlleva la administración sistemática de información acerca de los síntomas, etiología y tratamiento, con el objetivo de mejorar el entendimiento y el cambio de las conductas asociadas a la enfermedad.

Colom (2011) explica que la psicoeducación puede darse bajo dos tipos de programas:

*Programas de psicoeducación informativa:* los cuales en su mayoría son breves, se prioriza la trasmisión de la información de la enfermedad.

*Programas de psicoeducación conductuales:* se tiene un manejo de síntomas, regulación de hábitos y reestructuración de prejuicios que se tienen acerca de la enfermedad.

Bajo estos preceptos, la psicoeducación efectiva va más allá de solamente suministrar información, ya que tiene como objetivo la modificación de conductas o actitudes en el paciente que le permitan una mejor adaptación a la enfermedad y se promueva una adherencia al tratamiento (Colom, 2011). Además, tal como lo describe Gálvez (2005) al suministrar la información es necesario:

- Evitar lugares que puedan tener muchos distractores
- Preguntar al paciente la información que conoce de la hospitalización y específicamente de la cirugía

- Utilizar un lenguaje adecuado y fácil de comprender para el paciente, así como el uso de material didáctico
- Repetir la información y aclarar las dudas que sean necesarias
- Corroborar la comprensión de la información proporcionada

De la misma forma, Alvarez (2014) menciona que la psicoeducación forma parte de algunos de los planes de trabajo en salud, pues “constituye una metodología de atención basada en una información actualizada, así como en la enseñanza de habilidades para preservar la salud y mejorar la convivencia” (p. 152). La psicoeducación que es dirigida a los pacientes y sus familiares, cobra un papel significativo ya que permite el entrenamiento necesario para entender, enfrentar y resolver la enfermedad.

Asimismo, aquellos pacientes que se integran a un grupo psicoeducativo son capaces de entender y tratar conductas, pensamientos y emociones, lo que lo vuelve proactivo al saber acerca de la enfermedad y aprender a modificar ciertas conductas que ayuden en la recuperación de la misma (Colom, 2011). Tal como lo describen Montiel y Guerra (2011) la psicoeducación se basa en el entrenamiento cognitivo conductual, que incluye el aprendizaje de técnicas para el cambio de pensamientos, comportamientos y las complicaciones físicas de los tratamientos, por ende, la psicoeducación en el ámbito del proceso salud-enfermedad es una estrategia flexible, económica y productiva.

#### 2.4.3.2 Técnicas de Relajación

Las técnicas de relajación son de las más utilizadas en la intervención psicológica y permiten tener un control ante situaciones en las que es muy probable llegar a experimentar ansiedad.

Ruíz, Díaz y Villalobos (2012) mencionan que la relajación tiene como objetivo reducir el estado de activación fisiológica, logrando el estado de calma y equilibrio, además de que sus efectos también son parte de los procesos emocionales, cognitivos y conductuales.

Complementando lo anterior, Méndez, Olivares y Quiles (2001) describen que las técnicas de relajación tienen como objetivo enseñar al individuo a controlar

su nivel de activación por medio de la modificación fisiológica sin ayuda de recursos externos. Así describen los tipos de relajación:

*Relajación progresiva:* Jacobson en 1929 fue el primero en utilizarla, se encuentra enfocada para conseguir niveles profundos de relajación muscular. Lo cual se lleva a cabo por medio del entrenamiento en ejercicios de tensión y relajación de distintas partes del cuerpo.

*Relajación condicionada:* se refiere a la asociación de la relajación con una palabra que el sujeto se diga a sí mismo. Se trata de que la persona entrenada primero se encuentre relajado, centre su atención en la respiración y después repita mentalmente alguna palabra en cada respiración.

*Relajación pasiva:* en esta modalidad son utilizados ejercicios de relajación para los grupos musculares, en los cuales no es necesario tensarlos. Se combinan ejercicios de relajación pasiva con sensaciones de peso y calor e incluso ejercicios de respiración.

*Relajación autógena:* consiste en una serie de frases elaboradas que ayudan a inducir a la persona a estados de relajación por medio de sugerencias sobre sensaciones de calor, peso, frescor, etc.

Las recomendaciones generales para llevar a cabo las técnicas de relajación son: que el individuo se encuentre en una posición cómoda, en un lugar adecuado, sin distractores visuales o auditivos, además que las instrucciones sean claras y precisas por parte del terapeuta, el tono de voz tiene que ser suave y tranquilo con la finalidad de buscar que a la persona le sea fácil de realizar (Ruíz et al., 2012).

En lo que respecta al tipo de relajación que será utilizado en la presente investigación es la relajación pasiva. Ruíz et al. (2012) mencionan que fue desarrollada por Schwartz y Haynes en 1974, y en esta modalidad es la voz del terapeuta la que guía al paciente para que éste dirija su atención a todos sus grupos musculares dando instrucciones de relajación por medio de instrucciones que conllevan la identificación de sensaciones de peso y calor. De igual forma, Overholser (1991) describe que el entrenamiento en relajación pasiva evita la tensión y promueve la relajación muscular. Involucra cuatro elementos: respiración profunda, relajación pasiva por medio de pasos, estrategias de profundización e imaginación guiada.



Dicha modalidad de relajación se recomienda en pacientes de edad avanzada o que presenten complicaciones para realizar ejercicios de tensión muscular, en este caso son las pacientes, en quienes, debido a los lineamientos médicos de administración de medicamentos o imposibilidad de realizar algunos ejercicios o movimientos, este tipo de relajación es la más adecuada, pues tal como lo encontrado en el estudio de Lugo et al. (2013) el favorecer la relajación durante los procedimientos médicos promueve una reducción de ansiedad.

#### 2.4.3.3 Técnica de autoinstrucciones

Fue Santacreu en 1993 quién definió las autoinstrucciones como las órdenes o instrucciones que el propio sujeto se da para el manejo de su propia conducta. Labrador (2008) describe que el entrenamiento en autoinstrucciones busca modificar las autoverbalizaciones internas o pensamientos del sujeto, que se presentan ante una determinada tarea, sustituyéndolas por otras que sean más útiles para la realización de la misma. De igual forma tal como lo dice Meinchenbaum (1977) el diálogo interno de los pacientes, las auto declaraciones o pensamientos que indican la percepción de su entorno son susceptibles a modificación. Por lo cual, el objetivo final es que el sujeto logre mediante el cambio de sus autoverbalizaciones internas, un aumento en su nivel de habilidad en una determinada tarea, así como en su capacidad de autocontrol y de solucionar problemas.

Por su parte, Ruíz et al. (2012) detallan algunas de las funciones que desempeñan las autoinstrucciones en el comportamiento, como lo son:

- Preparar al individuo para que utilice las autoinstrucciones específicas en el momento o situación adecuado.
- Central la atención en la tarea objetivo
- Guiar la conducta
- Suministrar refuerzo y retroalimentación a la ejecución
- Evaluación de los resultados de la ejecución

Para llevar a cabo en entrenamiento en autoinstrucciones, primero se debe de evaluar el tipo de diálogo que tiene el individuo consigo mismo ante las tareas

que realiza cotidianamente, con el objetivo de conocer el tipo de autoinstrucciones que conforman el repertorio del individuo e identificar las adecuadas que deben mantenerse y cuáles de éstas pueden ser eliminadas (Ruíz et al., 2012). Es decir, el entrenamiento en autoinstrucciones permitirá que los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos evalúen las exigencias de la situación que las haga sentir ansiosas, sean capaces de controlar los pensamientos, imágenes y sentimientos negativos, y de afrontar las emociones disfuncionales, utilizando las autoinstrucciones más adecuadas.

## CAPÍTULO 3. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Objetivo general:

- Evaluar el efecto de un programa cognitivo conductual en comparación con una intervención informativa sobre los niveles de ansiedad previos a la histerectomía en el Hospital de la Mujer de la Ciudad de México.

Objetivos específicos

- Identificar las creencias y actitudes previas a la histerectomía en ambos grupos.
- Evaluar los niveles de ansiedad previos y posteriores a las intervenciones (cognitivo conductual o informativa) en ambos grupos.
- Identificar las diferencias intra e inter grupos en los niveles de ansiedad en ambos grupos.

Hipótesis:

H1: Las participantes bajo la intervención cognitivo conductual reducirán los niveles de ansiedad previos a la histerectomía a diferencia de las participantes bajo la intervención informativa.

H0: Las participantes bajo la intervención informativa reducirán los niveles de ansiedad previos a la histerectomía a diferencia de las participantes bajo la intervención cognitivo conductual.

### 3.1 Participantes

Participaron 24 mujeres, 12 pertenecieron al Grupo Intervención y 12 al Grupo de Comparación, las cuales fueron atendidas en el área de ginecología por histerectomía del Hospital de la Mujer en el periodo de agosto a noviembre de 2019.

El promedio de edad de las participantes fue de 46.25 (DE= 8.63). En el caso del estado civil, ocho pacientes (33.3%) se encontraban en unión libre, siete (29.2%) casadas, seis (25%) solteras y dos (8.3%) separadas. Respecto de la escolaridad, 16 pacientes (66.6%) reportaron nivel básico, seis (25%) nivel medio

superior y dos (8.3%) nivel superior. Respecto a la ocupación de las pacientes, 15 (62.5%) reportaron dedicarse al hogar, siete (29.2%) empleada general, una (4.2%) comerciante y una (4.2) se encontraba desempleada. Trece de las pacientes (52.2%) definieron su nivel económico como bajo y once pacientes (45.8%) como nivel socioeconómico medio.

En relación al diagnóstico médico para la realización de la histerectomía, se encontró que el principal diagnóstico fue por Miomatosis Uterina, presente en 17 de las pacientes (70.8%), endometriosis en cinco pacientes (20.8%), adenomiosis-SUD en una paciente (4.2%) y prolapso uterino en una paciente (4.2%). En el caso del tipo de histerectomía, 21 de las pacientes (87.5%) fueron intervenidas por Histerectomía Total Abdominal (HTA), dos pacientes (8.3%) fueron intervenidas por una Histerectomía Laparoscópica y una (4.2%) fue intervenida por una Histerectomía Total Vaginal (HTV).

### 3.2 Criterios de participación, exclusión o eliminación de los participantes

- Criterios de inclusión: Las pacientes que serían intervenidas por histerectomía, sin importar el tipo, mayores de edad, alfabetas y que tuvieran un número de contacto.
- Criterios de exclusión: Las pacientes que se estuvieran bajo tratamiento psicológico o psiquiátrico, dicha información fue obtenida por una revisión de los expedientes clínicos de las pacientes.
- Las pacientes oncológicas que fueran candidatas a histerectomía, ya que dichas pacientes son remitidas al área de Psicología Clínica del hospital.
- Criterios de eliminación. Pacientes que no cumplan con los objetivos descritos en las dos fases del procedimiento.

#### 3.2.1 Muestreo

Muestreo no probabilístico intencional de sujetos voluntarios, el cual se caracteriza porque la elección de los elementos no está relacionada ni depende de la probabilidad sino a causas relacionadas con la investigación o de quien hace la muestra, además el procedimiento depende de la toma de decisiones acorde a

la investigación y también de que las muestras seleccionadas obedezcan los criterios de la misma. (Hernández, Fernández & Baptista, 2013).

### 3.3 Instrumentos

- Cartas de consentimiento informado proporcionadas por el comité ético del Hospital de la Mujer, agregando los datos correspondientes de la presente investigación (Anexo 1).
- Formato de recolección de datos socio demográficos de las pacientes en el cual se agregaron preguntas acerca del diagnóstico médico y del tipo de histerectomía de las pacientes (Anexo 2)
- Inventario de ansiedad Estado-Rasgo IDARE, versión en español del STAI-State Trait Anxiety Inventory, por Spielberger y Díaz Guerrero, 1975. El inventario consiste en 40 expresiones, de las cuales 20 miden la ansiedad como estado (cómo se siente en el momento de responder), y 20 preguntas miden la ansiedad como rasgo (cómo se siente habitualmente). Se utilizó la Escala IDARE conociendo su eficacia para la evaluación de la ansiedad ante eventos quirúrgicos y de su aplicación en el ámbito hospitalario, además de que ésta fuera fácil de comprender y manipular por las pacientes que fueron parte del estudio. Agregando que únicamente se utilizó la parte de IDARE estado, debido a que el interés se centraba en la ansiedad que la paciente pudiera presentar ante la situación específica en la que se encontraba en ese momento, es decir, la histerectomía. Dicha escala se aplicó en dos momentos, antes de ingresar al hospital y en el ingreso al hospital. (Anexo 3)
- *Checklist* de signos y síntomas de ansiedad, la cual fue modificada de su versión original desarrollada por Lugo, Becerra y Reynoso (2013) en la cual se en listaban los signos y síntomas de ansiedad que las pacientes presentaban antes de ingresar al hospital y después de la cirugía (Anexo 4).
- Cuestionario de ansiedad el cual se desarrolló con el objetivo de conocer específicamente que de la cirugía podría hacer sentir ansiosas a las pacientes, la pregunta general fue “¿Qué me preocupa de la cirugía?”, las

opciones a elegir fueron la anestesia, la cicatriz, el tiempo de recuperación, complicaciones durante la cirugía u otra, las pacientes elegían cual de dichas opciones les generaba más ansiedad y describían por qué habían elegido dicha opción (Anexo 5).

- Cuestionario de conocimientos: con el cual se obtuvo información acerca de lo que la paciente sabía de la cirugía, las preguntas fueron *¿Cuál es la información que ha recibido de la intervención a la cual será sometida?, ¿Considera que es suficiente?, ¿Qué dudas tiene al respecto?, ¿Qué sabe de la histerectomía?, ¿Cómo se ha sentido desde la notificación de la intervención quirúrgica?, ¿Ha buscado información acerca de su cirugía? ¿Qué ha encontrado? ¿Con quién ha buscado información?* (Anexo 6).
- Formato de satisfacción de la intervención psicológica: con ayuda del formato, se indagó que tan adecuada fue la intervención según la percepción de cada una de las pacientes (Anexo 7).

### 3.3.1 Materiales

- “Manual de consulta y apoyo psicológico para pacientes de histerectomía: Aprendiendo de la histerectomía”: Contiene información e imágenes referentes a la histerectomía, tipos y formas de realizarse; descripción de las técnicas psicológicas, relajación y autoinstrucciones; e información acerca del procedimiento hospitalario, antes de ingresar, durante y al salir del hospital (Anexo 8). La información descrita en el manual fue revisada por ginecólogos que forman parte del hospital y por el área de psicología del mismo.
- Infografías: fueron elaboradas dos infografías. La primera se tituló “Apoyo psicológico ante una cirugía”, la cual se utilizó para explicar el objetivo de la investigación y los beneficios de entrar en la misma. La segunda infografía “Histerectomía”, fue utilizada para explicar gráficamente el tipo y la forma en que se realizaría la histerectomía (Anexos 9 y 10).
- Lápices, borradores y bolígrafos

### 3.4 Diseño de investigación

Se empleó un diseño cuasi experimental de dos grupos con evaluaciones pre y post, el cual tiene valor en la investigación aplicada destinada a la resolución de problemas concretos. La pre evaluación se realiza con el objetivo de conocer el estado en el cual se encuentra el sujeto antes de la intervención y la post evaluación para la identificación de los cambios, si es que los hay, después de la intervención (Kerlinger & Lee 2001).

### 3.5 Descripción de variables de investigación

En caso del grupo de intervención la variable independiente estuvo constituida por una intervención cognitivo conductual en la que se hizo uso de técnicas como psicoeducación, relajación pasiva y autoinstrucciones. Mientras que la variable independiente del grupo de comparación solo se integró por el manual que formo parte de la psicoeducación del grupo de intervención (Ver Anexo 8).

Tabla 4

*Descripción de variable dependiente por cada grupo*

Grupo Intervención	Grupo Comparación
Definición conceptual	
Ansiedad ante eventos quirúrgicos, definida como una reacción emocional que conlleva sentimientos de miedo, tensión, aprehensión, nerviosismo y preocupación ante el conocimiento de una cirugía (Belloch, Sandín y Ramos 1995).	
Definición operacional	
Evaluada por medio del IDARE (Inventario de Ansiedad Estado Rasgo) para la medición de la ansiedad ante eventos quirúrgicos (Díaz-Guerrero y Spielberger, 1975).	

*Nota.* La variable dependiente a medir fue la misma en los dos grupos

### 3.6 Procedimiento

Las intervenciones se llevaron a cabo dentro de las instalaciones del Hospital de la Mujer. Se identificó a cada una de las pacientes cuando salían de la consulta con el/la anestesiólogo/a en el área de consulta externa de ginecología. Se trabajó con las pacientes que aceptaban participar en la investigación en la sala de espera del área de consulta externa de ginecología.

La primera evaluación e intervención con las pacientes que aceptaban participar en la investigación se realizó en la sala de espera del área de consulta externa de ginecología. La segunda evaluación y cierre de la intervención se efectuó en el área de ginecología del hospital en el día del ingreso de la paciente cuando ya se encontraba instalada en su cama.

El procedimiento se llevó a cabo en dos fases en ambos grupos. En el caso del grupo de intervención, se realizó la evaluación de la ansiedad con el inventario IDARE-E y Checklist de signos y síntomas de ansiedad, después se realizó la intervención cognitivo conductual, inició con psicoeducación acerca de la histerectomía y proceso hospitalario, posteriormente se realizó un ejercicio de relajación pasiva y para cerrar se enseñó la técnica de autoinstrucciones. Al día siguiente al ingreso de las participantes al hospital se realizó un repaso del ejercicio de relajación pasiva y autoinstrucciones, posteriormente se evaluó el nivel de ansiedad con IDARE-E y Checklist.

En el caso del grupo de comparación, se realizó la evaluación de ansiedad en la misma forma que en grupo de intervención, pero la intervención solo fue informativa acerca de la histerectomía y el proceso hospitalario, únicamente se les entregó el manual informativo (Ver anexo 8). En el día del ingreso de las pacientes del grupo de comparación únicamente se evaluó el nivel de ansiedad con IDARE-E y Checklist.

En las cartas descriptivas (Ver anexo 11), se pueden observar los objetivos planteados en cada una de las fases, así como las técnicas psicológicas, los materiales y las dinámicas que fueron utilizadas para el cumplimiento de dichos objetivos.



## Análisis de resultados

Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS versión 26.0 para Windows. Se emplearon estadísticos descriptivos para las variables sociodemográficas y clínicas de las participantes, así como para la sintomatología de ansiedad evaluada con el Checklist. Para evaluar los efectos de la intervención intra grupos se utilizó la prueba de Wilcoxon para dos muestras relacionadas y para evaluar los efectos entre grupos se empleó la prueba no paramétrica U de Mann Whitney para dos muestras no relacionadas, para ambas, considerando una  $p < .05$  para diferencias significativas entre grupos. Se calculó el tamaño del efecto (*r de Rosenthal*) con los siguientes puntos de corte efecto pequeño ( $.1 < a .3$ ); efecto moderado ( $.3 < a .5$ ) y efecto grande ( $\geq .5$ ) (Cohen, 1988), llevando a cabo la siguiente ecuación ( $r = z / \sqrt{n_1 + n_2}$ ) (Field, 2009).

## Resultados

Se llevaron a cabo análisis descriptivos para las variables sociodemográficas y aquellas que resultaron más relevantes para la investigación, como el tipo de histerectomía y el diagnóstico de cada una de las pacientes (Ver apartado 3.1 Participantes).

Uno de los objetivos fue identificar las creencias y actitudes que las pacientes tenían de su cirugía, por lo cual fueron evaluadas con cuestionarios en los cuales describían la información que conocían de su cirugía y como se sentían al respecto. Las respuestas del *Cuestionario de conocimientos* se describen en la tabla 5 para las participantes de ambos grupos, se decidió categorizarlas por grupo ya que se encontraron algunas diferencias entre los mismos.

Tabla 5

*Respuestas al cuestionario de conocimientos de la cirugía*

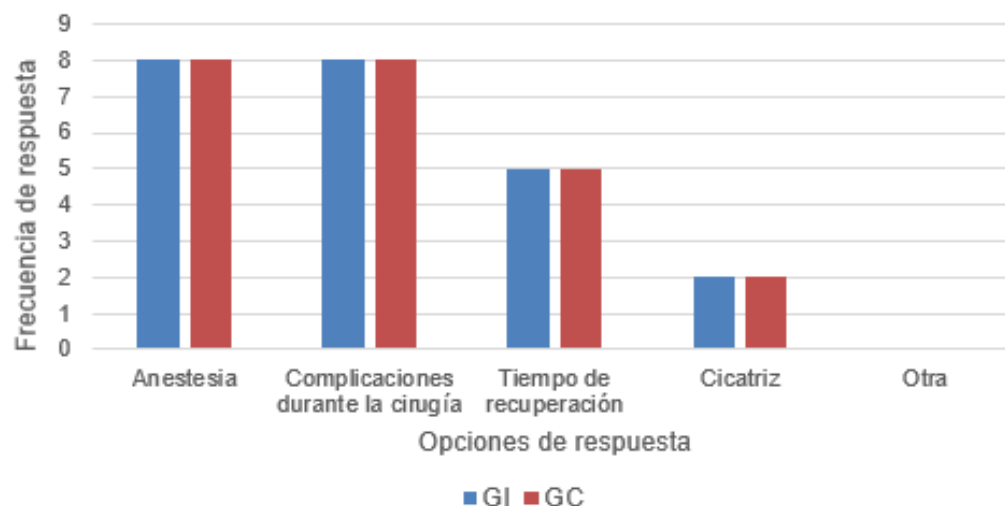
Pregunta 1. ¿Cuál es la información que ha recibido de su cirugía?				
Respuesta	Grupo Intervención		Grupo de Comparación	
	F	%	f	%
Conocimiento del diagnóstico	7	58.3	6	50
Beneficios para su salud	3	25	2	16.7
Conocimiento del procedimiento	2	16.7	3	25
Nada	-	-	1	8.3
Pregunta 2. ¿Considera que es suficiente?				
Si	7	58.3	9	75
No	4	33.3	3	25
No, pero no investigué	1	8.3	-	-
Pregunta 3. ¿Qué dudas tiene al respecto?				
Acerca del procedimiento	3	25	3	25
Complicaciones	-	-	1	8.3
Reacciones físicas y emocionales	3	25	-	-
Cuidados después de la cirugía	2	16.7	-	-
Vida sexual posterior a la cirugía	1	8.3	-	-
Material necesario para la cirugía	-	-	1	8.3
Gastos que no están contemplados	-	-	1	8.3
Ninguna	-	-	6	50
Pregunta 4. ¿Qué sabe de la histerectomía?				
Conocimiento del procedimiento por parte de su médico/a	7	58.3	3	25
Conocimiento del procedimiento vía internet	1	8.3	-	-
Conocimiento del dolor post operatorio	-	-	4	33.3
Nada	4	33.3	5	41.7
Pregunta 5. ¿Cómo se ha sentido desde la notificación de su cirugía?				
Nerviosa	5	41.7	7	58.3
Preocupada	3	25	1	8.3
Tensa	1	8.3	-	-
Estresada	1	5.3	-	-
Tranquila	2	16.7	4	33.3
Pregunta 6. ¿Ha buscado información?				
Con su médico/a	-	-	2	16.7
En internet	5	41.7	5	41.7
Con familiares o conocidas	2	16.6	1	8.3
No ha buscado información	5	41.7	4	33.3

*Nota.* El símbolo “-“indica la ausencia de la respuesta en el grupo.

Otro de los cuestionarios que fueron aplicados a las pacientes fue el cuestionario de ansiedad, con el objetivo de conocer las situaciones por las cuales las pacientes podrían sentirse ansiosas, la pregunta general fue “¿Qué me preocupa de la cirugía?”, las opciones a elegir fueron: la anestesia, la cicatriz, el tiempo de recuperación, complicaciones durante la cirugía u otra. Las pacientes podían elegir más de una opción y describir porque la habían elegido. A continuación, en la figura 2 se muestran las opciones que fueron elegidas con más frecuencia por las participantes.

Figura 2

*Respuestas del cuestionario ¿Qué me preocupa de la cirugía? en ambos grupos GI y GC*



Como se observa, la opción anestesia y complicaciones de la cirugía fueron elegidas por ocho de las pacientes tanto del grupo de intervención (GI) como del grupo control (GC). En el caso de la anestesia algunas de las pacientes describieron textualmente “no se sabe si se les pase la anestesia”, refiriéndose a la cantidad correcta suministrada de anestesia, para el caso de las complicaciones durante la cirugía describieron “como cualquier cirugía tiene un grado de complicación”. De igual forma tanto en el GI como en el GC, cinco de las pacientes se encontraban preocupadas por el tiempo de recuperación de la cirugía, ya que algunas de las pacientes son madres solteras y son el único ingreso económico de su hogar, describiendo textualmente “soy la única que aporta ingreso a la casa, y no puedo

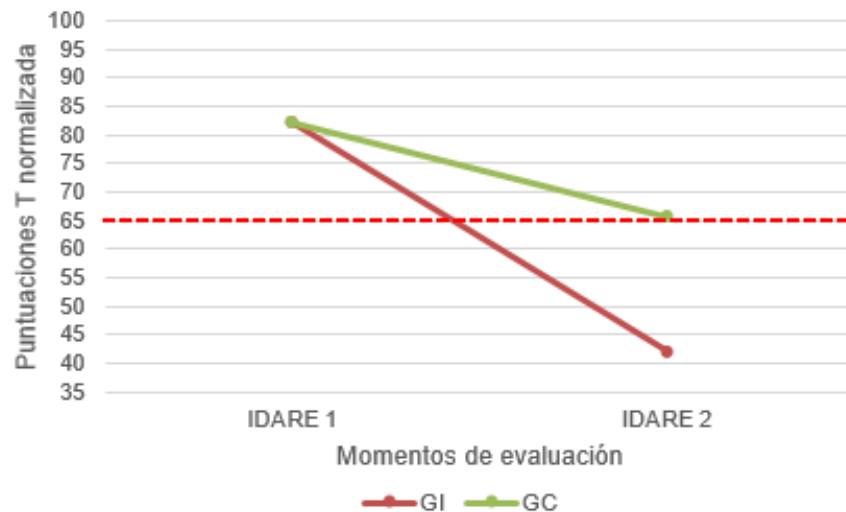
*quedarme mucho tiempo sin poder trabajar*”, por último para dos pacientes de ambos grupos, la cicatriz o cicatrización correcta de la herida se concebía como algo que les preocupaba, ya que no habían tenido cirugías previas, no les gustaría tener complicaciones por infecciones o que la cicatriz quedará “*muy grande o fea*” como lo describieron textualmente. Ninguna de las pacientes de ambos grupos describió alguna otra situación como preocupante.

Por otra parte, los efectos de la intervención entre grupos se pueden observar en la figura 3, mostrando las puntuaciones en el IDARE antes del ingreso al hospital (IDARE 1) y al ingreso al hospital (IDARE 2), tanto en el Grupo Intervención (GI) como en el Grupo Comparación (GC). Como se puede observar, el nivel de ansiedad antes del ingreso al hospital para el GI fue de Mdn=82 (Rango Intercuartil [RI]=44) y para el GC fue de Mdn= 82 RI= 20, lo que significa que en ambos grupos la ansiedad se encontraba en un nivel elevado, sin diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de ansiedad ( $U= 71.5$ ,  $z= -.29$ ,  $p=.977$ ). Para la segunda evaluación, hubo un decremento importante en el nivel de ansiedad para GI situándose en un nivel normal Mdn=42 RI= 33 y para el GC también se observó un decremento, sin embargo, el nivel de ansiedad continuó siendo elevado Mdn= 65.5 RI= 15.

Al realizar el contraste en el post test de ambos grupos se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $U= 20.5$ ,  $z = -2.98$ ,  $p =.002$ ). Esto implica que ambas formas de intervención generaron efectos positivos en la disminución de ansiedad previos a la cirugía, aunque no en la misma medida. Para el GI los cambios derivados de la intervención cognitivo conductual fueron estadísticamente significativos y con un tamaño de efecto grande ( $r$ ) ( $z=-2.667$ ,  $p=.008$ ,  $r= 0.54$ ) y moderado para el GC ( $z=-2.237$ ,  $p=.025$ ,  $r= 0.45$ ).

Figura 3

Comparación de los niveles de ansiedad (Mdn) en los dos momentos de evaluación.



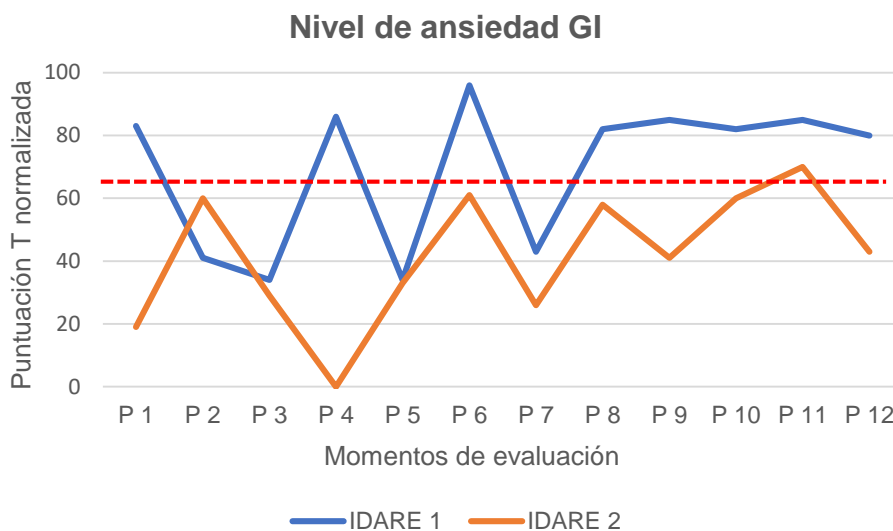
*Nota.* La línea puntada representa el punto de corte (65) para determinar la presentación de síntomas de ansiedad elevada (por arriba).

Como se muestra en la figura 3, en la primera evaluación del GI, las pacientes presentaron ansiedad elevada (arriba de 65), y para el segundo momento se encontraba en un nivel normal (debajo de 65). En el caso del GC, las pacientes mostraron ansiedad elevada (arriba de 65), y en el segundo momento el nivel se mantuvo en elevado (arriba de 65) con un 65.5. El análisis visual y estadístico muestra una tendencia en el decremento de ansiedad a lo largo del proceso de evaluación en el caso de ambos grupos, sin embargo, los niveles de ansiedad para el GC se mantuvieron elevados.

Se evaluaron los efectos de la intervención por cada participante en ambos grupos, en la figura 4, se puede observar el nivel de ansiedad de cada paciente del Grupo de intervención. En el caso de ocho de las pacientes en la primera evaluación con el IDARE, presentaban nivel de ansiedad elevada (por arriba de 65) y en la segunda evaluación del IDARE-E siete de las ocho pacientes que habían presentado un nivel elevado de ansiedad obtuvieron un nivel normal a bajo (menor a 65).

Figura 4

Comparación de los niveles de ansiedad en los dos momentos de evaluación en las pacientes pertenecientes al Grupo Intervención



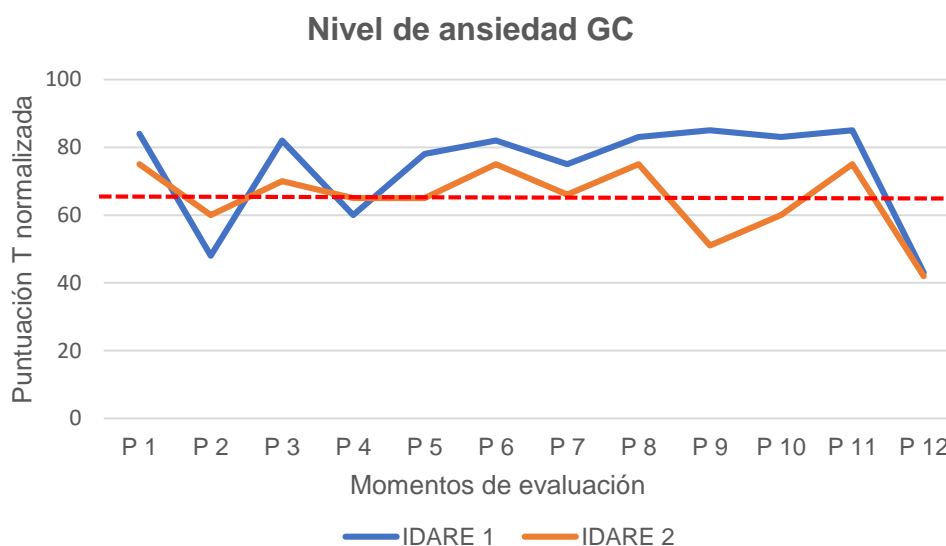
Nota. La línea puntada representa el punto de corte (65) para determinar la presentación de síntomas de ansiedad elevada (por arriba).

Como se muestra en la figura 4, el análisis visual y estadístico muestra una tendencia en el decremento de ansiedad en el segundo momento de evaluación después de la intervención psicológica. Para la primera evaluación del GI, ocho (66.6%) de las pacientes tuvieron un nivel de ansiedad elevada (arriba de 65), y cuatro (33.3%) presentaban un nivel normal de ansiedad. Para el segundo momento de evaluación, se observa una disminución en casi todas las pacientes mostrando un nivel normal de ansiedad, en el caso de una de las pacientes (8.3%) el nivel de ansiedad disminuyó a cero y solo una paciente (8.33%) obtuvo un nivel de ansiedad elevado (arriba de 65).

En el caso del GI, en la figura 4, se puede observar el nivel de ansiedad de cada paciente. En el caso de nueve (75%) de las pacientes en la primera evaluación con el IDARE, presentaban nivel de ansiedad elevada (por arriba de 65) y en la segunda evaluación del IDARE únicamente dos de las pacientes obtuvieron un nivel normal a bajo (menor a 65).

Figura 5

Comparación de los niveles de ansiedad en los dos momentos de evaluación en las pacientes pertenecientes al Grupo de Comparación



Nota. La línea puntada representa el punto de corte (65) para determinar la presentación de síntomas de ansiedad elevada (por arriba).

Como se observa en la figura 5, el análisis visual y estadístico muestra un mantenimiento de niveles altos de ansiedad en los dos momentos de evaluación. Para la primera evaluación, nueve (75%) de las pacientes tuvieron un nivel de ansiedad elevada (arriba de 65), y tres (25%) presentaban un nivel normal de ansiedad (por debajo de 65). Para la segunda evaluación, los niveles de ansiedad se mantuvieron elevados en la mayoría de las pacientes, únicamente tres pacientes (25%) obtuvieron un nivel normal de ansiedad (por debajo de 65).

Por otra parte, se evaluó la sintomatología de ansiedad que las pacientes presentaron antes de ingresar al hospital y después de la cirugía, los datos se pueden observar en la tabla 6.

Tabla 6

*Presencia o ausencia de signos y síntomas de ansiedad*

• Indicadores motores/conductuales	Grupo Intervención		Grupo de Comparación	
	Pre	Post	Pre	Post
Temblores en manos y pies	4	-	3	-
Rechinar o apretar los dientes	1	-	2	-
• Indicadores cognitivo/emocionales				
Nervios	10	-	9	-
Miedo	7	1	8	-
Inquietud	10	5	10	6
Sensación de ahogo	1	-	-	-
Sensación de nudo en la garganta	3	-	4	-
Pensar que algo malo puede pasar	7	-	6	-
• Indicadores fisiológicos				
Dolor de cabeza	3	1	2	6
Dolor de cuello u hombros	5	1	5	6
Mareos	2	3	-	2
Manos frías	1	-	1	-
Sudoración	2	-	3	-
Sudoración en las manos	3	1	3	-
Dificultades para respirar	2	-	2	-
Respiración rápida	-	-	2	-
Tensión en el cuerpo	7	1	6	1
Dolor o presión en el pecho	2	-	1	-
Palpitaciones	4	1	-	-
Nauseas	1	4	1	1
Garganta y/o boca seca	4	3	6	3

*Nota.* El símbolo “-“indica la ausencia de la respuesta en el grupo.

La tabla 6 muestra los indicadores que se presentaron en las dos evaluaciones realizadas con el Check list de los síntomas y signos de ansiedad. Respecto a los indicadores motores (temblores de manos y rechinar los dientes) se dejaron de presentar en ambos grupos en la segunda evaluación. En cuanto a los indicadores cognitivo/emocionales, nervios, miedo e inquietud fueron mayormente elegidos en la primera evaluación, en la segunda evaluación los indicadores se dejaron de presentar o disminuyeron en su elección. En el caso de los indicadores



fisiológicos en la primer evaluación dolor de cabello u hombros y tensión en el cuerpo se eligieron con mayor frecuencia, y en la segunda evaluación las pacientes se sentían con mareos, dolor de cabeza o con nauseas.

Por último, los resultados del *Cuestionario de satisfacción* mostraron que, el 100% de las participantes resultaron “Muy satisfechas” con el apoyo psicológico brindado, el 100% de las participantes reportaron estar “Muy satisfechas” con la psicóloga, el 100% de las participantes estuvieron “Muy satisfechas” con el Manual informativo y el 100% de las pacientes consideraron estar “Muy satisfechas” con las técnicas psicológicas empleadas (para el caso del GI).

## Discusión

En la presente investigación se encontró que la ansiedad ante una cirugía se presenta en un nivel elevado antes de ingresar al hospital, lo que concuerda con Alvarez (2014) quien menciona que la ansiedad en pacientes quirúrgicos puede presentarse desde el momento en que se le menciona a la paciente que será intervenida quirúrgicamente y se agudiza hasta 48 horas antes de la cirugía.

Los resultados obtenidos mostraron una disminución en los niveles altos de ansiedad que se presentaron en ambos grupos en la primera evaluación. Después de las intervenciones, el tamaño del efecto fue grande para los dos grupos, sin embargo, los niveles de ansiedad permanecieron en un nivel alto en la segunda evaluación en el Grupo de Comparación. Lo que permitió demostrar que el programa cognitivo conductual, el cual conllevaba entrenamiento y aplicación de técnicas como psicoeducación, relajación pasiva y autoinstrucciones, logro la reducción en los niveles de ansiedad previos a la cirugía a un nivel normal-bajo, en comparación con los niveles altos que se mantuvieron bajo la intervención informativa.

La efectividad en el uso de dichas técnicas cognitivo conductuales se respalda en que al implementarlas se obtuvo una disminución significativa de ansiedad (Riveros et al., 2005; Carapia, et al., 2011 & Chow et al., 2014). Lo que nos indica que las técnicas informativas no son del todo suficientes, pues tal como lo describe Ayyadhah (2014), dicha información tiene que ser lo más clara y detallada posible para un mejor entendimiento de la cirugía a la cual se van a enfrentar, además tal como lo explican Yaman, et al. (2019) las técnicas informativas suelen tener mejores resultados si se llevan a cabo con tiempo de anticipación a la cirugía, en donde es posible describir a detalle todo el proceso a seguir durante la hospitalización, lo cual no es posible en muchas de las ocasiones como en este caso, las pacientes del área de ginecología, acuden al hospital en una cita con un horario específico para ser internadas y no hay nadie quien les brinde dicha información debido a que su médico/a las ve hasta el momento de la cirugía.

En consecuencia, las técnicas meramente informativas no permiten el manejo de las reacciones que los pacientes podrían tener ante los eventos

quirúrgicos como la ansiedad. Tal como lo mencionan Quintero et al. (2017) y Valenzuela et al. (2010) la presencia de ansiedad ante cualquier intervención quirúrgica se puede considerar como uno de los mayores problemas durante la preparación quirúrgica. Por consiguiente, se vuelven necesarias las intervenciones psicológicas que permitan la identificación de los posibles factores que provocan la ansiedad y el grado en que se presenta. Al mejorar la calidad de atención, el paciente logrará una mejor adaptación antes, durante y después de la cirugía.

Además, los resultados encontrados intra grupos demuestran que bajo el programa cognitivo conductual los niveles de ansiedad en casi todas las pacientes (ver figura 4) disminuyeron en un nivel normal o bajo antes de su intervención quirúrgica cuando éstos se presentaron en un nivel elevado en la primera evaluación. En el caso del grupo de Comparación (ver figura 5), los niveles elevados de ansiedad del primer momento de evaluación continuaron en la mayoría de las pacientes.

Es posible decir, por medio de lo encontrado, que las intervenciones bajo el marco cognitivo conductual resultan eficaces para la disminución de la ansiedad que se presenta en pacientes quirúrgicos. Algunos artículos mencionan la importancia de las técnicas psicoeducativas (Devine, 1992; Deza de la Cruz, 2013 y Chow et al., 2014) bajo las cuales se promueve un estado de mayor calma y tranquilidad ante la cirugía, pues como lo mencionan Quintero et al., (2017) aunque las pacientes sean informadas acerca del procedimiento, sean resueltas sus dudas y exista una firma de consentimiento informado, refieren no tener la suficiente información. Por ende, al utilizar técnicas psicoeducativas, en este caso sobre las características más relevantes de la histerectomía e información acerca del procedimiento que llevarían a lo largo de toda su estadía en el hospital y posterior a su egreso, junto con las otras técnicas utilizadas como la relajación pasiva y autoinstrucciones se encontraron resultados favorables, como la disminución de la ansiedad ante la cirugía. Pues tal como lo mencionan Blanco et al., (2014), la relajación es una de las técnicas más eficientes en cuanto al tratamiento de la ansiedad, además de que no presentan efectos secundarios indeseables, si no por el contrario, son útiles para mejorar la calidad de vida.

No fue posible tomar evidencia de las respuestas de las pacientes pertenecientes al Grupo Experimental en las actividades psicoeducativas, de relajación y de las autoinstrucciones, pero se puede mencionar que la mayoría de las pacientes respondieron satisfactoriamente dichas actividades y hacían énfasis en lo relevante que fue para ellas conocer dicha información y poner en práctica las técnicas entrenadas antes de que ellas entraran al quirófano, pues describieron sentirse más seguras y capaces de controlar su conducta y emociones, lo que demuestra la eficacia de dichas técnicas utilizadas en programas cognitivo conductuales (Tatrow & Montgomery, 2006; Lugo et al., 2013; Beresnevaité et al., 2016; Becerra et al., 2016).

Tal como lo menciona Miller y colaboradores (2014) es importante la identificación de aquellas situaciones específicas que provocan la ansiedad en las pacientes, lo cual se reportó en la presente investigación por medio de los cuestionarios de conocimiento y ansiedad. Algunas de dichas situaciones tienen que ver con el hecho de que las pacientes únicamente tienen un papel receptivo de información, la cual en varias ocasiones no queda del todo clara y hace que lleguen a cirugía con un nivel elevado de ansiedad, por ende, se propone que se busque que los pacientes tengan un papel activo, expresen dudas, hagan comentarios durante su proceso hospitalario y junto con intervenciones psicológicas se logró llegar a la cirugía en un estado de calma y tranquilidad idóneo.

Finalmente, investigaciones como la presente nos permiten vislumbrar la relevancia del papel del psicólogo en el ámbito hospitalario. Lo encontrado en el cuestionario de satisfacción de las pacientes avala dicha importancia y necesidad de una intervención eficaz antes de su cirugía. Tal como lo describe Morales (2007, como se citó en Pérez, 2016) la función del psicólogo en dicho ámbito no se reduce a la promoción y prevención de la salud, también se involucra y actúa en pacientes que ya presentan una enfermedad o serán sometidos a alguna intervención quirúrgica que demande la puesta en práctica de técnicas psicológicas que promuevan el bienestar psicológico del paciente y que conlleven la recuperación y adherencia al tratamiento.

## Conclusiones

Se puede concluir entonces, abogando por la necesidad de la implementación de programas de preparación ante una cirugía, pues tal como lo demostraron los resultados de la presente investigación, una intervención breve pero concisa en el entrenamiento en técnicas cognitivo conductuales promueve el desarrollo de habilidades que resulten en una mejor adaptación física y psicológica del paciente.

Es fundamental del trabajo multidisciplinario de las áreas de psicología, medicina, enfermería, trabajo social y áreas admirativas en el ambiente hospitalario que se ocupe de brindar la información y orientación adecuada a cada paciente en particular, con el fin de lograr una mejor atención al paciente y a los familiares, por consecuencia que el ingreso, la estancia y el egreso se lleven sin ninguna complicación. Conociendo la importancia del trabajo multidisciplinario, es importante destacar el papel de, en este caso, los especialistas en ginecología del hospital, quienes son los encargados de llevar todo el proceso médico de las pacientes, son quienes brindan la información necesaria e indispensable que debe de conocer la paciente al ingresar al hospital, pero en la mayoría de las pacientes se presentan dudas muy particulares que no les son explicadas antes de entrar a cirugía, por ende se necesita de la correcta comunicación entre médico/a- paciente, en la cual el/la especialista pueda describir correcta y concretamente el procedimiento a seguir y por parte de la paciente manejar una escucha correcta y participativa del procedimiento y exponer las dudas que se presenten antes de la cirugía. Lo cual permearía la realización de otras investigaciones en las cuales se pueda conocer el tipo de información específica necesaria en mujeres que serán sometidas a histerectomía, pudiendo tomar como base el manual diseñado en la presente investigación.

Algunas limitaciones de la presente investigación están enfocadas a la intervención específica que se realizó con las pacientes. Aunque se obtuvieron resultados favorables al disminuir la ansiedad ante la cirugía, no podría

generalizarse, ya que cada uno de los hospitales tiene lineamientos distintos en cuanto al proceso hospitalario y las intervenciones quirúrgicas que se llevan a cabo en el Hospital de la Mujer.

## Referencias

- Aguilar, O., Vásquez, J y Hernández, J. (2016). Histerectomía obstétrica en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso: revisión de tres años. *Ginecología y Obstetricia de México*, 84 (2), 72-78.
- Akker, T., Brobbel, C., Dekkers, O y Bluekamp, K. (2016). Prevalence indications, risk indicators and outcomes of emergency peripartum hysterectomy worldwide. A systematic review and meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology*, 28 (6), 1281-1294. doi: [10.1097/AOG.0000000000001736](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001736).
- Amutio, A. (1998). *Nuevas perspectivas sobre la relajación*. España: Editorial Desclée.
- Alvarez, G. (2014). Ansiedad: evaluación, diagnóstico e intervención preoperatoria. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 37 (1), 152-154.
- Ayyadhah, A. (2014). Reducing anxiety in preoperative patients: a systematic review. *British Journal of Nursing*, 23 (7), 387-393. doi: [10.12968/bjon.2014.23.7.387](https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.7.387).
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Becerra, A., Reynoso, L., García, F y Ramírez, A. (2016). Intervención cognitivo-conductual para el control de ansiedad ante la biopsia incisional en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología*, 13(1), 85-99. doi: [10.5209/rev\\_PSIC.2016.v13.n1.52489](https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2016.v13.n1.52489).
- Belloch, A., Sandín B y Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Beresnevaité, M., Benetis, R., Taylor, G., Rašinskienė, S., Stankus, A & Kinduris, S. (2016). Impact of a cognitive behavioral intervention of health-related quality of life and general heart rate variability in patients following cardiac surgery: an effectiveness study. *Psychosomatics*, 57 (6), 605-615. doi: [10.1016/j.psych.2016.04.004](https://doi.org/10.1016/j.psych.2016.04.004).
- Bernal, M. (2003). Exámenes de laboratorio frecuentemente utilizados en el estudio clínico de las pacientes ginecológicas. En Ahued, R., Del Castillo, C y Bailón, R. *Ginecología y obstetricia aplicadas*. México: Manual Moderno. 693-694.
- Barrio, J., García, M., Ruíz, I y Arce, A. (2006). El estrés como respuesta. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (1), 37-48.

- Berth, H., Petrowski, K y Balck, F. (2007). The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) –the first trial of a German version. *Psycho-Social-Medicine*, (4), 1-8.
- Blanco, C., Estupiñá, F., Labrador, F., Fernández, I., Bernaldo de Quirós, M y Gómez, L. (2014). El uso de las técnicas de relajación en la práctica de una clínica de psicología. *Anales de Psicología*, 30 (2), 403-411.
- Calzada, A., Oliveros, Y & Acosta, Y. (2012). Trastorno por estrés agudo. Presentación de un caso. *Cuadernos de Medicina Forense*, 18 (1), 27-31.
- Carapia, A., Mejía, G., Nacif, L y Hernández, N. (2011). Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. *Revista Mexicana de anestesiología*, 34 (4), 260-263.
- Cárdenas, A., Quiroga, C., Restrepo, M y Cortés, D. (2005). Histerectomía y ansiedad: estudio comparativo entre dos tipos de preparación psicológica prequirúrgica. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 53 (3), 209-215.
- Cázares de León, F., Vinaccia, S., Quiceno, J. y Montoya, B. (2016). Preparación psicológica para la intervención quirúrgica: Revisión sistemática de la literatura. *Psychologia*, 10 (2), 73-85.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Nueva Jersey: Erlbaum.
- Cohen, D. (2013) Prolapso genital femenino: lo que debería saber. *Revista Médica Clínica Condes*, 24 (2), 202-209. doi: [10.1016/S0716-8640\(13\)70151-2](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70151-2).
- Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. (2015). *La histerectomía*. Folleto Informativo.
- Colom, F. (2011). Psicoeducación, el litio de las psicoterapias. Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40 (5), 147-165.
- Clark, D y Beck, A. (2010). *Terapia Cognitiva para los trastornos de ansiedad*. España: Desclée de Brouwer.
- Clarke-Pearson, D y Geller, E. (2013). Complicaciones de la histerectomía. *Obstetrics & Gynecology*, 121, 654-673.



- Chow, K., Chan, C., Chan, J., Choi, K & Siu, K. (2014). A feasibility study of a psychoeducational intervention program for gynecological cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 1-8. doi:[10.1016/j.ejon.2014.03.011](https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.03.011).
- Deza de la Cruz, K. (2013). Efectividad del programa "Cuidado preoperatorio de histerectomía" en el nivel de ansiedad de la mujer, Servicio de ginecología del H.R.D.T Trujillo. *Cientifi-k*, 1 (2), 25-31.
- Devine, E. (1992). Effects of psychoeducational care for adult surgical patients: a meta-analysis of 191 studies. *Patient education and counseling*, 19, 129-142. doi:[10.1016/0738-3991\(92\)90193-M](https://doi.org/10.1016/0738-3991(92)90193-M).
- Díaz-Guerrero, R y Spielberger, C. (1975). *IDARE Inventario de ansiedad: rasgo-estado*. México: Manual moderno.
- Díaz, L., Torruco, U, Martínez, M y Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2 (7), 162-167.
- Espinosa, A. (2014) *Histerectomía obstétrica de emergencia: prevalencia, morbilidad y mortalidad materna en pacientes atendidas en el hospital de ginecología y obstetricia IMIEM durante el periodo de marzo 2010 a febrero 2013*. (Tesis de posgrado). Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Medicina, México.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS: and sex, drugs and rock'n'roll*. London: SAGE Publications, Ltd.
- Galindo, O., Rojas, E., Meneses, A., Aguilar, J., Álvarez, M y Alvarado, S. (2015). Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad de Beck (BAI) en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 12 (1), 51-58. doi:[10.5209/rev\\_PSIC.2015.v12.n1.48903](https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n1.48903)
- Gálvez, A., Méndez, J y Martínez, C. (2005). Preparación psicológica basada en la información: manejo de la ansiedad en pediatría oncológica. *Acta Pediátrica México*, 26 (1), 35-43. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=6087>.
- Gantiva, C., Luna, A., Dávila, A y Salgado, M. (2010). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psychologia*, 4 (1), 63-72. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297224086006>.

- Gençoğlu, N., Küçükosman, G., Gülhan, B., Rahşan, D., Pişkin, Ö., Sezer, Ü., İbrahim, M & Ayoğlu, H. (2019). Effects of preoperative anxiety and general anesthetic administration on intraoperative awareness in patients undergoing cesarean section. *The medical bulletin of Istanbul Haseki*, 57, 114-121. doi: 10.4274/haseki.galenos.2018.4480.
- Guía de Práctica Clínica. (2010). *Indicaciones y contraindicaciones de la histerectomía en el segundo nivel de atención*. México: Secretaria de Salud.
- Glick, I., Burti, L., Okonogi & Sacks, M. (1994). Effectiveness in psychiatric care. III: Psychoeducation and outcome for patients with major affective disorder and their families. *The British Journal of Psychiatry*, 164, 104-106. doi: [10.1192/bjp.164.1.104](https://doi.org/10.1192/bjp.164.1.104).
- Ham, K y Pardo, R. (2014). Ansiedad preoperatoria. *Archivo Investigación Materno Infantil*, 6 (2), 79-84.
- Hammer, A., Rositch, A., Kahlert, J., Gravitt, P., Blaakaer, J & Sogaard, M. (2015). Global epidemiology of hysterectomy: possible impact of gynecological cancer rates. *American Journal of obstetric and gynecology*. doi: [10.1016/j.ajog.2015.02.019](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.02.019).
- Hernández, A., López, A y Guzmán, J. (2015). Nivel de ansiedad e información preoperatoria en pacientes programados para cirugía. Un estudio transversal descriptivo. *Acta Médica Grupo los Ángeles*, 14 (1), 6-11.
- Hernández, R., Fernández, C y Baptista, P. (2013). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Horn-Hofmann, C., Scheel, J., Dimova, V., Parthum, A., Carbon, R., Griessinger, N., Sittl, R & Lautenbacher, S. (2017). Prediction of persistent post-operative pain: Pain-specific psychological variables compared with acute post-operative pain and general psychological variables. *European Journal of Pain*, 22 (1), 191-202. doi:[10.1002/ejp.1115](https://doi.org/10.1002/ejp.1115).
- Kerlinger, F. & Lee, H. (2001). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. México DF: McGraw-Hill.
- Labrador, F. (2008). Entrenamiento en autoinstrucciones. En Labrador, F. *Técnicas de modificación de conducta*. España: Ediciones Pirámide. 453-458.
- Ledezma, A y Macías, M. (2007). Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara Jalisco, México. *Investigación en Salud*, 9 (2) ,118-124.

- Lugo, V., Becerra, A y Reynoso, L. (2013). Intervención psicológica para manejo de ansiedad ante la colocación de catéter puerto en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 10 (1), 177-184. [10.5209/rev\\_PSIC.2013.v10.41956](https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v10.41956).
- Meincheimbaum, G. (1977). *Cognitive behavior modification*. New York: Plenum Press.
- Méndez, F., Olivares, J. y Quiles, J. (2001). Técnicas de relajación y respiración. En Olivares, J y Méndez, F. En *Técnicas de modificación de conducta*. España: Biblioteca Nueva.
- Méndez-Meneses, K., Rebolledo, M., Díaz, S., Rodríguez, L., Acosta, B., Mantilla-Maya, B., González-Rodríguez, E., Aguilar, J., Galindo, O & Rivera-Fong, L. (2019). Validación de la Escala de Ansiedad Preoperatoria y de Información Ámsterdam (APAIS) en mujeres latinoamericanas con cáncer de mama: Estudio México - Costa Rica. *Psicooncología*, 16 (1), 73-88. doi: [10.5209/PSIC.63648](https://doi.org/10.5209/PSIC.63648).
- Mendoza, A., Pichardo, M., Moreno, J., Naranjo, L., Ramírez, M y Contreras, N. (2011). Histerectomía obstétrica en el Hospital de la Mujer, SSA, México, D.F. *Revista Investigación Médica Sur México*, 18 (3), 96-101.
- Miller, S., Sohl, Schnur, J., Margolies, L., Bolno, J., Szabo, J., Hermann, G & Montgomery, G. (2014). Pre-Biopsy Psychological Factors Predict Patient Biopsy Experience. *International Journal of Behavior Medicine*, 21, 144-148. doi: [10.1007/s12529-012-9274-x](https://doi.org/10.1007/s12529-012-9274-x).
- Montiel, V y Guerra, V. (2011). Aproximaciones teóricas sobre psicoeducación. Análisis de su aplicación en mujeres con cáncer de mama. *Psicogente*, 19 (36), 324-335. doi: [10.17081/psico.19.36.1301](https://doi.org/10.17081/psico.19.36.1301).
- Moreno, P y Calle, A. (2015). Detección y actuación en la ansiedad preoperatoria inmediata. De la teoría a la práctica. *Cirugía Mayor Ambulatoria*, 20 (2), 74-78.
- Oficina de Información Científica y tecnológica para el Congreso de la Unión. (2018). Nota-INCyTU. 007.
- Orane, A. (2016). Sangrado uterino anormal. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD*, 6(6) ,11-20.
- Ortega, R. (2011). Histerectomía abdominal. *Clases de Residentes*, 1-19.
- Ortiz, M., Matute, A y Martínez, N (2009). Miomatosis uterina. *Anales Médicos*, 54 (4), 222-233.

- Overholser, J. (1991). The use of guided imagery in Psychotherapy: modules for use with passive relaxation training. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 21 (3), 159-172.
- Palma, S. (2013). Endometriosis. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70 (606), 281-288.
- Patino, L., Jiménez, M y Pérez, S. (2014). Histerectomía obstétrica: caracterización epidemiológica en un hospital de segundo nivel. *Revista Salud Quintana Roo*, 28 (7), 10-14.
- Pérez, J. (2016) Eficacia de la psicoeducación para modificar la ansiedad, depresión y percepción de control en pacientes hospitalizados con cardiopatía isquémica. (Tesis de grado) Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, México.
- Perpiña, C. (2012). *Manual de entrevista psicológica. Saber escuchar, saber preguntar*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Quintero, A., Yasnó, D., Riveros, O., Castillo, J y Borráez, B. (2017). Ansiedad en el paciente prequirúrgica: un problema que nos afecta a todos. *Revista colombiana de cirugía*, 32,115-120.
- Ramdhan, R., Loukas, M & Tubbs, S. (2017). Anatomical complications of hysterectomy: a review. *Clinical anatomy*, 30, 946-952. doi: [10.1002/ca.22962](https://doi.org/10.1002/ca.22962).
- Ramos, R., Ramírez, G y Hurtado, G. (2010). Indicaciones de histerectomía obstétrica en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México del 2007 al 2008. *Archivo Investigación Materno Infantil*, 2 (1),11-14
- Real Academia Española. (s. f.). Internet [artículo nuevo]. En Diccionario de la lengua española (avance de la 23.a ed.). Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=KWMP1cp>.
- Reveles, J., Villegas, G., Hernández, S., Grover, F., Vega, C y Patiño, A. (2008). Histerectomía obstétrica: incidencia, indicaciones y complicaciones. *Ginecología y Obstetricia de México*, 76 (3), 156-160.
- Riveros, A., Cortazar, J., Alcazar, F y Sánchez, J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión, y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 445-462.

- Rodríguez, O., Solís, J., Cortes, M., García, J., Juárez, C y Juárez Solís, P. (2015). Situación actual de la histerectomía vaginal por electrocirugía bipolar y morcelación en úteros voluminosos en el Hospital General "General José María Morelos y Pavón ISSSTE. *Perinatología y reproducción humana*, 29 (4), 157-161.
- Rojas-Carrasco, K. (2010). Validación del Inventario de ansiedad rasgo-estado en padres con un hijo en terapia intensiva. *Revista Mexicana del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48 (5), 491-496.
- Rosa, A., Olivares, J y Sánchez, J. (1998). Efectos diferenciales de las técnicas de relajación sobre la ansiedad: una revisión meta-analítica en España. *Ansiedad y estrés*, 4 (1), 97-110.
- Ruíz, E., Muñoz, J., Olivero, Y e Islas, M. (2000). Ansiedad preoperatoria en el Hospital General de México. *Revista Médica del Hospital General de México*, 63 (4), 231-236.
- Ruíz, A., Díaz, M y Villalobos, A. (2012). Técnicas de habilidades de afrontamiento y solución de problemas. En Ruíz, A., Díaz, M y Villalobos, A. *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. España: Biblioteca de Psicología.
- Santacreu, L. (1993). El entrenamiento en autoinstrucciones. En Caballo, V (1993) *Manual de técnicas y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Sardiñas, R. (2015). La histerectomía laparoscópica y sus aspectos fundamentales. *Revista Cubana de cirugía*, 54 (1), 82-95.
- Simón, M. (1993). *Psicología de la salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. España: Ediciones Pirámide.
- Solá, V., Ricci, P., Pardo, J y Guiloff, E. (2006). Histerectomía: una mirada desde el suelo pélvico. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 71(5), 364-372.
- Tatrow, K & Montgomery, G. (2006). Cognitive Behavioral Therapy Techniques for Distress and Pain in Breast Cancer Patients: A Meta-Analysis. *Journal of Behavior Medicine*, 29 (1), 17-27. doi: 10.1007/s10865-005-9036-1.
- Uribe, R. (2003). Sexualidad poshisterectomía. En Ahued, R., Del Castillo, C y Bailón, R. *Ginecología y obstetricia aplicadas*. México: Manual Moderno. 811-816.
- Valenzuela, J., Barrera, J y Ornelas, J. (2010). Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. *Cirugía y cirujanos*, 78 (2), 151-156.

- Vargas, C. (2015) Anestesia en el paciente con hipertensión arterial sistémica. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 38 (1), 571-580.
- Yaman, Y., Gok, H & Sevcan, O. (2019) Discharge education interventios to reduce anxiety and depression in cardiac surgery patients: a randomized controlled study. *Journal of perianesthesia nursing*, 1-8. doi: [10.1016/j.jopan.2019.08.012](https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.08.012).

## **ANEXOS**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA



Hospital de la Mujer
Lic. Sanitaria. 10AM09016027

Hospital de la Mujer
Psicología

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE
INVESTIGACIÓN CON SERES HUMANOS

Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Table with 2 columns: Label (e.g., Título del protocolo, Lugar de realización, Investigador principal, Datos de contacto, Fundamentos legales de este consentimiento informado) and Content (e.g., Programa educativo cognitivo conductual..., Hospital de la Mujer, área de Ginecología..., Investigadora principal y tesista: María Berenice Bernal Contreras...)

C. \_\_\_\_\_
(Anote el nombre completo de la persona invitada a participar en el estudio)

Con base a los fundamentos legales antes descritos, se le invita a usted a participar en este estudio de investigación. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.



Proponer alternativas funcionales para mujeres que sean sometidas a histerectomía, para disminuir la ansiedad pre quirúrgica, propiciando menos complicaciones y una recuperación más rápida.

**2. OBJETIVO DEL ESTUDIO.**

- A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo disminuir la ansiedad en las mujeres que sean intervenidas por histerectomía por medio de un programa cognitivo conductual.

**1. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO.**

- En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, sus hábitos y sus antecedentes médicos. Después de conocer algunos datos acerca de usted, se le enseñarán algunas técnicas psicológicas, las cuales en un primer momento ayudarán a que usted comprenda perfectamente en que consiste la intervención quirúrgica, posteriormente se le enseñarán otras técnicas que ayudarán a que usted se sienta más tranquila y con mayor confianza para entrar al quirófano.
- Durante todo el procedimiento, la responsable de la investigación podrá responder todas las dudas, preguntas o comentarios que usted manifieste.
- La participación se realizará antes de que usted entre a la intervención quirúrgica.
- Usted puede decidir en cualquier momento si quiere abandonar la investigación.

**2. BENEFICIOS DEL ESTUDIO.**

En algunos estudios se ha encontrado que bajo el empleo de las técnicas que le serán enseñadas, existe una reducción de ansiedad ante la intervención quirúrgica, por lo que las pacientes se encuentran más tranquilas antes de entrar al quirófano, ya que les han explicado las dudas que puedan tener al respecto y además la recuperación es satisfactoria.

**3. RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO.**

La investigación se considera como riesgo mínimo según el artículo 17 de la Ley General de Salud, ya que algunas de las técnicas que serán enseñadas pueden no ser fáciles de realizar, por lo que se pide que las pacientes identifiquen y expresen como se van sintiendo a lo largo de toda la intervención para que la investigadora pueda explicar correctamente las instrucciones y se pueda lograr el objetivo de la enseñanza de las técnicas.

**4. OPCIONES DE TRATAMIENTO ALTERNATIVAS.**

.....  
.....  
.....  
.....

**5. COMPENSACIONES.**

La participación en la investigación no tiene ningún costo, así mismo, no tiene ninguna remuneración económica.

**6. ACLARACIONES PERTINENTES.**

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- En el estudio, no se vulnerarán en ningún caso sus derechos constitucionales, humanos, como paciente, ni sus derechos sexuales y reproductivos.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted en cuanto a la calidad, calidez y seguridad de la atención que usted merece, en caso de no aceptar la invitación o retirarse de dicho estudio.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad, para revocar su participación en el estudio bastará con informar verbalmente al investigador.
- En el transcurso del estudio o al finalizar el mismo, usted podrá solicitar que le sea

entregada copia toda la información que se haya recabado acerca de usted, con motivo de su participación en el presente estudio.

- En el caso de que alguna indemnización sea aplicable, por esta y otras causas derivadas del estudio, será responsabilidad única y exclusivamente el investigador principal del estudio y no del Hospital de la Mujer.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- Usted también puede someter sus quejas e inconformidades con el actuar de los investigadores ante el Comité de Ética en Investigación del Hospital de la Mujer (CEI-HM) con el Mtro. Nilson Agustín Contreras Carreto, Presidente del CEI-HM al 53411100 Extensión 1215 y 1202.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar esta Carta de Consentimiento Informado.

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo,

\_\_\_\_\_

\_ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera completa, clara y satisfactoria. He sido informada(o) y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos.

Acepto que (que la participante especifique la modalidad que autoriza):

(  ) La información, pruebas diagnósticas, terapéuticas y/o muestras / tejidos biológicos recabadas serán utilizadas únicamente para este estudio.

(  ) La información, pruebas diagnósticas, terapéuticas y/o muestras / tejidos biológicos recabadas sean utilizadas para éste y otros estudios.

(  ) La información, pruebas diagnósticas, terapéuticas y/o muestras / tejidos biológicos recabadas sean utilizadas para este y otros estudios; además de la preservación de muestras y tejidos biológicos obtenidos con fines de investigaciones futuras, en cuyo caso, entiendo que el procedimiento de conservación será responsabilidad directa del investigador principal y la institución que representa y no del Hospital de la Mujer.

Una vez especificado lo anterior, convengo en participar en este estudio de investigación. Recibo también una copia de este documento.

**Firma de aceptación de los compromisos derivados de este documento:**

\_\_\_\_\_

**Nombre completo y firma del participante**

Anexo 2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA



HOSPITAL DE LA MUJER

RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Instrucciones: responde en cada uno de los recuadros la información que se te pide o marca con una equis (x) en el caso que se te indique.

<b>Nombre:</b>		
<b>Número de contacto:</b>		<b>Número de cama:</b>
<b>Fecha de ingreso al hospital:</b>	<b>Tipo de histerectomía:</b>	<b>Fecha de egreso:</b>
<b>Edad:</b>	<b>Delegación o municipio de procedencia:</b>	<b>Colonia de procedencia:</b>
<b>Estado Civil:</b> Soltera ( ) Casada ( ) Unión libre ( ) Viuda ( ) Separada ( )	<b>Número de hijos:</b>	<b>Nivel socioeconómico:</b> Bajo ( ) Medio ( ) Alto ( )
<b>Escolaridad:</b> Primaria ( ) <u>C</u> <u>I</u> Secundaria ( ) <u>C</u> <u>I</u> Preparatoria o equivalente ( ) <u>C</u> <u>I</u> Licenciatura ( ) <u>C</u> <u>I</u>	<b>Ocupación:</b> Hogar ( ) Empleada Gral. ( ) Comerciante ( ) Empleada Administrativa ( ) Profesional ( ) Pensionada ( ) Ninguna ( ) Otra ( ) ¿Cuál? _____	<b>Religión:</b>
<b>Diagnóstico médico:</b>	<b>Procedimientos quirúrgicos anteriores:</b>	<b>Tiempo aproximando del último procedimiento quirúrgico:</b>



# IDARE

SXE

Inventario de Autoevaluación

por

C. D. Spielberg, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado (a) . . . . .	①	②	③	④
2. Me siento seguro (a) . . . . .	①	②	③	④
3. Estoy tenso (a) . . . . .	①	②	③	④
4. Estoy contrariado (a) . . . . .	①	②	③	④
5. Estoy a gusto . . . . .	①	②	③	④
6. Me siento alterado (a) . . . . .	①	②	③	④
7. Estoy preocupado (a) actualmente por algún posible contratiempo . . . . .	①	②	③	④
8. Me siento descansado (a) . . . . .	①	②	③	④
9. Me siento ansioso (a) . . . . .	①	②	③	④
10. Me siento cómodo (a) . . . . .	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo (a) . . . . .	①	②	③	④
12. Me siento nervioso (a) . . . . .	①	②	③	④
13. Me siento agitado (a) . . . . .	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar" . . . . .	①	②	③	④
15. Me siento reposado (a) . . . . .	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho (a) . . . . .	①	②	③	④
17. Estoy preocupado (a) . . . . .	①	②	③	④
18. Me siento muy agitado (a) y aturdido (a) . . . . .	①	②	③	④
19. Me siento alegre . . . . .	①	②	③	④
20. Me siento bien . . . . .	①	②	③	④



Anexo 4



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

HOSPITAL DE LA MUJER



LISTA CHECABLE (Checklist)

Instrucciones: Marca con una X la forma en que te sientes en la lista checable.

Nombre: \_\_\_\_\_ No. Cama: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Checklist

Síntoma	Pre		Post	
	SÍ	NO	SI	NO
Nerviosa				
Miedo				
Inquietud				
Temblores en manos y/o pies				
Dolor de cabeza				
Dolor en cuello u hombros				
Rechinar o apretar los dientes				
Mareos				
Manos frías				
Sudoración				
Sudor en las manos				
Dificultades para respirar				
Respiración rápida				
Tensión en el cuerpo				
Dolor o presión en el pecho				
Palpitaciones				
Sensación de ahogo				
Sensación de nudo en garganta				
Nauseas				
Garganta y/o boca seca				
Pensar que algo malo puede pasar				





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
 HOSPITAL DE LA MUJER



¿QUÉ ME PREOCUPA DE LA CIRUGÍA?

Instrucciones: A continuación, podrás leer algunas opciones que pueden preocuparte de tu cirugía, elige las opciones con las que te identificas marcándolas con una equis (X) y responde lo que se te indica.

¿Qué me preocupa de la cirugía?		
La anestesia	( )	¿Por qué?
La cicatriz	( )	¿Por qué?
El tiempo de recuperación	( )	¿Por qué?
Complicaciones durante la cirugía	( )	¿Por qué?
Otra	( )	¿Cuál? ¿Por qué?



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
HOSPITAL DE LA MUJER



## CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS DE LA CIRUGÍA

Nombre: \_\_\_\_\_ No. Cama: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Instrucciones: lee con atención las siguientes preguntas y responde lo que se indica.

*¿Cuál es la información que ha recibido de la intervención a la cual será sometida?*

---

---

*¿Considera que es suficiente?*

---

---

*¿Qué dudas tiene al respecto?*

---

---

*¿Qué sabe de la histerectomía?*

---

---

*¿Cómo se ha sentido desde la notificación de la intervención quirúrgica?*

---

---

*¿Ha buscado información acerca de su cirugía? ¿Qué ha encontrado? ¿Con quién has buscado información?*

---

---



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
HOSPITAL DE LA MUJER



### FORMATO DE SATISFACCIÓN

Instrucciones: lee con atención las siguientes preguntas y elige una de las opciones con la que estés más de acuerdo

¿Qué tan satisfecha estás con el apoyo psicológico?

Muy satisfecha	Satisfecha	Poco satisfecha	Insatisfecha
----------------	------------	-----------------	--------------

¿Qué tan satisfecha estás con la psicóloga?

Muy satisfecha	Satisfecha	Poco satisfecha	Insatisfecha
----------------	------------	-----------------	--------------

¿Qué tan satisfecha estás con el manual informativo?

Muy satisfecha	Satisfecha	Poco satisfecha	Insatisfecha
----------------	------------	-----------------	--------------

¿Qué tan satisfecha estás con las técnicas psicológicas?

Muy satisfecha	Satisfecha	Poco satisfecha	Insatisfecha
----------------	------------	-----------------	--------------

¿Qué te gustaría mejorar?

---

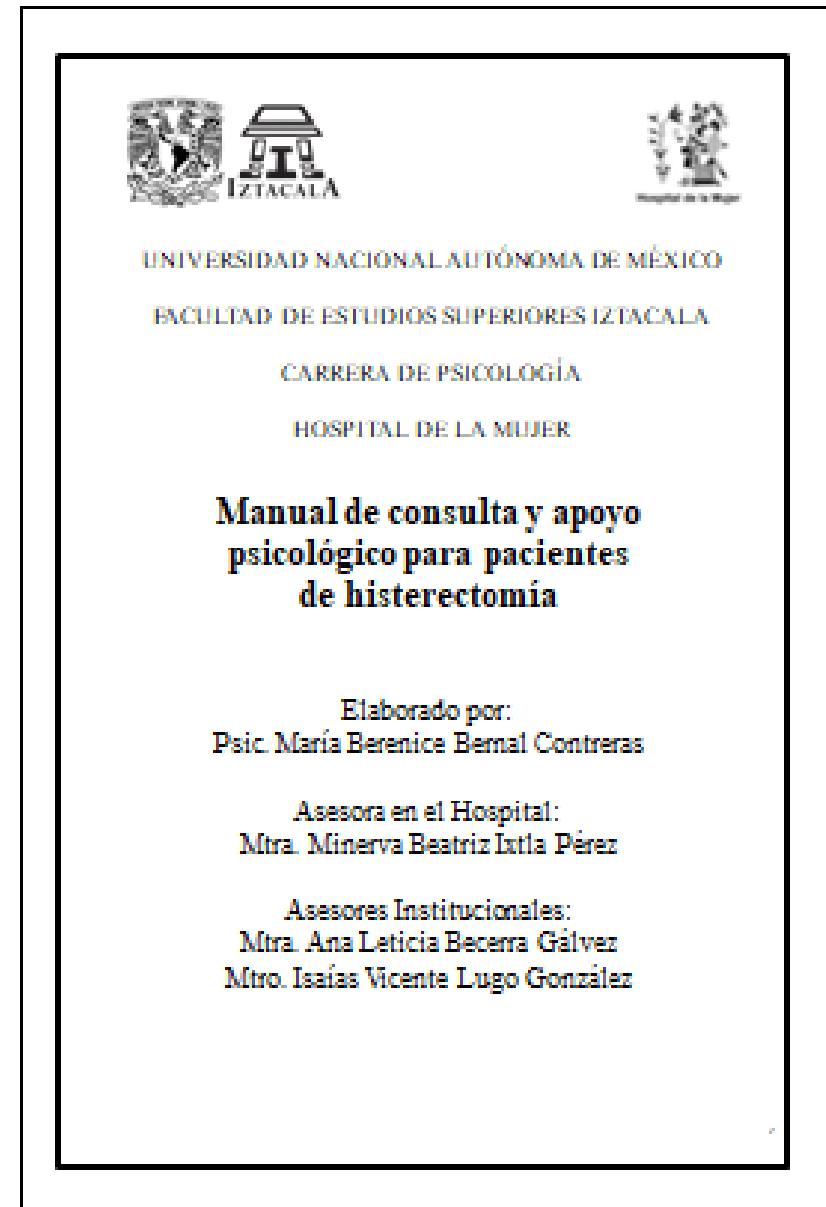
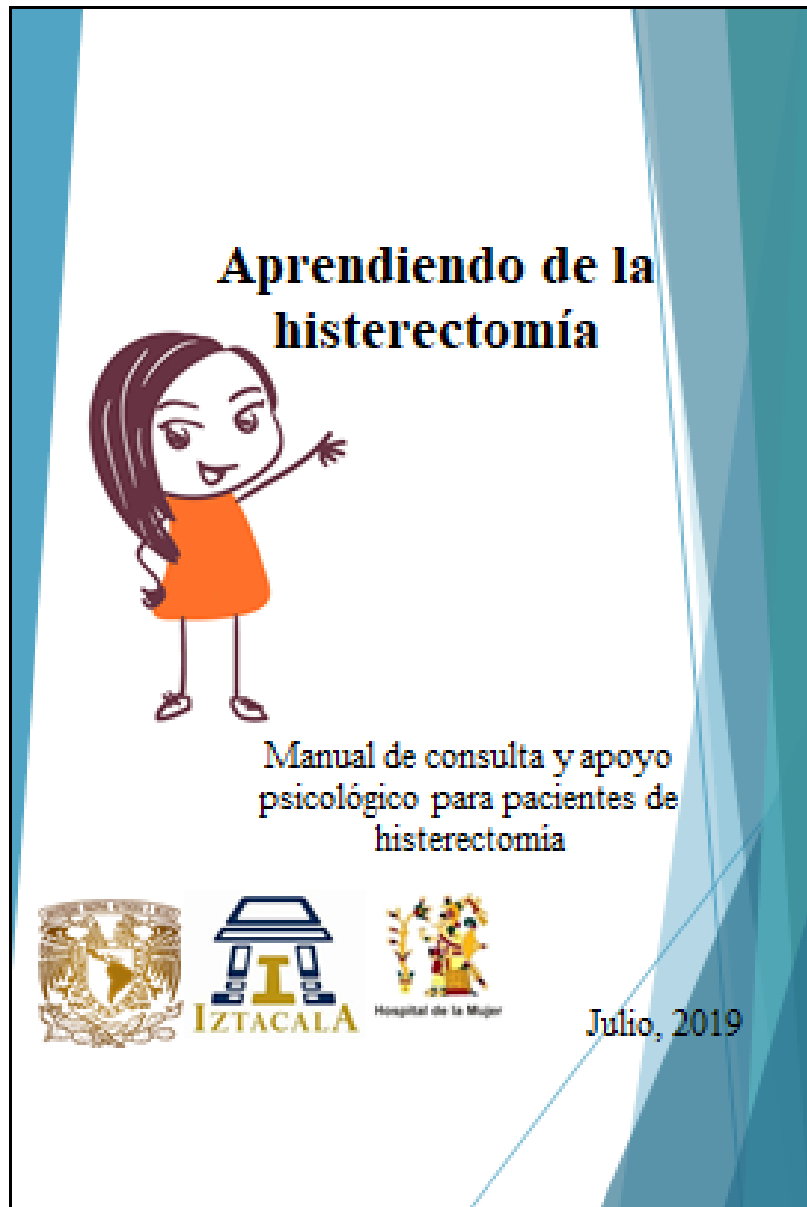
---

---

---

¡GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN!





## **Presentación**

El presente manual es parte de una investigación realizada en mujeres que serán intervenidas por histerectomía en el Hospital de la Mujer.

Con ayuda de este manual conocerá las características más relevantes de la histerectomía y apoyo psicológico que le permitirá tener un mayor control de la ansiedad ante la cirugía.

A lo largo del Manual encontrará algunas palabras subrayadas, su significado lo podrá encontrar en el Glosario.



## **Personaliza tu manual**

Mi nombre es \_\_\_\_\_ Tengo \_\_\_\_ años

Expediente \_\_\_\_\_

Los integrantes de mi familia son \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Algo que me gusta hacer en mis tiempos libres  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué pienso acerca de la cirugía?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué me preocupa de la cirugía?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué me gustaría saber de la cirugía?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuáles son las dudas que tienes acerca de la cirugía?

- La duración de la cirugía

¿Por qué?

---

- El tiempo de recuperación

¿Por qué?

---

- El dolor después de la cirugía

¿Por qué?

---

- El que no tenga suficiente información de la cirugía

¿Por qué?

---

- Complicaciones durante o después de la cirugía

¿Por qué?

---

- ¿Qué le preguntarías al médico/a las dudas que puedes tener?

---

---

## Contenido

Objetivos del Manual	8
<b>Apartado 1. Histerectomía</b>	
Histerectomía y tipos	10
¿Por qué tienen que realizarme una histerectomía?	12
¿Cómo se realiza?	14
Actividad 1	16
<b>Apartado 2. Ansiedad prequirúrgica</b>	
¿Qué me preocupa de la cirugía?	18
<b>Apartado 3. Apoyo psicológico</b>	
Aprendiendo a respirar y a relajarme	20
Actividad 2	25
Aprendiendo a guiar mis acciones	26
Actividad 3	29

#### **Apartado 4. Antes de ingresar al hospital**

5 requisitos que no debes olvidar antes de ingresar al hospital	32
---	----

#### **Apartado 5. Estancia hospitalaria**

Ingreso al hospital	35
¿Qué ocurre durante mi estancia hospitalaria?	36

#### **Apartado 6. Recuperación en casa**

¿Debo tomar medicamentos?	41
¿Cuánto tiempo tardará mi recuperación?	41
¿Cuáles son los cuidados en casa?	42
¿Cómo saber si la herida se infectó?	43
Por último	44
Glosario	45
Referencias Bibliográficas	46

## **Objetivos**

- Conocer las principales características de la histerectomía, tipos y formas de realización.
- Aprender las técnicas psicológicas que serán entrenadas.
- Practicar las técnicas psicológicas entrenadas, logrando una disminución de ansiedad.
- Identificar la información acerca del procedimiento a seguir durante su estancia hospitalaria antes, durante y después de la cirugía.
- Conocer los cuidados a seguir durante su reposo en casa.

## APARTADO 1. HISTERECTOMÍA

### Histerectomía y tipos de histerectomía

La histerectomía es una cirugía que consiste en el retiro del útero de forma parcial, total o radical :

- Histerectomía supracervical (subtotal o parcial): se extrae la parte superior del útero pero se deja el cuello uterino.



*Histerectomía supracervical. Se extrae el útero pero se deja en su sitio el cuello uterino.*

Figura 1. Histerectomía supracervical, el círculo muestra las partes que se extraen, en este caso es el útero sin el cuello uterino.

Adaptado del Folleto Informativo *La histerectomía*, del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (2015).

- Histerectomía total: se extrae completamente el útero y el cuello uterino.



Histerectomía total. Se extraen el útero y el cuello uterino.

Figura 2. Histerectomía total, el círculo muestra las partes que se extraen, en este caso es el útero y el cuello uterino. Adaptado del Folleto Informativo *La histerectomía*, del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (2015).

- Histerectomía radical: se extrae el útero, el cuello uterino y las estructuras alrededor del útero.



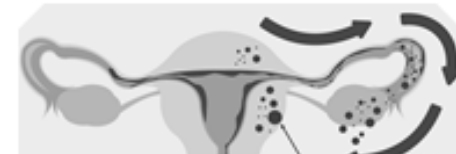
Figura 3. Histerectomía radical, el círculo muestra las partes que se extraen, en este caso es el útero, el cuello uterino, los ovarios y las trompas de Falopio. Adaptado del Folleto Informativo *La histerectomía*, del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (2015).

## ● Por qué tienen que realizarme una histerectomía ?



Es **necesaria** ante la presencia de enfermedades uterinas benignas como:

- Enfermedades ubicadas en los órganos reproductores: como miomas, pólipos y adenomiosis.



- Sangrado uterino disfuncional (SUD): cuando el tratamiento farmacológico no funciona.





De igual forma, se realiza de forma **preventiva** en el caso de enfermedades uterinas malignas como:

- Cáncer



- Tumores localizados en los órganos reproductores



13

## ¿Cómo se realiza una histerectomía?



La histerectomía puede realizarse de tres formas:



Figura 4. Muestra la forma de realización de la histerectomía abdominal.

- Histerectomía abdominal: el útero se extrae por una incisión en la parte inferior del abdomen, es realizada cuando existe alguna enfermedad como el caso de: endometriosis, adherencias y tumores.
- La histerectomía vaginal: el útero se extrae por la vagina, se utiliza en caso de prolapso uterino y tumores pequeños.



Figura 5. Muestra la forma de realización de la histerectomía por vía vaginal.

14

- La histerectomía laparoscópica: se utiliza un laparoscopio, permite extraer el útero por partes, la cirugía es menos invasiva. En el Hospital de la Mujer se realiza en casos especiales y la paciente debe pagar un costo por la renta del laparoscopio.

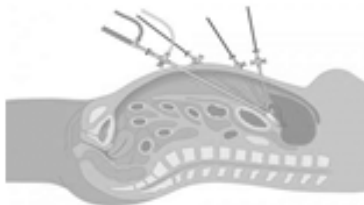


Figura 6. Muestra la forma de realización de la histerectomía laparoscópica, en la cual se hacen pequeñas incisiones utilizando un laparoscopio.

#### Recuerda:

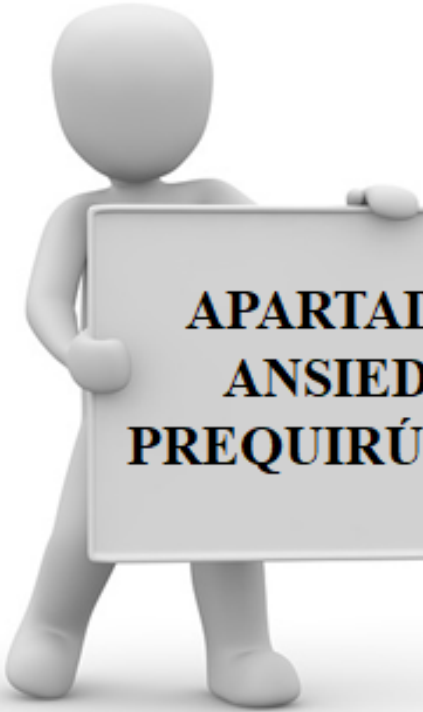
- El tipo de histerectomía que se te realizará depende de tu estado de salud y el tipo de problema que se presente.  
Plática con tu médico/a si tienes dudas o comentarios.



### ACTIVIDAD 1

En la siguiente actividad describa con sus propias palabras: **qué es la histerectomía, los tipos y formas de realizarse e incluso si han quedado dudas.** Esto me permitirá identificar si la información que hasta ahora conoces ha quedado clara.





**APARTADO 2.  
ANSIEDAD  
PREQUIRÚRGICA**

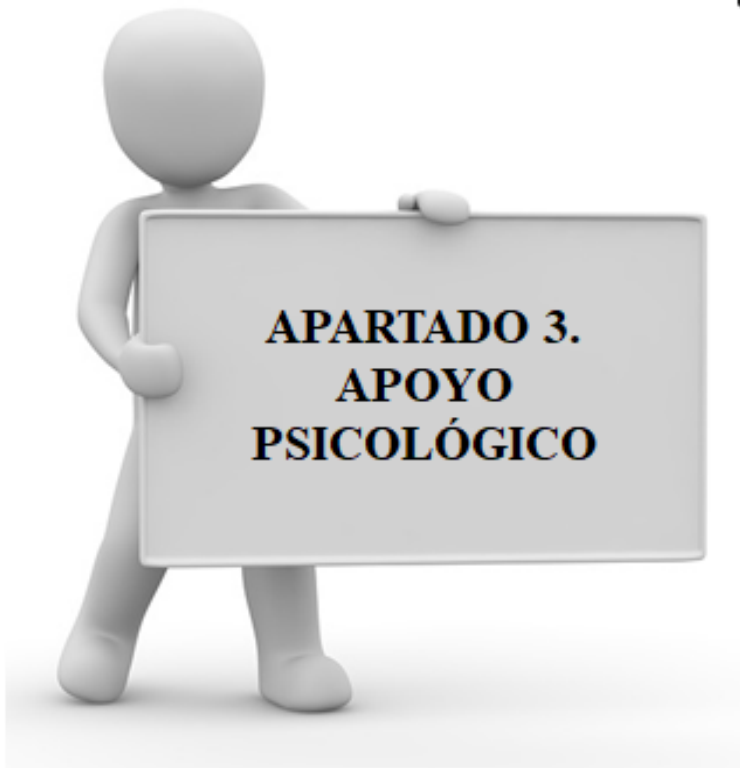


**¿Qué me preocupa de la cirugía?**

Es natural que ante una cirugía se experimente miedo, nerviosismo y ansiedad.

La ansiedad es una respuesta emocional que puede presentarse en el paciente antes, durante y después de la cirugía.

La invito a reflexionar sobre cómo te has sentido.



**APARTADO 3.  
APOYO  
PSICOLÓGICO**

---

## Aprendiendo a respirar y a relajarme

La relajación nos permite disminuir las reacciones de ansiedad logrando efectos de calma y tranquilidad.

Recomendaciones:

Antes de iniciar, es importante que busque una posición que le permita estar lo más cómoda posible ya sea sentada o recostada, debe de estar tranquila y evitar moverse.

Instrucciones:

- Lugar: con temperatura agradable y que sea lo más silencioso posible.
- Ropa: utiliza ropa que le permita sentirse cómoda, evita usar cinturón, pulseras, collares o aretes pesados.
- Hora: procure realizarlo siempre a la misma hora, los mejores momentos son antes de dormir y después de levantarte. Evite los momentos después de comer.

¿Está lista?



¡Comencemos!



1

Realizaremos un ejercicio de respiración. Cuando yo le diga "inhale", usted va a introducir aire por su nariz suavemente y de forma lenta, dejará por un momento el aire dentro, a la altura del estómago. Cuando yo le diga "exhale", usted va a sacar el aire por su boca suavemente y de forma lenta. Lo repetiremos 5 veces.

Ahora que ya controlamos nuestra respiración. Cerraremos nuestros ojos para así evitar distracciones visuales y concentrarnos en nuestra respiración y en nuestro cuerpo.

2



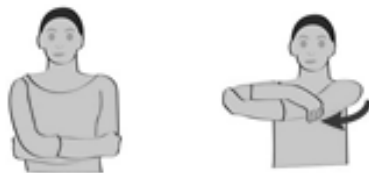
3

Se encuentra cómoda en la posición que ha tomado, sentada o recostada. Tratemos de sentirnos relajadas



4

Lleve su atención a tu brazo derecho y deje que se vaya cualquier tipo de tensión, concéntrese en su mano y brazo derecho, sienta como se relaja más y más.



Ahora enfoque su atención en su brazo y mano izquierda, lleve su atención de la sensación de relajación de su mano y brazo izquierdo.

5



6

La relajación se extiende ahora por ambas manos y brazos, su cara, su cabeza, por su cuello, hombros y su espalda. Note como se siente un calor suave. Deje que esa sensación la invada, su cuerpo se siente más relajado y menos pesado.



23

7

Baje ahora su atención a la cadera, piernas y pies, note como se van sintiendo más y más relajados, ahora esa pesadez se vuelve calor y va recorriendo desde su cadera, las piernas y sus pies



Ahora, suba a su pecho y estómago, sienta la pesadez y como poco a poco se relaja.



8

Sienta como todo su cuerpo está cada vez más relajado.

9

Finalmente, concéntrese de nuevo en su respiración inhale, retenga y exhale. Repítalo por 3 veces. Poco a poco abra sus ojos.

24



## ACTIVIDAD 2

En la siguiente actividad describa: **cómo se sintió al momento de realizarla y si logra identificar alguna diferencia en la forma de sentirse después de terminarla.**

21

---

## Aprendiendo a guiar mis acciones

Piense en la respuesta de la siguiente pregunta:

*¿Qué suele decirse cuando realiza alguna actividad?*



Por ejemplo, al hacer una actividad como HACER LA COMIDA usted podría decirse "hay que lavar y después picar estas verduras", en este ejemplo usted guía la acción de lavar y picar, y no realiza otra acción que no tenga que ver con HACER LA COMIDA.

Este diálogo interno se convierte en una indicación que nos permite guiar la secuencia de las actividades que realizamos.

---

22

Las autoinstrucciones nos permiten evaluar qué de alguna situación nos hace sentir ansiosas, para así poder controlar los pensamientos, imágenes, sentimientos negativos y afrontar las emociones disfuncionales utilizando las autoinstrucciones más adecuadas.

Utilizando el ejemplo anterior de la actividad HACER LA COMIDA, la secuencia probablemente sería:

1. *Lavar y picar las verduras*



2. *Ponerlas en una olla con agua*



3. *Prender la estufa y poner la olla con las verduras para cocinarse, etc.*



27

Es importante identificar las frases que suele decirse mientras realiza sus actividades diarias, utilizando el ejemplo anterior, algunas frases podrían ser:



28



### ACTIVIDAD 3

En la siguiente actividad, describa lo que realizaría en cada uno de los pasos.

1. Definición del problema: ¿Qué me hace sentir el saber que ya es tiempo de mi cirugía?

---

---

---



2. Aproximación del problema: ¿Qué conozco de la cirugía?

MUY BIEN

---

---

---

3. Focalización de la atención: ¿Con qué herramientas cuento? ¿Qué puedo hacer?

TODO LISTO

---

---


---

¿Qué frases se diría? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ahora bien, es momento de poner en práctica lo que conocemos hasta ahora.

Imagine que le avisan que en 20 minutos pasará a quirófano para la realización de la histerectomía.

**¿Qué es lo primero que haría?**



**APARTADO 4.  
ANTES DE  
INGRESAR AL  
HOSPITAL**

**5**

requisitos que no  
debe olvidar antes de  
entrar al hospital



**1**

Donadores: Se solicitan  
2 donadores de sangre  
para cirugía programada  
y 1 donador de sangre  
en el caso de urgencias.



**2**

Familiares o acompañantes:  
una persona puede  
acompañarla a su ingreso y se  
quedará en sala de espera. El  
personal de enfermería y  
trabajo social le darán informes  
de tu proceso en el hospital.



**3**

Objetos: dos botellas de agua  
de 1L, dos rollos de papel,  
cepillo y pasta de dientes,  
jabón neutro, zacate, toalla y  
sandalias para baño.





4

Documentos: identificación oficial INE o pasaporte o licencia de conducir o alguna constancia de identidad con fotografía del paciente y del acompañante.



5

Recibo de pago: el monto de pago dependerá del estudio socioeconómico que le realizará Trabajo Social cuando tenga fecha para su cirugía.

¡Asegúrese de tener todo listo antes de su ingreso al hospital!



## APARTADO 5. ESTANCIA HOSPITALARIA

## Ingreso al hospital



En la siguiente tabla podrá observar el tiempo aproximado que pasará en el hospital.

Día	Procedimiento	Horarios
1	Ingreso	De 8am a 12 del medio día
2	Cirugía	De 8am a 10am
3	Vigilancia/ Monitoreo	Todo el día
4	Alta del hospital	Después de las 10 am

Tome en cuenta que:

El ingreso puede darse antes si las pacientes presentan anemia, presión alta o diabetes, con el fin de estabilizarlas antes de la cirugía.

El egreso puede darse después, en el caso de presentarse alguna complicación después de la cirugía.

21

¿Qué ocurre durante la estancia hospitalaria?



- ❖ Pruebas de laboratorio: Al ingresar al hospital únicamente le pedirán una muestra de sangre, con el objetivo de checar como se encuentra a su ingreso. Si el médico/a lo requiere, se le realizarán otras pruebas.



- ❖ Alimentación previa a la cirugía: Al ingresar, tendrá una dieta blanda y después solo se le darán líquidos.



Por la tarde y noche se le realizarán dos lavados intestinales.

22

- ❖ Tiempo para pasar a quirófano: Desde su ingreso al hospital hasta la intervención quirúrgica pueden pasar hasta 24 horas aproximadamente.



- ❖ Tiempo en sala de recuperación: Son 2 o 3 horas en las cuales permanecerá en la sala antes de ser trasladada a piso, este tiempo varía según su restablecimiento de la anestesia. Son el anestesiólogo/a y el personal de enfermería quienes vigilarán este progreso.



Al estar en piso, se le evaluará de la siguiente forma para cerciorarse que no existan complicaciones durante el periodo de reposo en el hospital:

- ❖ Alimentos: Después de la cirugía debe de:

Tolerar líquidos



Tener dieta blanda



Tener dieta normal



Algunas pacientes pueden presentar vómito, no se preocupe el personal médico y de enfermería le ayudarán si esta situación llega a ocurrir.

- ❖ **Actividad:** Se le pedirá que sea capaz de sentarse y ponerse de pie, si no hay mareo, se le pedirá que camine un poco, primero cerca de su cama, en la sala y en el pasillo del área, si no hay mareo o complicaciones, podrá bañarse. Además es necesario que defecue.



Después de la cirugía, las pacientes permanecen en el hospital **dos días**, con el objetivo de asegurar que no se presenten complicaciones.

Si no hay complicaciones el médico/a da el alta a la paciente, se encarga de dar el expediente y alta a Trabajo Social, donde se comunicarán con su familiar y podrán iniciar el proceso de tu egreso del hospital.

## APARTADO 6. RECUPERACIÓN EN CASA

---

### ¿Debo tomar medicamentos?



Es probable que sean recetados analgésicos y antibióticos para el dolor y para evitar alguna infección.

### ¿Cuánto tiempo tardará mi recuperación?

Después de la cirugía, se recomienda un periodo de reposo que va de **cuatro a seis semanas**, dependiendo del tipo de histerectomía realizada y del estado de salud de la paciente.



41

---

### ¿Cuáles son los cuidados en casa?

Alimentación: dieta baja en grasa, picante, especias y carne roja.



Actividades: Podrás realizar actividades de forma lenta y en las cuales no tenga que hacer mucho esfuerzo físico, evite agacharse y cargar cosas pesadas.



Higiene: Se recomienda que lave su herida con jabón y agua. Después de bañarse asegúrese de que su herida permanezca seca.

Si utiliza algún vendaje, pregunte a su médico/a cómo y cada cuánto debe cambiarlo.

42



¿Cómo saber si la herida se infectó?

Es normal que la herida duela un poco o cause incomodidad al moverse, PERO si la herida tiene un **color rojo, esta caliente, duele más de lo normal y tiene fiebre**, es probable que sea una infección

**¡Acuda inmediatamente al hospital!**

Si tiene más dudas o comentarios acerca del cuidado de la herida, puede solicitar más información al personal médico o de enfermería.

---

POR ÚLTIMO



Es importante recordarle que el Hospital de la Mujer cuenta con servicio de Psicología, donde pueden ayudarle en el caso de que lo necesite durante su estancia en el hospital por medio de una interconsulta que debe pedirle a su médico/a a cargo, o por consulta externa acudiendo directamente al Departamento de Psicología ubicada en el tercer piso del Hospital, le agendarán una cita para el día y la hora más adecuada para usted.

**¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!**

Hospital de la Mujer.  
Prolongación Salvador Díaz Mirón 374.  
Col. Santo Tomás CDMX.  
[www.hdelamujer.salud.gob.mx](http://www.hdelamujer.salud.gob.mx)

## GLOSARIO

- o Adenomiosis: se produce cuando el tejido que normalmente recubre el útero se desarrolla en la pared muscular del útero.
- o Adherencias: son bandas de tejido cicatricial que se forman entre los órganos de la pelvis
- o Endometriosis: trastorno ginecológico benigno y frecuente, el en cual hay una presencia de glándulas y estroma endometrial fuera del útero.
- o Incisión: Hendidura que se hace en algunos cuerpos con instrumento cortante.
- o Laparoscopia: instrumento quirúrgico consistente en un tubo fino y flexible dotado de elementos ópticos que se emplea para observar el interior del abdomen.
- o Miomas: tumor benigno formado por elementos musculares.
- o Pólipos: tumor de estructura diversa, que se forma y crece en las membranas mucosas de diferentes cavidades, en la mujer, la vagina y la matriz.
- o Prolapso uterino: ocurre cuando los músculos y los ligamentos del suelo pélvico se estiran y se debilitan, por lo que dejan de proporcionar un sostén adecuado para el útero.

4

## REFERENCIAS BIBLOGRAFICAS

- Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (2015). La histerectomía.
- Guía de Práctica Clínica (2010). *Indicaciones y contraindicaciones de la histerectomía en el segundo nivel de atención*. México: Secretaria de Salud.
- Quintero, A., Yasnó, D., Riveros, O., Castillo, J y Borráez, B. (2017). Ansiedad en el paciente prequirúrgica: un problema que nos afecta a todos. *Revista colombiana de cirugía*. 32, pp. 115-120.
- Real Academia Española. (s. f.). Internet [artículo nuevo]. En Diccionario de la lengua española (avance de la 23.a ed.). Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=KWMP1cp>

4






## APOYO PSICOLÓGICO ANTE UNA CIRUGÍA

### ¿Cómo puedo sentirme ante una cirugía?

El tener conocimiento de que se nos realizará una cirugía puede provocar en nosotros reacciones de incomodidad, angustia, miedo y preocupación, lo cual se denomina ansiedad, en este caso, ansiedad prequirúrgica.

Manual de consulta ante intervención quirúrgica: histerectomía y apoyo psicológico







**En la presente investigación...**

**Objetivo: Las pacientes podrán manejar la ansiedad previa a la intervención quirúrgica.**

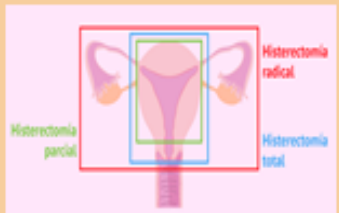



## HISTERECTOMÍA

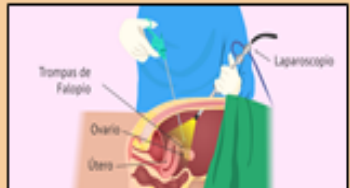
### Tipos

- Histerectomía total: en la cual se extrae completamente el útero y el cuello uterino.
- Histerectomía supracervical (subtotal o parcial): en la que se extrae la parte superior del útero pero se deja el cuello uterino.
- Histerectomía radical: en la cual también se extraen las estructuras alrededor del útero.



Manual de consulta ante intervención quirúrgica: histerectomía y apoyo psicológico

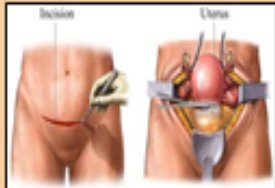




### ¿Cómo se realiza?

La histerectomía abdominal se refiere al abordaje quirúrgico cuando existe alguna patología como endometriosis o adherencias.


La histerectomía vaginal es utilizada en mayor frecuencia para las anomalías menstruales como el sangrado uterino disfuncional.



La histerectomía laparoscópica, la cual se realiza por laparoscopia y es la menos invasiva de las modalidades.

### ¿Qué pasa ante una cirugía?

Los procesos quirúrgicos desencadenan diferentes reacciones emocionales, mentales y físicas, en los pacientes, las cuales pueden presentarse antes, durante y después de la intervención quirúrgica y pueden influir en el proceso de recuperación.





Anexo 11

Tabla 6

*Cartas descriptivas de las fases del procedimiento*

**Fase 1**

**Título:** Presentación del proyecto de investigación, primer evaluación e intervención

**Objetivo general:** Proporcionar información acerca de la investigación y realizar intervención psicológica

**Objetivos particulares:**

- Presentación de la psicóloga a cargo de la investigación con las pacientes y descripción de la investigación, así como las implicaciones y beneficios de la misma
- Entregar el consentimiento informado y recabar la firma de la paciente
- Recabar datos sociodemográficos de la paciente
- Evaluar con escala IDARE-E, Checklist y preguntas sobre ansiedad
- Evaluar con Cuestionario de conocimientos
- Explicar que es la histerectomía, tipos, formas de realización
- Explicar el procedimiento que se llevara a cabo en el hospital antes, durante y después de la cirugía
- Explicar y llevar a cabo la técnica de relajación pasiva
- Explicar y lleva a cabo la técnica de autoinstrucciones

Tema	Objetivo específico	Técnica	Material	Dinámica	
Presentación.	Presentación de la psicóloga a cargo de la investigación con la paciente y descripción de la investigación así como las implicaciones y beneficios que conlleva.	Exposición	Infografía	Psicóloga	Pacientes
				Presentación con la paciente, dando datos como su nombre, la institución de la que viene y en qué área del hospital se encuentra. Descripción	Presentación con la psicóloga, diciendo nombre, edad y diagnóstico. La paciente prestó atención a la explicación dada por la

de la investigación y explicación de los temas, los beneficios que tendría el participar en la intervención y resolución de dudas. psicóloga y planteó preguntas respecto a la investigación.

Consentimiento informado	Entregar el consentimiento informado y recabar la firma de la paciente	Cuestionario	Consentimiento informado y bolígrafos.	Entregó el consentimiento informado, el cual fue leído en conjunto con la paciente y se resolvieron las dudas que se presentaron	Leyó el consentimiento y firmó el consentimiento conservando una copia del mismo
Recolección de datos	Recabar datos sociodemográficos de las pacientes que aceptaron estar en la investigación	Cuestionario	Formatos para recabar datos sociodemográficos de la paciente, bolígrafos y lápices.	Obtuvo los datos de las pacientes que accedieron a participar en la investigación.	Respondió y realizó preguntas de la información que se le pide o de la investigación
Evaluación de ansiedad	Evaluar con escala IDARE-E, lista checable y cuestionario de ansiedad	Inventario, lista checable y cuestionario	Formatos de los inventarios, Checklist, cuestionarios, bolígrafos y lápices.	Entregó los formatos a la paciente y resolvió las dudas de la paciente.	Respondió los formatos y expresó las dudas que tuvo al momento de contestar.
Evaluación de conocimientos	Evaluar con Cuestionario de conocimiento la información que las	Cuestionario	Cuestionario de conocimientos de la histerectomía,	Entregó el formato a la paciente para que lo responda, y resolverá las	Respondió y expresó las dudas al momento de contestar el formato.

	pacientes saben de la histerectomía		lápices y bolígrafos	dudas que la paciente pueda tener.	
Descripción de las características de la histerectomía	Explicar que es la histerectomía, tipos y formas de realización	Psicoeducación	Manual de consulta bolígrafos y lápices.	Explicó las características más importantes de la histerectomía con ayuda del Manual de consulta.	La paciente escuchó con atención la información, preguntó en caso de tener dudas de la información y realizó la actividad evaluativa que se encuentra en el Manual de consulta.
Explicación de la técnica de relajación pasiva.	Explicar la técnica de relajación pasiva.	Psicoeducación	Manual de consulta.	Con ayuda del manual de consulta, se explicó que es la relajación pasiva. Se leyeron las instrucciones a seguir para realizar la técnica de relajación pasiva. Se respondieron dudas	Escuchó con atención la explicación que dio la psicóloga. Realizo preguntas acerca de la técnica entrenada.
Ejecución de la técnica de relajación pasiva	Llevar a cabo la técnica de relajación pasiva.	Relajación	Manual de consulta	Llevó a cabo, la técnica de relajación pasiva, dio pequeñas pausas para preguntar a las pacientes tenían alguna pregunta o alguna complicación al seguir alguno de los pasos. Al finalizar se les pidió que describieran de forma oral como se sintieron después de realizar la técnica, y en la	Las pacientes realizaron la técnica de relajación pasiva. Expresaron como se sintieron al realizar la técnica. Describieron de forma oral la forma en cómo se sintieron después de realizar la técnica. Realizaron la actividad correspondiente al

				actividad del apartado tres del Manual de consulta.	apartado tres del Manual de consulta.
Explicación de la técnica de autoinstrucciones.	Explicar la técnica de autoinstrucciones	Psicoeducación	Manual de consulta.	Utilizando el Manual de Consulta, se leyeron las indicaciones del apartado correspondiente a la técnica de autoinstrucciones. Se respondieron dudas que se presentaron.	Escucharon con atención la explicación que dio la psicóloga. Realizaron preguntas acerca de la técnica.
Ejecución de la técnica de autoinstrucciones.	Llevar a cabo la técnica de autoinstrucciones	Autoinstrucciones	Manual de consulta.	Se les dio la explicación de la técnica, y la forma de realizarla con ayuda de la actividad del apartado correspondiente del Manual de consulta. Se respondieron dudas.	Las pacientes realizaron la técnica de autoinstrucciones con ayuda de la actividad del apartado correspondiente. Expresaron como se sintieron al realizar la técnica. Describieron de forma oral cómo se sintieron después de realizar la técnica.

Explicación del procedimiento que seguirán las pacientes en el hospital	Explicar el procedimiento que se llevara a cabo en el hospital antes, durante y después de la cirugía	Psicoeducación	Manual de consulta	Se les dio una explicación del proceso que llevarían las pacientes desde el ingreso al hospital, durante su estancia, después de la cirugía y en su egreso.	Las pacientes escucharon la información que se les dio y realizaron preguntas.
---	---	----------------	--------------------	---	--

## Fase 2

**Título:** Segunda evaluación e intervención antes de la cirugía.

**Objetivo general:** Evaluar la ansiedad de las pacientes previa a la cirugía, realizar el ejercicio de relajación y autoinstrucciones

### Objetivos particulares:

- Realizar el ejercicio de relajación y autoinstrucciones
- Evaluar por medio del IDARE Estado el grado de ansiedad que presentan las pacientes antes de la cirugía
- Evaluar los síntomas de ansiedad que presenta con la Checklist
- Evaluación de la intervención psicológica por las pacientes

Tema	Objetivo específico	Técnica	Material	Dinámica	
Repasar técnica de relajación y autoinstrucciones	Realizar el ejercicio de relajación y autoinstrucciones	Relajación y autoinstrucciones	Manual de consulta	Psicóloga	Pacientes
				Se realizó el ejercicio de relajación con cada una de las pacientes, así como la técnica de autoinstrucciones	Realizaron el ejercicio de relajación y la técnica de autoinstrucciones. Preguntaron dudas en cuanto

Resolvió las dudas que las  
pacientes

a la forma de hacer el  
ejercicio.

---

Evaluar el grado de ansiedad que presenten las pacientes antes de la intervención quirúrgica.	Evaluar por medio del IDARE Estado el grado de ansiedad que presentan las pacientes	Aplicación de inventario.	Inventario IDARE Estado Lápices	Les dio a las pacientes el inventario IDARE Estado para que lo respondieran	Contestaron el inventario y posteriormente lo entregaron a la psicóloga.
Identificar los síntomas de ansiedad que presenten las pacientes antes de la intervención quirúrgica.	Evaluar los síntomas de ansiedad que presenta la paciente con el formato de lista checable	Aplicación de lista checable de síntomas de ansiedad	Formato con Checklist Lápices.	Les proporciono a las pacientes el formato que contiene la lista checable para que las pacientes lo contestaran.	Contestaron en formato y al final lo entregaron a la psicóloga.
Evaluación de la intervención psicológica por las pacientes	Evaluar la satisfacción de las pacientes con cuestionario de satisfacción	Cuestionario	Formato de cuestionario de satisfacción	Proporciono el formato de satisfacción para que las pacientes lo respondan	Las pacientes respondieron el formato de satisfacción

