

FACTORES EMOCIONALES EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA.¹² EMOTIONAL FACTORS OF HYSTERCTOMY PATIENTS.

Jaime Ernesto Vargas-Mendoza³ y Aurora López Serrano

Asociación Oaxaqueña de Psicología A. C.
Centro Regional de Investigación en Psicología/
Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona Número 1, Oaxaca.
México

Resumen. Con objeto de evaluar algunos factores emocionales en las pacientes que se someten a Histerectomía, a un grupo de 10 pacientes pre-menopáusicas se les midieron los niveles de Depresión, Ansiedad y Dolor Percibido, luego de su cirugía. El 40% de ellas mostraron una franca reacción depresiva. Todas tuvieron una reacción de ansiedad, 90 % de nivel ligero y solo 10 % de un nivel moderado. El nivel promedio de dolor percibido fue de 4 en una escala subjetiva de 10 puntos. Se consideró deseable contar con un programa de apoyo psicológico para ayudarlas a superar estas incidencias.

Palabras Clave: Histerectomía, emociones, psicoterapia.

Abstract: Focusing on the emotional factors of hysterectomized patients 10 pre-menopausal woman was taken to measure their levels of depressive reactions, anxiety reactions and perceived pain after surgery. Depression was present on 40% of them. Anxiety occurs in a low level 90% and middle level 10%. Perceived pain was variable with a mean of 4 points in a 10 point subjective scale. In front of this data it seems desirable to design a program for the psychological support of this population.

Keywords: Hysterectomy, emotions, psychotherapy

La histerectomía, definida como el retiro quirúrgico del útero, es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes y puede también abarcar el retiro de las trompas de Falopio, los ovarios y la cerviz. El retiro de estas estructuras se lleva a cabo como una opción para curar o aliviar diversos problemas ginecológicos. Después de su histerectomía, la mujer no tendrá más periodos menstruales y no será posible que se embarace.

Existen dos formas principales para efectuar una histerectomía. La forma más común es la histerectomía abdominal, que implica el retiro del útero (y si es necesario, de otras estructuras) mediante una incisión en la parte

baja del abdomen. El segundo procedimiento, menos frecuente, es la histerectomía vaginal, que implica el retiro del útero solo mediante una incisión en la parte superior de la vagina. Generalmente estos procedimientos tardan una o dos horas y se llevan a cabo en un hospital, con la paciente bajo anestesia general.

De acuerdo con la Asociación de Histerectomía en el Reino Unido, una de cada cinco mujeres se someterá a la histerectomía en algún momento de su vida. En la mayoría de los casos, la histerectomía es un procedimiento elegido y no una operación de emergencia. Esto quiere decir que la paciente libremente decide someterse al procedimiento, como una manera de curarse o aliviar sus

¹ Recibido el 01 de agosto y aceptado el 16 de septiembre del 2009.

² Este trabajo fue presentado en el Primer Coloquio Estudiantil de Investigación en Psicología organizado por Instituto Politécnico Nacional en septiembre del 2009.

³ Calzada Madero 1304, Centro, Oaxaca, México. C.P. 68000 E-mail: je_vargas@yahoo.com.mx, Sitio web: <http://www.conductitlan.net>

síntomas relacionados con sus problemas ginecológicos (miomatosis, condilomatosis, fibrosis, etc).

Mientras la mayoría de las histerectomías se llevan a cabo con mujeres entre los 40 y 50 años de edad, a veces también la experimentan mujeres más jóvenes. Si una mujer no ha llegado a la menopausia y su histerectomía también involucra el retiro de ambos ovarios, experimentará la menopausia inmediatamente después de su cirugía, independientemente de su edad. El retiro de los ovarios no es generalmente necesario, a menos que haya un cáncer de ovario o estos sean poliquísticos. Las pacientes cuya histerectomía deje uno o los dos ovarios intactos, tienen un 50% de oportunidad de experimentar la menopausia a los 5 años de su operación.

Como ya se mencionó, la histerectomía puede ser necesaria cuando una mujer sufre de los siguientes síntomas: sangrados vaginales profusos, dolorosos o irregulares, fibrosis, cáncer de útero, cáncer de ovario, cáncer en la cerviz, cáncer en las trompas de Falopio, endometritis, prolapso del útero, enfermedad pélvica inflamatoria muy dolorosa o sangrado incontrolable después del parto.

Un médico puede recomendar la histerectomía cuando los tratamientos iniciales de estos problemas no hayan tenido éxito. Para muchas mujeres, la histerectomía significa el librarse de sus síntomas y vivir con plenitud. Sin embargo, para algunas de ellas sucede lo contrario. Aquí mencionamos algunos de los riesgos asociados con la histerectomía: síndrome de intestino irritable inducido por estrés, incontinencia urinaria inducida por estrés, lesiones en uretra o en intestino (por su proximidad, es un riesgo mayor si se remueve la cerviz), prolapso de la vagina, dolor de espalda, depresión, pérdida de la libido, infecciones post-quirúrgicas.

Aunque generalmente la histerectomía es efectiva para tratar la enfermedad pélvica inflamatoria y la endometritis, hay la posibilidad que estas vuelvan a ocurrir. Esto es debido a que se piensa que estas condiciones son

disparadas por la presencia de estrógenos. Así, si la mujer conserva sus ovarios o si se somete a una terapia hormonal de reemplazo luego de su ooforectomía, su cuerpo continuará produciendo estrógenos y aumentando la probabilidad de recurrencia de estos problemas.

Luego de la cirugía, la paciente puede experimentar dolores corporales. No es infrecuente que sientan dolor de espalda, de hombros o abdominal, y sientan el cuello endurecido. El médico recetará fármacos para el control de estas molestias. A la mayoría de las pacientes histerectomizadas se les coloca un catéter durante el procedimiento, poniendo un pequeño tubo en la uretra, que les permite que la orina drene hacia una bolsa a un lado de su cama. De manera que al despertar de la anestesia, sintiéndose un poco mal, no tendrán que preocuparse por ir al baño. El catéter se retirará al otro día sin ser doloroso. Como hubo pérdida de fluidos, tendrá un suero y sentirá sed que calmará bebiendo agua a plenitud. Puede que experimente un ligero sangrado en la herida quirúrgica, por lo que se usaran apósitos absorbentes. Aunque no tenga muchas ganas, la paciente debe caminar tan pronto sea posible después de su cirugía, para sacar los gases y evitar la indigestión por falta de movimiento. Un ligero laxante también sería de ayuda.

Al regresar a casa, la paciente también debe descansar, evitar agacharse o levantar cosas. No cruzar una pierna sobre la otra al estar recostada, pues dificulta la circulación. Es posible que tenga que incapacitarse para trabajar por entre 6 y 8 semanas. Si es necesario retirar suturas de la herida, esto se realiza en la siguiente consulta, normalmente entre 7 y 10 días luego de la cirugía.

Además del dolor físico, las mujeres que enfrentan una histerectomía experimentan un torbellino emocional. Es natural que se sientan preocupadas, ansiosas y temerosas antes de su cirugía, aunque ellas hayan decidido hacérsela (Women's Web, 2008).

No obstante, recientes investigaciones han demostrado que una mujer que sufra de dolor

pélvico y depresión en el momento de su histerectomía, podría experimentar mejoría en su depresión, en su dolor pélvico, en la calidad de su vida y en su función sexual después de la cirugía. Este estudio fue conducido por la Doctora Catherine Hartmann del Departamento de Obstetricia y Ginecología en la Universidad de Carolina del Norte y publicado en la Revista *Obstetrics & Gynecology* (2004, Vol.104, pp.701-709). Se estudiaron 1,200 mujeres de Maryland que fueron histerectomizadas. Las dos razones más comunes para la cirugía fueron la fibrosis y los problemas menstruales. Las pacientes se entrevistaron poco antes de la cirugía y nuevamente después de 3, 6, 12, 18 y 24 meses. Los investigadores les preguntaron sobre su depresión, su dolor pélvico, la calidad de su vida y su funcionamiento sexual. Antes de la cirugía, 14% de ellas tenían solo depresión, 19% tenían solo dolor pélvico, 13% tenían tanto depresión como dolor pélvico y la mayoría (54%) no tenían ni depresión, ni dolor pélvico. Después de la cirugía, las pacientes con dolor pélvico y depresión tuvieron una evolución menos favorable que las que tenían uno u otro de estos problemas o que las que no tenían ninguno de ellos (Nazario, 2004).

Sin embargo, otros reportes consignan efectos de depresión mayor en algunas pacientes, como impacto psicológico de la experiencia vinculada con la histerectomía y encuentran algunos factores de riesgo. En uno de esos trabajos participaron 68 pacientes que fueron evaluadas dos semanas antes de la operación y luego después de 1 y 4 meses. La depresión, la ansiedad, la imagen corporal y los síntomas ginecológicos subjetivos mejoraron después de la intervención. A pesar de todo, el funcionamiento sexual empeoró después de la cirugía. Tener problemas emocionales previos, una pobre imagen corporal, un funcionamiento sexual no satisfactorio y altos niveles de estrés, fueron considerados como factores de riesgo para observar un desorden depresivo mayor en la paciente histerectomizada (Ju-Yu, et al, 2008). En otra investigación, llevada a cabo en Pakistán, se evaluó la depresión y la ansiedad antes y después de la cirugía en 50 pacientes sometidas a histerectomía. Todas estas

mujeres mostraron niveles más altos de ambos factores emocionales en la fase post-quirúrgica, comparada con la fase pre-quirúrgica (Farooqi, 2005). Estos datos concuerdan con observaciones mucho anteriores sobre consecuencias de la histerectomía como estrés psíquico y secuelas psiquiátricas, que llevaron a hablar de un "síndrome post-histerectomía" (Sloan, 1978).

Otro aspecto que se ha investigado en las mujeres sometidas a histerectomía es el efecto que tiene esta intervención en su auto-concepto, así como el papel que juega el soporte social de que dispongan para su proceso de recuperación. En un estudio llevado a cabo en el Departamento de Enfermería de la Universidad de Manchester, las pacientes histerectomizadas no mostraron cambios adversos en su auto-concepto (auto-imagen) y sus niveles de depresión se redujeron después de la operación. Sin embargo, los niveles bajos de apoyo emocional por parte de su pareja, su familia y sus amistades, se asociaron con un resultado más pobre (Webb & Wilson-Barnett, 1983).

Otra variable más que se ha investigado como un factor emocional relevante es la pérdida de la fertilidad. En este campo, citaremos un trabajo efectuado con 1,140 pacientes premenopáusicas programadas para histerectomía, quienes fueron entrevistadas antes y después de su cirugía en el curso de dos años de seguimiento. En este estudio se midió como principal aspecto el deseo por tener un (u otro) hijo. De todas ellas, 10.5 (n=120) contestaron que sí cuando se les preguntó ¿antes de que se le dijera que necesitaba una histerectomía, quería tener un (u otro) hijo? Comparadas con las que contestaron que no, estas pacientes tenían niveles más altos de depresión, ansiedad, ira y confusión. Estas diferencias en el malestar psicológico persistieron durante los dos años de seguimiento (Leppert, Legro & Kjerulff, 2007).

Considerando todos estos factores, es fácil aceptar que la histerectomía es una situación altamente estresante, que genera fuertes reacciones emocionales con un reconocido

efecto negativo sobre la recuperación posquirúrgica. Es por ello que se han desarrollado diferentes tipos de programas de preparación para la cirugía, que faciliten el proceso y la recuperación de las pacientes. En un estudio reciente, por ejemplo, se compararon dos tipos de intervención. Un grupo de 30 mujeres recibió una preparación basada en la consideración particular de las estrategias de afrontamiento, mientras que otro grupo de 30 mujeres solo recibió como preparación la entrega de un folleto con información escrita. El trabajo se llevó a cabo en la Clínica Carlos Lleras Restrepo de Bogotá. Como variables dependientes se estudiaron los niveles de ansiedad pre y posoperatoria, la magnitud del dolor posoperatorio percibido y la presencia de complicaciones posquirúrgicas inmediatas. Los resultados revelaron que las participantes del grupo que recibió el prior tipo de programa presentaron mayor disminución en la ansiedad, menor nivel de dolor percibido y una baja frecuencia de complicaciones, que aquellas que recibieron la preparación a través de información escrita (Cárdenas, et al, 2005). Datos muy parecidos se han reportado previamente desde España (Canovas, et al, 2001).

En el presente trabajo se pretende evaluar algunos factores emocionales de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal (HTA) en el Hospital General de Zona No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación en Oaxaca, con objeto de promover la elaboración de un Programa de Intervención Psicológica, que mejore su atención y facilite su recuperación. Para ello se medirán los siguientes rasgos: depresión, ansiedad y dolor percibido.

Método

Participantes

10 pacientes pre-menopáusicas sometidas a histerectomía abdominal, independientemente de su diagnóstico. Fueron las 10 primeras pacientes programadas en el periodo comprendido entre las semanas 3 y 4 de Octubre (2008). Muestra seleccionada por el

método de cuota. La edad promedio fue de 47 años, fluctuando en un rango entre 39 y 59.

Materiales

Para evaluar las variables que conforman el abanico de factores emocionales, se utilizaron algunas pruebas psicométricas:

Depresión.- Se empleó la Escala de Depresión del Spanish Center for Epidemiologic Studies (CES-D) (Anexo 1).

Ansiedad.- Se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Anexo 2).

Dolor Percibido.- Se utilizó la Escala Visual Análoga (EVA) (Anexo 3).

Procedimiento

Fase I. Se evaluaron las pacientes de manera individual, en la primera semana, luego de su cirugía, antes de ser dadas de alta en el Hospital.

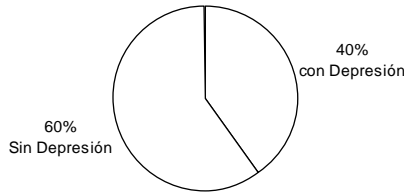
Fase II. Las pruebas se calificaron y se graficaron los resultados.

Se trató de un estudio descriptivo, transversal, prospectivo

Resultados

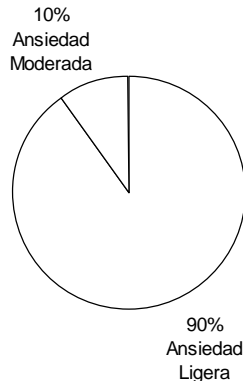
En la Figura 1 podemos ver la Reacción Depresiva que se manifestó en la población estudiada. El 40 % de las pacientes alcanzaron puntajes superiores a 16, para ser diagnosticadas con una reacción depresiva.

Figura 1 Reacción Depresiva



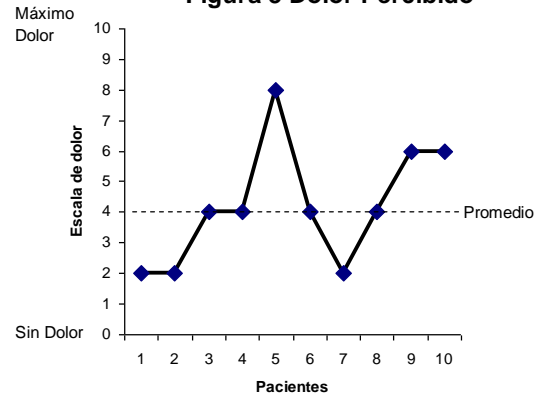
En la Figura 2, por su parte, observamos la Reacción de Ansiedad. Vemos ahí un 90 % de pacientes con una reacción de ansiedad ligera (puntajes entre 0 – 15) y 10 % con una reacción de ansiedad moderada (puntajes entre 16 – 47).

Figura 2 Reacción de Ansiedad



La Figura 3 nos enseña las fluctuaciones reportadas por las pacientes respecto a sus niveles de dolor percibido, luego de su cirugía. El promedio de la población, como se constata fue de 4 en una escala de 10 puntos, con 0 para el dolor inexistente y 10 para el dolor más insoportable.

Figura 3 Dolor Percibido



Discusión

Los resultados documentan que un 40% de la población estudiada manifiesta una reacción depresiva. Esta es posiblemente la problemática emocional mas importante que debería atender un programa de intervención psicológica para estas pacientes y sería deseable su implementación desde el momento en que se toma la decisión de intervenir quirúrgicamente. En este caso, se han reportado (Cánovas, et al, 2001) beneficios a partir del empleo de técnicas de “counselling” (consejo clínico), dirigidas a facilitar la expresión de emociones y dudas, favoreciendo el sentimiento de apoyo emocional. También es importante proporcionar información que combata ideas irracionales que se presentan con frecuencia, como son las que indicarían que las mujeres, después de la histerectomía “dejan de ser mujeres”, “ya no sirven para el sexo” o “sufrirán la menopausia”. En tercer lugar, una intervención para prevenir o reducir las reacciones depresivas en pacientes histerectomizadas, debería incluir la elaboración de un plan de vida, que guiado por valores personales, programara acciones y metas a lograr a corto, mediano y largo plazo.

Las reacciones de ansiedad que reportamos y que fueron observadas en nuestra población estudiada, a pesar de ser en su mayoría ligeras, merecen atención en un programa de intervención psicológica para estas pacientes. Se ha visto que la información ajustada a las necesidades de cada paciente en relación con la intervención quirúrgica en sí (anestesia, sensación durante la recuperación, funcionamiento del hospital, etc.) y sobre las consecuencias del tipo de cirugía que experimentarán (consecuencias fisiológicas, psicológicas, sexualidad, etc), reducen los temores y la ansiedad de las pacientes. Adicionalmente, también se han reportado los beneficios de proporcionarles habilidades y estrategias de afrontamiento del estrés como la respiración profunda, la relajación muscular, la visualización o desensibilización encubierta y las autoafirmaciones verbales (metacogniciones) (Cánovas et al, 2001).

Finalmente, el dolor percibido por la paciente sometida a esta cirugía del útero puede confrontarse de mejor manera, si además de la medicación se le enseñan a la paciente estrategias de distracción aunadas con la respiración, la relajación y las visualizaciones.

Un programa de intervención psicológica para pacientes programadas a histerectomía abdominal, puede ayudar a que los resultados de esta intervención quirúrgica sean mejores. Es decir, que las pacientes se sientan mejor atendidas y que se reduzcan los días de hospitalización y las cantidades de medicamentos recetados.

Referencias

- Cánovas, M. R., Moix, J., Cos, R., Foradada, C.(2001) Apoyo psicológico en mujeres que se someten a histerectomía. *Clínica y Salud*, 12, 71-89.
- Cárdenas, A., Quiroga, C., Restrepo Cortés, D. (2005) Histerectomía y ansiedad: estudio comparativo entre dos tipos de preparación psicológica prequirúrgica. *Rev Colom Obstet Ginecol*, 56 (3).
- Farooqi, Y. N. (2005) Depression and Anxiety in Patients Undergoing Hysterectomy. *Journal of Pakistan Psychiatric Society*, 2(1).
- Ju-Yu, Y., Yung-Hung, Ch., Cheng-Yu, L., Yu, Ch., Cheng Fang, Y., Cheng-Chung, Ch., and Chih-Hung, K. (2008) Risk Factors for Major Depressive Disorder and the Psychological Impact of Hysterectomy: A Prospective Investigation. *Psychosomatics*, 49, 137-142.
- Leppert, P., Legro, R., and Kjerulff, K. (2007) Hysterectomy and loss of fertility: Implications for women's mental health. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(3), 3, 269-274.
- Nazario, B. (2004) Hysterectomy Can Help Pelvic Pain, *Depression En* <http://www.webmd.com/content/Article/97/103989.htm>
- Sloan, D. (1978) The emotional and psychosexual aspects of hysterectomy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 131(6),598-605
- Webb, Ch., and Wilson-Barnett, J. (1983) Self-concept, social support and hysterectomy. *International Journal of Nursing Studies*, 20(2), 97-107.