

ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA HISTERECTOMIA: EXPERIENCIA CON UNA PACIENTE.¹ PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF HYSTERECTOMY: EXPERIENCE WITH A PATIENT.

Jaime Ernesto Vargas-Mendoza² y Flor de María Rosas S.

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. Se estudió el caso de una paciente programada para histerectomía abdominal y se le dotó de un paquete de ayuda psicológica consistente en habilidades de relajación muscular de auto-control del dolor y de inoculación del estrés. El manejo se inició un mes antes de su cirugía. Se evaluó su respuesta de estrés mediante dos cuestionarios que se aplicaron un mes antes y un mes después de la intervención quirúrgica. Los resultados muestran que después de la cirugía hubo una reducción del malestar subjetivo y del estrés en la paciente. Se concluye considerando que los datos alientan a la aplicación de estas medidas con más pacientes, así como a la conducción de investigaciones que evalúen experimentalmente las variables implicadas.

Palabras Clave: Histerectomía, estrés, autocontrol.

Abstract: A middle age woman was psychological trained to confront a hysterectomy surgery. She obtain a set of printed instructions for muscular relaxation, pain self control and stress inoculation a month before intervention. Also, a month before and a month after surgery, she respond two questionnaire evaluating her stress levels. Results show a decrease in subjective distress and stress responses after surgery. It was concluded with the opinion asserting the need of additional research involving a great number of patients and experimental designs for the variables evaluation as the way to extend these findings.

Keywords: Hysterectomy, stress, self-control

Se conoce que las mujeres que asisten a las clínicas ginecológicas, experimentan tasas particularmente altas de tensión emocional y morbilidad psiquiátrica (Byrne, 1984). Las explicaciones psicológicas sobre las diferencias sexuales en la tensión emocional, enfatizan un incremento en esta tensión asociada con los roles femeninos, así como diferentes estrategias de socialización y posiblemente diferencias en la manera de expresar la tensión emocional (Weisman y Klerman, 1979). Las explicaciones biológicas tienden a relacionar las tasas altas de tensión femenina con los cambios hormonales, por ejemplo, durante la menstruación, después del

parto y durante la menopausia (Dalton, 1977). La cirugía también representa un elemento o experiencia tensionante y en los casos de la cirugía ginecológica se han estudiado con cierta amplitud los efectos emocionales producidos por el aborto, la obstrucción tubaria bilateral (OTB) y la histerectomía (HTA) (Hunter, 1989).

El presente estudio reporta una experiencia con una paciente canalizada para ser histerectomizada. La principal razón de esta intervención es presentar sangrado uterino disfuncional, cuyo pronóstico es la fibrosis y posteriormente la enfermedad maligna (Kincey & McFarlane, 1984).

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

² Calzada Madero 1304, Centro, Oaxaca, México. C.P. 68000 E-mail: je_vargas@yahoo.com.mx, Sitio web: <http://www.conductitlan.net>

Identificar las necesidades psicológicas de estas pacientes e intentar influir sus reacciones emocionales ante la cirugía, puede potencialmente producir beneficios como : (1) pacientes más satisfechas y menos preocupadas, (2) pacientes con mayores niveles de entendimiento, memoria y aceptación de las medidas o cuidados quirúrgicos, (3) consecuentemente, recuperaciones rápidas y no complicadas, con menos efectos psicológicos posoperatorios, y (4) menor demanda subsecuente de cuidados de salud en las pacientes dadas de alta, con la consecuencia de disponer de los recursos para un mejor uso (Kincey, 1989).

Método

Participantes

Femenina de 42 años de edad, ocupada en el hogar. Nivel socioeconómico medio. Operada de OTB hace 6 años. Menarca a los 14, ritmo 30 x 8, eumenorréica. Inicia vida sexual activa a los 14 años, 10 embarazos, 6 partos y 4 abortos. Ocupó hormonales inyectados como método inicial de planificación familiar, luego OTB. Estudio citológico vaginal clase II. Se quejó de dolor abdominal pélvico crónico con intensidades de leve a moderado. Refirió sensación de cuerpo extraño en zona vaginal. A la exploración física se detectó cerviz hipertrófica con desgarros antiguos, mioma cérvico de 5 cm. (aprox.) de diámetro, así como útero aumentado de tamaño con bordes irregulares. Recibió un diagnóstico de Miomatosis uterina y se programó para cirugía de tipo Histerectomía total abdominal.

Materiales

Para Se utilizaron diferentes formatos para recabar información y para proporcionarla a la paciente:

- Inventario de Experiencias Recientes (IER) (Davis, McKay & Eshelman, 1988)
- Registro de Síntomas (RS)(Davis, McKay & Eshelman, 1988)

- Diario del Paciente
- Instructivo para la Relajación Muscular Endógena
- Instructivo para el Manejo Psicológico del Dolor
- Instructivo para la Inoculación del Estrés (Meichenbaum, 1987)

Procedimiento

Fase 1: Pre-evaluación.- 33 días antes de la cirugía, en la consulta externa del servicio de Psicología Médica se aplicó el IER y el RS. En esa ocasión se proporcionó a la paciente su Diario y sus Instructivos, además de explicarle el empleo adecuado de cada uno de ellos.

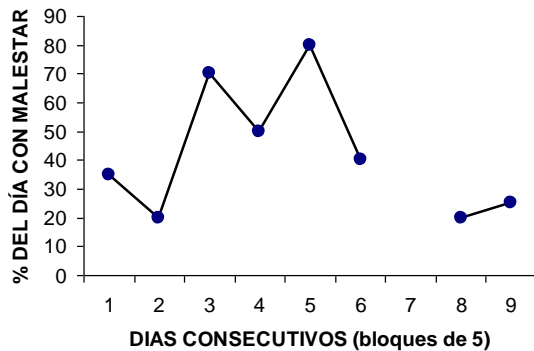
Fase 2: Auto-observación.- Durante 67 días, la paciente anotaba en su Diario si sentía bienestar o malestar, en 4 momentos del día: mañana, medio día, tarde y noche. Se definió como malestar: "cualquier molestia orgánica".

Fase 3: Post-evaluación.- 33 días después de la Intervención quirúrgica se aplicó nuevamente, como en la primera fase, los instrumentos IER y RS.

Resultados

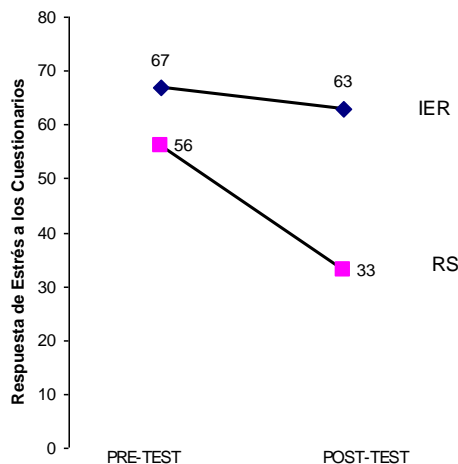
La Figura 1 nos muestra que a pesar de la variabilidad de los datos de auto-observación se nota una disminución en el malestar subjetivo y las molestias de la paciente, incluso antes de la intervención quirúrgica.

Figura 1. DIARIO DE LA PACIENTE



En la Figura 2 también se puede reconocer una disminución en la respuesta de estrés evaluada mediante los cuestionarios, en el contraste pre-post-test. Ahí podemos reconocer también que resultó más sensible el RS.

Figura 2. EVALUACIÓN



Discusión

Consideramos que el procedimiento de auto-observación, más las técnicas de auto-control emocional empleadas por la paciente, le permitieron encarar su situación con relativo éxito. Es claro para nosotros que el paquete de atención multidisciplinaria ofrecido posibilitó reducir (en la muestra de tiempo considerada), en un 52% las molestias globales de la paciente (RS, contraste pre-post-test).

Es deseable, entonces, que se efectúe mayor investigación en este campo, que incluya un mayor número de pacientes, así como diseños experimentales que valoren el efecto de las diferentes variables relevantes.

Referencias

- Byrne, P. (1984) Psychiatric morbidity in a gynaecological clinic: an epidemiological study. *British J. of Psychiatry*, 144, 28-34.
- Dalton, K. (1977) *The premenstrual syndrome and Progesterone therapy*. Heineman Medical Books, London.
- Davis, M., McKay, M., & Eshelmen, E. R. (1988) *Técnicas de autocontrol emocional*. Ed. Martínez Roca, Barcelona
- Hunter (1989) *Gynaecology*. En: Broome, A. K. (Ed.) *Health Psychology*. Chapman, 1989
- Kinsey & McFarlane (1984) *Psychological aspects of Hysterectomy*. En: *Psychology and Gynaecology Problems*. Broome & Wallace (Ed.). Tavistock Publ., London.
- Kinsey, J. (1989) *Surgery*. En: Broome, A. K. (Ed.): *Health Psychology*. Chapman, 1989
- Meichenbaum, D. (1987) *Manual de inoculación del estrés*. Ed. Martínez Roca, Barcelona