

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



Tesis

Presentada ante las autoridades de la  
Escuela de Estudios de Postgrado de la  
Facultad de Ciencias Médicas  
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia  
Para obtener el grado de  
Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Enero 2019

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Melvin Josué Girón Collado

Registro Académico No.: 200817438

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología y Obstetricia**, el trabajo de TESIS **ANSIEDAD Y CIRUGÍA GINECOLÓGICA**

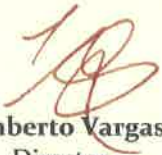
Que fue asesorado: Dr. Hermes Iván Vanegas MSc.


Y revisado por: Dra. Norma Liseth Reyes Mazariegos MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **enero 2019**

Guatemala, 19 de noviembre de 2018



  
Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.  
Director  
Escuela de Estudios de Postgrado

  
Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.  
Coordinador General  
Programa de Maestrías y Especialidades



/mdvs

Ciudad de Guatemala, 02 febrero de 2018.

Doctor(a)

**Edgar Rodolfo Herrarte Méndez**

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Gineco-Obstetricia

Hospital de Gineco-Obstetricia

Presente.

Respetable Dr.:

Por este medio informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta el Dr. **Melvin Josué Girón Collado carné 200817438**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Gineco-Obstetricia, el cual se titula **“ANSIEDAD Y CIRUGÍA GINECOLÓGICA”**.

Luego de la asesoría, hago constar que la Dr. **Girón Collado**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

  
Dr. (a) **Hermes Iván Vanegas MSc.**

Asesor (a) de Tesis

HERMES IVÁN VANEGAS CH.  
GINECOLOGO Y OBSTETRA  
COLEGIADO 8,145

Ciudad de Guatemala, 23 de abril de 2018.

Doctor(a)

**Edgar Rodolfo Herrarte Méndez**

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Gineco-Obstetricia

Hospital Gineco-Obstetricia

Presente.

Respetable Dr.:

Por este medio informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presenta el **Doctor Melvin Josué Girón Collado carné 200817438**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Gineco-Obstetricia, el cual se titula “ANSIEDAD Y CIRUGÍA GINECOLÓGICA”.

Luego de la revisión, hago constar que el Dr. **Girón Collado**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,



UFR. Norma Liseth Reyes Mazariegos  
DSc. en Obstetricia y Ginecología  
Guatemala, 2018

**Dr. (a) Norma Liseth Reyes Mazariegos MSc.**

Revisor (a) de Tesis



A: Dra. Mainor Obdulio Alvarez Jordan, MSP  
Docente responsable.

De: Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales  
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Post-grado

Fecha de recepción del trabajo para revisión 11 de Mayo de 2018

Fecha de dictamen: 15 de Mayo de 2018


Asunto: Revisión de Informe final de:

MELVIN JOSUE GIRON COLLADO

ANSIEDAD Y CIRUGIA GINECOLOGICA

**Sugerencias de la revisión:**

- Autorizar examen privado.

  
Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales  
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Post-grado



## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a Dios, por ser el inspirador y darme fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mis padres, Melvin Girón y Miriam Collado por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años; gracias a ustedes logré llegar hasta aquí y convertirme en lo que ahora soy.

A mis hermanas Béverly, Linda y Nimsy por estar siempre presentes, por su apoyo brindado a lo largo de esta etapa de mi vida.

Al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, jefes de servicio, especialistas de turnos y a cada uno que fue partícipe en esta formación.

A mis amigos y compañeros; Julio, Andrea, Daphne, Mariela, Pablo, José Manuel, Diana, Derick, Loida, Yubisa, Jarmila, Carol, por el apoyo y haber logrado esto juntos.

## ÍNDICE

### Resumen

I.	Introducción .....	01
II.	Antecedentes (marco teórico) .....	03
2.1	El acto quirúrgico y sus ansiedades .....	04
2.2	La histerectomía como prototipo de ansiedad quirúrgica .....	07
2.3	Consecuencias psíquicas .....	09
2.4	Aspectos psicosociales de cirugías ginecológicas .....	15
2.5	¿Por qué es importante recibir preparación psicológica? .....	16
2.6	Beneficios adicionales de la preparación psicológica .....	16
2.7	Test STAI .....	17
2.7.1	Descripción de la escala original .....	18
2.7.2	Descripción de la adaptación española .....	20
2.7.3	Ansiedad estado y ansiedad rasgo.....	21
2.7.4	Aplicación del STAI en población adulta .....	22
III.	Objetivos .....	24
3.1	Generales .....	24
3.2	Específicos .....	24
IV.	Material y métodos .....	25
V.	Resultados .....	30
VI.	Discusión y análisis de resultados .....	33
6.1	Conclusiones .....	35
6.2	Recomendaciones .....	36
VII.	Referencias bibliográficas .....	37
VIII.	Anexos .....	39

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Pacientes sometidas a cirugía ginecológica programada, IGSS, julio – septiembre 2016.....	30
Tabla 2.	Relación entre la ansiedad pre y post operatoria con el tipo de procedimiento quirúrgico ginecológico realizado, IGSS, julio – septiembre 2016 .....	31
Tabla 3.	Relación entre la ansiedad pre y post operatoria con el tipo de procedimiento quirúrgico ginecológico realizado según decatipo del test STAI, IGSS, julio – septiembre 2016 .....	32

## RESUMEN

La ansiedad surge de la interacción entre la persona y el medio para mantenernos alertas, sin embargo, por diversas características puede llevarnos a percibirla como una amenaza.

**OBJETIVO:** Determinar el nivel de ansiedad de la paciente que es sometida a cirugía ginecológica programada.

**METODOLOGÍA:** Se realizó un Estudio longitudinal sobre la comparación de los niveles de ansiedad pre y postquirúrgica de pacientes llevadas a sala de operaciones por alteraciones ginecológicas no oncológicas del Hospital de Ginecología y Obstetricia IGSS. julio-septiembre 2016, se aplicó el test STAI ansiedad/estado previo al procedimiento quirúrgico y posterior al mismo a 69 pacientes.

**RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** Al evaluar el punteo del test, el mismo era menor en todas las pacientes al punto de corte de ansiedad/estado, correspondiendo a que el 100% no presentaron ansiedad pre ni post quirúrgica; sin embargo, de relevancia mencionar que el punteo previo al procedimiento fue mayor que el posterior al mismo (11.05 vrs 9.46).

**RECOMENDACIONES:** Se considera necesario el apoyo psicológico previo, el plantear de manera más sencillas opciones quirúrgicas (si son posibles diferentes vías de abordaje) para optar por la que a la paciente convenga sin salir del contexto médico, para mejorar el factor emocional que la paciente experimenta previo y posterior a la operación ya que esto se asocia a mejores resultados tanto transoperatorio como en el postoperatorio.

Palabras Clave: histerectomía, ansiedad, quirúrgico, ginecológico.

## ABSTRACT

Anxiety arises from the interaction between the person and the environment to keep us alert, however, due to various characteristics can lead us to perceive it as a threat.

**OBJECTIVE:** To determine the anxiety level of the patient who undergoes programmed gynecological surgery.

**METHODOLOGY:** A longitudinal study was carried out on the comparison of pre and postoperative anxiety levels of patients taken to the operating room due to non-oncological gynecological alterations of the IGSS Gynecology and Obstetrics Hospital. July-September 2016, the STAI anxiety / condition test was applied prior to the surgical procedure and after it to 69 patients.

**RESULTS AND CONCLUSIONS:** When evaluating the test score, it was lower in all patients at the anxiety / state cut-off point, corresponding to 100% of patients who did not present pre or post surgical anxiety; however, it is important to mention that the pre-procedure puncture was greater than the one after it (11.05 vrs 9.46).

**RECOMMENDATIONS:** It is considered necessary the previous psychological support, to pose in a simpler way surgical options (if different ways of approach are possible) to choose the one that the patient agrees without leaving the medical context, to improve the emotional factor that the patient experiment previous and subsequent to the operation since this is associated with better results both during the surgery and in the postoperative period.

**KEY WORDS:** hysterectomy, anxiety, surgical, gynecological.

## I. INTRODUCCION

La ansiedad es un constructo que ha sido estudiado por la psicología desde el año 1920, desde esta fecha en adelante, diversas líneas teóricas han generado definiciones en donde explican el constructo (Viedma del Jesús, 2008).

Existen en el entorno cotidiano multitud de situaciones que resultan estresantes para el individuo; éstas pueden ser muy diversas y surgen de la interacción entre la persona y el medio. No obstante, las características más comunes a todas ellas son la novedad, incontrollabilidad, incertidumbre, imposibilidad de predecir consecuencias, etc, que hacen que el sujeto perciba la situación externa como una amenaza a su integridad físico-psíquica. (1).

La ansiedad delante de un hecho es como “nuestro ángel de la guarda”, nos mantiene alerta, la ansiedad es adaptativa al medio. A veces la ansiedad se convierte en patológica, disparándose de forma imprevista en acontecimientos triviales. (1).

La cirugía constituye un potente estresor complejo; y su carácter estresante no se encuentra aislado, depende no sólo de la hospitalización sino de la enfermedad, de acontecimientos y sus consecuencias, responsable todo ello, de las elevaciones de la ansiedad; son bien conocidos los agentes estresantes a los que se ve sometido el paciente dentro del mundo hospitalario como desorientación, pérdida de intimidad, abandono del entorno y roles habituales, etc. Si a esto le añadimos las propias características del procedimiento quirúrgico, que lleva implícito una serie de temores: miedo a no despertar de la anestesia, sentir dolor durante la operación, al dolor que puedan provocar los procedimientos invasivos previos a la intervención, a revelar información personal debido a los efectos de la anestesia o a los resultados de la cirugía, por tanto, nos encontramos inmersos en una situación susceptible de provocar altos niveles de ansiedad repercutiendo en el sujeto desfavorablemente. (1).

Las intervenciones quirúrgicas constituyen una fuente de ansiedad psicológica porque obligan a los pacientes a enfrentar situaciones posiblemente desconocidas y que además, implican ciertos riesgos. Los pacientes, al tener conocimiento de que se les tendrá que realizar cirugía, deben apelar a sus recursos emocionales para hacer frente a la situación e intentar sortear con mayor o menor éxito las exigencias de la recuperación postoperatoria.

Como resultado de las alternativas de ese complejo proceso de adaptación psicológica a la cirugía, la ansiedad es síntoma frecuente en los pacientes quirúrgicos. (2).

Para la mujer el valor simbólico del útero y el papel fisiológico que juega este órgano en la sexualidad femenina es de gran importancia. La pérdida del útero a menudo despierta sentimientos ambivalentes conscientes o inconscientes vinculados con su valor simbólico. Por ejemplo, se han encontrado que la preocupación por la pérdida de los órganos reproductivos es mayor que la relacionada con la pérdida de otros órganos intra-abdominales. La pérdida de los órganos reproductivos puede desorganizar el yo, afectando subsecuentemente las actitudes hacia la integridad corporal, la atracción sexual, y el concepto sobre la propia feminidad como una reacción a la pérdida de la capacidad de tener niños. (2).

La presente investigación presentará valor metodológico, el cual estará dado principalmente por la aplicación del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), específicamente para evaluar y diagnosticar estados de ansiedad, ya que dicho instrumento presenta características que permiten ser utilizados como una herramienta complementaria a la entrevista clínica.

Se destaca que el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) cuenta con prestigio a nivel internacional, esta idea está fundamentada con la gran cantidad de estudios que han hecho uso de esta herramienta cuantitativa para la ejecución de sus investigaciones (10), agregando a lo anterior, resultados estadísticos que vislumbran un instrumento altamente confiable tanto para su versión original como en diversas validaciones realizadas en diferentes contextos culturales. (20).

## II. MARCO TEÓRICO

Una definición de ansiedad que se mantiene vigente la propuso Miguel-Tobal en los años 90: “la ansiedad es una respuesta emocional o patrón de respuestas que engloba aspectos cognitivos, displacenteros de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser elicitada tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes. El tipo de estímulos (internos o externos) capaces de evocar la respuesta de ansiedad estarán en gran parte, determinados por las características del sujeto, existiendo notables diferencias individuales en cuanto a la propensión a manifestar reacciones de ansiedad ante las diversas situaciones”.(8)

La relativa imprecisión del término ansiedad bien requiere una primera delimitación etimológica. El término “ansiedad” (en inglés anxiety; en alemán angst; en francés anxiété) provienen del latín anxietas, anxietatis (angustiado, ansioso). Este adjetivo se relaciona con el verbo angere (estrechar, oprimir), de cuya raíz vienen otras palabras de origen latino como ansia, angina, angosto y angustia. Parece que todo remonta a una raíz indoeuropea \*angh que significa estrecho o doloroso. Su raíz griega \*ágkho significa apretar o estrangular. Todas estas expresiones se refieren a la experiencia de estar apretado u oprimido por algo. (8).

La ansiedad es una vivencia universal. Surge en respuesta a exigencias o amenazas como señal para buscar la adaptación y suele ser transitoria. Sin embargo, otras veces, la ansiedad representa para el sujeto una patología o respuesta desadaptativa. Establecer la diferencia entre un tipo y otro de ansiedad es relativamente complicado. Las manifestaciones de la ansiedad consisten en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual y cognitiva, caracterizada por un estado generalizado de alerta y se trata de tres sistemas funcionales que se coordinan para producir respuestas adaptativas en situaciones peligrosas. (15)

La ansiedad es una reacción compleja del individuo frente a situaciones y estímulos actual o potencialmente peligrosos o subjetivamente percibidos como cargados de peligro, aunque sólo sea por la circunstancia de aparecer inciertos. Incluye componentes psíquicos, fisiológicos y conductuales. Psicológicamente, la ansiedad es vivida por el propio sujeto como

un estado de ánimo desagradable, producido por situaciones que, de manera consciente o no, el sujeto las percibe como amenazadoras. La ansiedad, que a menudo, es confundida con el estrés, puede ser experimentado por cualquier persona ya que es esencialmente una respuesta a éste. En cualquier caso, aunque la ansiedad pueda ser un reflejo de estados endógenos se asocia generalmente con sucesos estresantes externos. (15)

La noticia de una intervención quirúrgica supone para la mayoría de las personas un acontecimiento estresante, provocando un impacto en su vida habitual. La noticia en sí misma es un estresor importante que provoca respuestas de ansiedad anticipatoria y miedo. Se ha encontrado una relación positiva entre ansiedad pre-quirúrgica y ansiedad y depresión post-quirúrgicas. (3).

Se han encontrado altas correlaciones entre los índices de ansiedad hospitalaria y otras medidas, incluyendo anestesia y auto-informe de dolor. El estrés vivido durante la cirugía puede persistir más allá de ésta a través de una sobreactivación biológica convirtiéndose en un factor de riesgo sobreañadido, perjudicando la recuperación post-operatoria. (3)

## **2.1 El acto quirúrgico y sus ansiedades**

Desde el punto de vista psíquico, la cirugía en general comprende tres momentos:

<> Periodo prequirúrgico: Abarca desde el anuncio de que es necesario realizar la intervención hasta el momento mismo de ser conducido al quirófano, periodo que puede ser de horas, días o meses. Cuanto más cerca está la persona del momento clave, más afloran distintos temores, siendo el instante de llegar al quirófano el de mayor estrés, ante la inminencia e inevitabilidad de lo que va a venir. Algunos de estos temores son: (4)

- Relativos a la anestesia: corresponde a la llamada “ansiedad de la narcosis”, donde se manifiesta el miedo a que la anestesia sea excesiva y los “pase al otro lado”, a no despertar. (4)

- Que la anestesia sea escasa y se despierten en medio de la operación. Algunas personas manifiestan pánico a despertar con el tubo del respirador aún instalado.

- Antecedentes de anestias que dejaron vivencias desagradables que temen que se repita, así como el que les ocurra situaciones traumáticas vividas por personas cercanas.
- Temor a la pérdida de control, a quedar expuesto y a merced de los demás por la inmovilidad que supone el acto quirúrgico.
- Ideas sobre las pérdidas o alteraciones corporales como resultado de la intervención. Miedo a la lesión corpórea y a la muerte.
- Miedo a que se descubra una neoplasia en la intervención.
- Miedo a posibles errores del cirujano.
- Preocupación por el dolor postoperatorio.
- Temor a lo desconocido.
- Miedo al alta por quedar desprotegido.

<> Acto quirúrgico: De por sí éste es un hecho traumático inevitable y paradójico, ya que para curar a un sujeto o mejorar su salud se le somete a una situación cruenta, correspondiendo al concepto de “trauma necesario”. Por un lado, repara y cura, por otro arremete, invade y causa dolor. (4)

<> Periodo postquirúrgico: Pueden producirse reacciones de hostilidad, ansiedad y actitudes regresivas ante el dolor y las molestias postoperatorias. El despertar de la anestesia (si ésta ha sido general) en la unidad de reanimación es un momento clave que puede señalar la pauta de la recuperación posterior, dependiendo si esta “vuelta al mundo” es angustiosa (como en casos de apnea al retirar el respirador) o no, si es paulatina, tranquila y, sobre todo, si el/la paciente se siente cuidado y acompañado emocionalmente por el personal que se ocupa de su recuperación. Hemos de tener en cuenta la sensación de miedo que puede surgir al despertar rodeado de máquinas, tubos, sonidos mecánicos... aunque también este mismo hecho puede producir una sensación de tranquilidad al sentirse cuidado y vigilado. Es el momento en el que la persona se pregunta (o pregunta en voz alta) qué ha pasado o si tal o

cual órgano sigue en su sitio, es decir, cuando los temores más atrozantes se hacen manifiestos. Una vez transcurrido ese tiempo, normalmente ya de vuelta a la habitación, situaciones depresivas por haber sido invadido y herido el cuerpo se combinan con sensaciones de alivio por lo que se ha reparado y por haber pasado ya “el trago”. (4)

No todas las personas reaccionan de la misma forma ante una misma cirugía, ya que cada paciente tiene una vivencia distinta, dependiendo ésta de diversas variables:

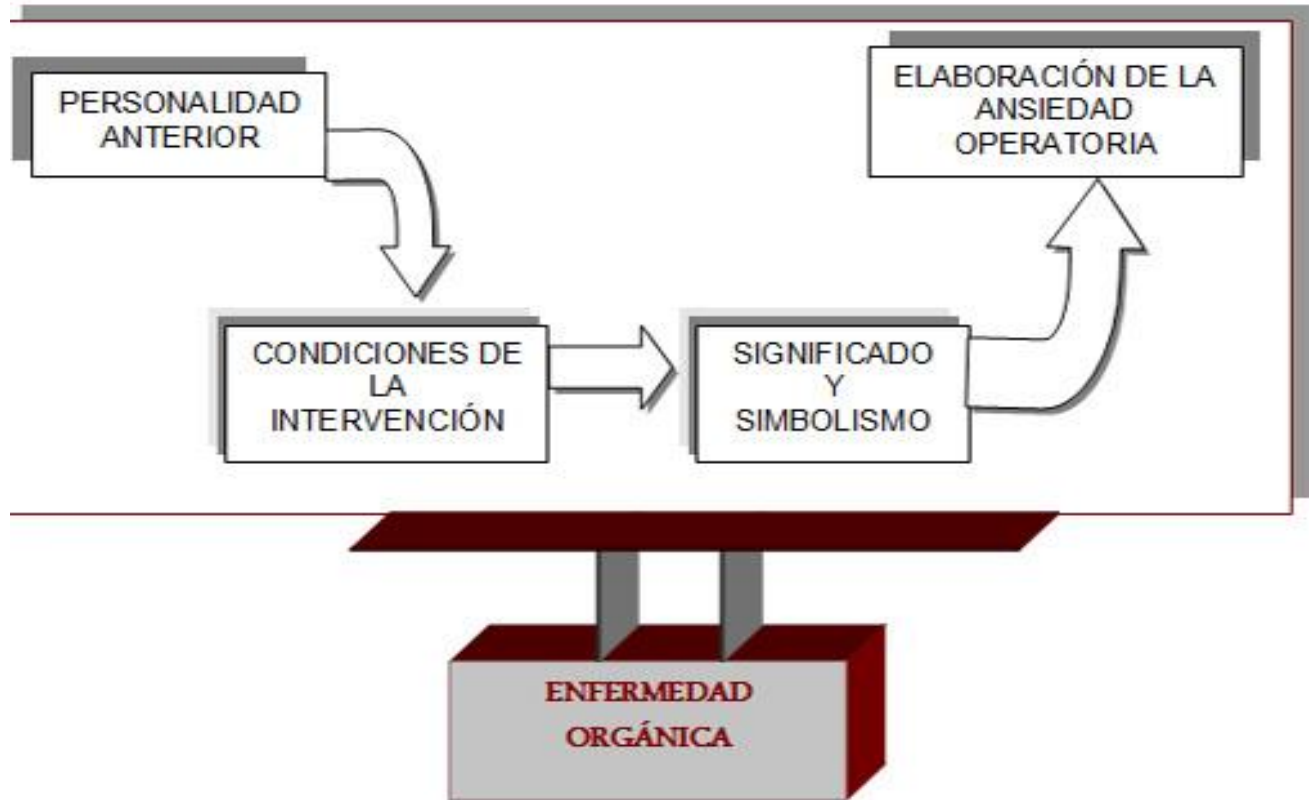
- Las características de personalidad.
- El significado que le confiera cada paciente al acontecimiento traumático.
- El momento evolutivo en el que se encuentre.
- La red de sostén sociofamiliar.

La predictibilidad del hecho; si éste es predecible o programado con antelación se facilita un mayor control, una puesta en marcha de defensas psíquicas y un “hacerse a la idea”. Si es una intervención con carácter de urgencia, sin posibilidad de preparación, se produce lo que ya, en 1942, la psicoanalista Helen Deutsch denominó “neurosis de susto”, conllevando todas las secuelas propias de un trastorno por estrés postraumático que puede complicar el proceso de recuperación. De hecho, según sus propias palabras “cuanto más repentina sea la intervención y menos preparado esté el paciente, mayor es la posibilidad de que estas reacciones surjan en el periodo postoperatorio” (4)

El modo cómo reciben, tanto el paciente como su familia, el anuncio de la necesidad de cirugía. Casi siempre es una noticia violenta ya que toda cirugía (por muy “menor” que sea) representa una amenaza para la integridad de la imagen corporal, además de un riesgo para la vida misma. El que el paciente tenga la posibilidad o no de decidir acerca de la intervención. Cuando se trata de una cirugía obligada y vital el paciente se enfrenta a temores de invalidez y muerte si no se somete a ella, pero la decisión no depende de él. Cuando es él mismo el que puede decidir si se lleva a cabo o no, o cuándo realizarla, la situación tampoco es muy reconfortante, ya que supone tomar una decisión sobre la propia integridad física. En este supuesto incluimos aquellas intervenciones sobre órganos lesionados pero cuya lesión es asintomática. Si la persona sufre malestar o síntomas que afectan su calidad de vida, la motivación para realizar el acto quirúrgico es alta. Si no es así, la decisión se torna más dura y difícil de tomar. Se plantea la cuestión en términos como “me encuentro perfectamente y voy a meterme en un quirófano a que me rajen”. (3).

La localización anatómica de la zona a operar. La cara, las manos, el abdomen inferior y los órganos genitales son zonas muy sensibles en relación con la identidad. No olvidemos que la pérdida de un órgano o función es algo que va más allá de la realidad objetiva. (3).

Todo lo anteriormente dicho lo podemos resumir en el siguiente esquema, basado en la clásica, pero aún vigente descripción de Martínez-Pina: (3).



## 2.2 La histerectomía como prototipo de ansiedad quirúrgica

La histerectomía se considera la intervención quirúrgica más común dentro de las ginecológicas para la mujer en edad fértil, y el diagnóstico más frecuente es el de mioma uterino. (4)

La primera histerectomía informada se realizó mediante un abordaje vaginal por Conrad Langenbeck en 1813. Charles Clay de Manchester en 1863 realizó la primera histerectomía abdominal, una operación subtotal (donde se conservó el cuello uterino). Estos

abordajes permanecieron como las únicas dos opciones hasta la última parte del siglo XX. Harry Reich realizó en 1989 la primera histerectomía vaginal asistida por laparoscopia.

Todas las intervenciones reductoras desencadenan en la mujer un trastorno emocional cuya intensidad dependerá tanto de los factores relativos a la enfermedad y el órgano de que se trate, como de la repercusión que tenga la pérdida en su sentimiento de integridad personal y en sus dimensiones sexuales y reproductivas. Entre estas, la histerectomía es temida como una operación mutilante y ejerce un impacto mayor que el de cualquier otra intervención. El perder la capacidad reproductiva significa para la mujer más que la función misma, ya que representa también la pérdida de la feminidad, de lo femenino por excelencia. A menudo imagina que el coito ya no será posible, teme la extinción de la libido y la pérdida de la capacidad de orgasmo. Muchas mujeres ignoran que la extirpación del útero, si quedan los ovarios, no origina trastornos hormonales, pero, incluso saber y aceptar intelectualmente este hecho no implica que se alivie el miedo a perder el útero. (4)

La repercusión en la paciente va a ser muy variable pues el útero, como ya hemos comentado, está cargado de representaciones simbólicas: como órgano que transmite vida, como órgano reproductor que proporciona a las mujeres la posibilidad de tener hijos, como elemento diferenciador del varón, como núcleo de su identidad como mujer, como centro de su placer sexual. Se señalan distintos aspectos que conllevan la pérdida de dicho órgano: (4)

- Supone o no una castración y sume a la mujer en una menopausia (si también se extirpan los ovarios) para la que no se ha preparado, ya que no se ha producido en el momento normal de su devenir vital sino de una forma tajante y radical.

- Repercute de forma diferente si la mujer previamente ha tenido o no hijos. Si ha sido madre el impacto es menor ya que "su misión" ya ha sido cumplida. Si es nulípara, tenga o no pareja, haya sido o no voluntario, el duelo por lo no realizado siempre estará presente. Como nos canta Joaquín Sabina, "no hay nostalgia peor que añorar lo que jamás sucedió".

- Si en la mujer existen antecedentes psiquiátricos previos, las repercusiones psicológicas serán mayores.

- Origina la desaparición de la menstruación, símbolo de la feminidad y la fertilidad.

- Ocasiona una reacción diferente en cada mujer en función también de la imagen que ella tenga de sí misma, de su feminidad e incluso de sus perspectivas de futuro.

Pero esto es así incluso si se ha practicado una intervención quirúrgica conservadora. Siguen estando “vacías” aquellas que han sido sometidas a histerectomías sin anexectomía o las supracervicales. Se consideran que “son” mujeres histerectomizadas, en vez de “estar” histerectomizadas. Estamos ante una intervención quirúrgica que, demasiado a menudo, se constituye en seña de identidad. (4).

De este modo, tras la intervención puede aparecer un sentimiento de no poder ser una mujer como las demás, de estar incompleta, una sensación de tener un hueco, un miedo al vacío. Este miedo al vacío, en ocasiones, puede ser compartido por la pareja que, de ser así, vivirá el reinicio de las relaciones sexuales de forma angustiante. Durante un tiempo existe, consecuentemente, una perturbación de la imagen corporal, mayor si la histerectomía ha sido abdominal ya que la visión permanente de la cicatriz en el vientre recuerda una y otra vez que por ahí se ha extirpado algo crucial para la identidad genérica. (4).

### **2.3 Consecuencias psíquicas**

En su obra “Duelo y Melancolía” Freud nos sugiere que el duelo es, por lo general, una reacción frente a la pérdida de un ser querido o de alguna abstracción como la patria, la libertad, determinados ideales o una parte del cuerpo. (4)

Caracteriza el duelo como una tarea psíquica que se manifiesta por la presencia de:

- Un sentimiento de dolor psíquico intenso.
- Una pérdida de interés por el mundo exterior que rodea al sujeto que ha sufrido la pérdida.
- Una pérdida de la capacidad de amar.
- Una inhibición de toda productividad que no tenga que ver o que gire alrededor de la memoria de la persona perdida.

Con ello, la labor de duelo requiere:

- Una gradual retirada de la libido de todos sus enlaces con ese objeto perdido, comprobando una y otra vez que el ser querido ya no existe.

- Esta tarea requiere tiempo y energía psíquica, lo que supone un esfuerzo, dedicación y compromiso emocional.

Todo esto nos parece obvio cuando hablamos del duelo por el fallecimiento o alejamiento de un ser querido, mayor cuanto más apego existiera. Pero, como indicábamos anteriormente, la pérdida de una parte del cuerpo también desencadena un duelo, un dolor tanto mayor cuanto más relevante sea la zona que ha desaparecido. La persona gradualmente, poco a poco, tiene que ir comprobando que esa parte ya no existe, que la pérdida es una realidad y que la tiene que ir aceptando lentamente, a costa del dolor emocional que produce el reconocimiento de que una parte de sí mismo ya no existe. Toda pérdida supone un duelo, y todo duelo un proceso de elaboración. Se han descrito casos de mujeres que no han tenido hijos y que nunca han tenido el llamado “instinto maternal” y que tras la intervención de extracción del útero inician un proceso de duelo por la maternidad no llevada a cabo: observan melancólicamente a todo bebé que pasa, sienten un enorme vacío ante la maternidad o embarazo de amigas o conocidas, muestran una especial atención selectiva hacia mujeres embarazadas. (4).

En función de todo lo dicho hasta ahora cabe preguntarnos si el que una mujer sea histerectomizada repercute de una manera disfuncional en su equilibrio psíquico y, no vamos a negarlo, todas las perspectivas nos hablan de que la respuesta debería ser afirmativa.

Al iniciar este trabajo nos ha llamado la atención la escasez de información existente sobre las consecuencias psíquicas de la histerectomía realizada por causas benignas, siendo una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en el terreno de la ginecología. Entre los datos disponibles hemos hallado dos tendencias contrapuestas. Como indican Linenberger & Cohen los primeros investigadores que pusieron interés en este asunto, como Lindemann (1941), Drellich & Bieber (1958) y Melody (1962), describieron consecuencias psíquicas claramente negativas, como depresión, ansiedad, pérdida del rendimiento e interés sexual, imagen corporal negativa y un estado intenso de duelo por el órgano extirpado, todo ello relacionado con la sensación de pérdida de la feminidad. En 1978, Richards acuñó el concepto de “síndrome post-histerectomía” para recalcar la depresión que siempre encontró presente en las mujeres tras la intervención. En esta misma línea y en el mismo año, Roeske apuntó que la reacción psicopatológica más frecuente era la depresión, teniendo como factores de riesgo añadidos las características predisponentes de personalidad, historia de reacciones

depresivas ante las situaciones estresantes y conflictos de pareja concomitantes. También señaló cómo cada mujer (como cada persona ante cualquier situación) tiene un patrón particular de reacción ante la misma intervención, siendo factor común la reorganización de su identidad de género, adquiriendo nuevas significaciones sus intereses vocacionales, profesionales y de relaciones íntimas. (4)

No obstante, investigaciones realizadas a partir de los años 80-90 del pasado siglo muestran la tendencia contraria, indicando mejoría en el estado de ánimo y funcionamiento sexual, dolor pélvico, disuria, cansancio y calidad de vida, sobre todo teniendo en cuenta que la mayoría de las cirugías de útero se realizan para mejorar las condiciones vitales, no siendo por causas que amenazan la vida misma. Veamos algunos ejemplos:

Los hallazgos de Martin, Roberts & Clayton no apoyaban la hipótesis tradicional de que la histerectomía es seguida de un aumento de síntomas psiquiátricos. De hecho, el grupo experimental utilizado por ellos mostró menos síntomas que antes de la operación. En la misma línea se pronunciaron Ryan, Dennerstein & Pepperell. (4).

En 1982, Gath et al. acometieron una de las investigaciones que aún sirven de referencia en este campo, siendo replicada por ellos mismos en 1995. Las conclusiones a las que llegaron indican que los niveles de morbilidad psiquiátrica eran significativamente más elevados antes de la operación que después, mostrando mejoría en el estado de ánimo y en el funcionamiento sexual y social. De esta forma, utilizando el instrumento de screening PSE (Present State Examination) de Wing et al., demostraron que las consecuencias psiquiátricas post-intervención estaban fuertemente asociadas con el estado mental, neuroticismo, historia psiquiátrica previa e historia psiquiátrica familiar previa, no hallando ninguna asociación entre la patología orgánica del útero, el procedimiento quirúrgico extractivo y psicopatología posterior. (4).

Mackinger, Graf, Keck et al. indican cómo el grupo de mujeres histerectomizadas con el que trabajaron reveló niveles significativamente más altos de quejas corporales, depresión, disminución del bienestar psicológico y falta de asertividad en situaciones sexuales que las no histerectomizadas, teniendo en cuenta que las pertenecientes a este grupo mostraron malestar psicológico premórbido. (4).

Rannestad mostró cómo la histerectomía no ocasiona ningún resultado psicológico adverso en mujeres pre-histerectomizadas sanas, siendo el mejor predictor de la psicopatología consecuente el estado psicológico previo a la intervención. Así, mujeres diagnosticadas de trastorno depresivo mayor antes de la intervención tenían una alta probabilidad de seguir con ese diagnóstico post-intervención o, incluso, con un empeoramiento de los síntomas. De esta manera la psicopatología prequirúrgica es predictora de la psicopatología post-quirúrgica. (3).

En esta misma línea, Ewalds-Kvist, Hirvonen, Kvist et al. abundan en la idea de que los síntomas post-histerectomía constituyen un continuum de los signos y síntomas presentes antes de la cirugía. Así señalan una serie de factores de riesgo para síntomas como la depresión, la ansiedad y la hostilidad:

- Las mujeres casadas sin hijos revelaban más síntomas depresivos después de la intervención.
- La ansiedad, dolores de espalda y la dispareunia presentes antes contribuían a la ansiedad posterior.
- La ansiedad pre-cirugía estaba relacionada con crisis vitales de las pacientes.
- La hostilidad pre y post cirugía se vinculaba con una pobre gratificación sexual.

Una de las últimas investigaciones, realizada por Yen, Chen, Long et al. con 68 pacientes, indica las siguientes conclusiones: la depresión, ansiedad, imagen corporal y síntomas ginecológicos subjetivos mejoraron después de la histerectomía; sin embargo, empeoró el funcionamiento sexual. Los problemas emocionales previos y una pobre imagen corporal, funcionamiento sexual y un grado de estrés elevado un mes después de la intervención constituyen factores elevados de riesgo para que la paciente manifieste un trastorno depresivo mayor después de la histerectomía. (17)

Como conclusión de los estudios expuestos podemos apuntar la idea de que, en realidad, la extirpación del útero por motivos no oncológicos no supone, en sí misma, una fuente de psicopatología sino, más bien al contrario, implica una mejoría en determinados indicadores de salud tanto física (obviamente) como psíquica. De la misma forma, abundamos en la idea de que lo que predice las alteraciones psicopatológicas posteriores a la intervención son los trastornos psiquiátricos previos. Así, el desarrollo de problemas psicológicos depende en mayor medida de la personalidad previa, actuando la intervención como desencadenante.

También, la visión que la paciente tenga sobre la operación y sus consecuencias será un buen índice de su equilibrio posterior. (4)

Brevemente vamos a hacer un comentario sobre una relación que, sin estar demostrada claramente desde el punto de vista biológico, se ha podido comprobar en varias mujeres sometidas a histerectomía. Esta relación nos habla de la mejoría (o cambio) en los síntomas del síndrome de intestino irritable (o colon irritable) tras la cirugía de útero. Aunque, aparentemente, la práctica ginecológica y la gastroenterológica son disciplinas separadas, con alguna frecuencia se solapan, observándose cómo no es infrecuente que mujeres que han de someterse a cirugía ginecológica, sobre todo histerectomías, informen de síndrome de colon irritable previo. En 1992, Prior, Stanley, Smith & Read llevaron a cabo una investigación acerca de esta correspondencia, indicando cómo en la muestra utilizada por ellos (205 mujeres), el 60% de ellas estaban libres de síntomas intestinales a los 6 meses de realizada la histerectomía, indicando el estudio que muchas mujeres con sintomatología gastrointestinal previa mejoran tras la extirpación del útero. Informes posteriores han coincidido en este punto, observándose la desaparición de los despeños diarreicos, el estado asintomático o, en algunos casos, el cambio a un estreñimiento esporádico. Las hipótesis biológicas que hablan de alteraciones en la sensibilidad rectal, en la motilidad rectosigmoidea o el daño en los nervios pélvicos durante la cirugía son meramente especulativas, no hallándose una explicación convincente a esta relación. (4)

En otro orden de cosas, Linenberger & Cohen nos muestran en su estudio prospectivo las fases en la recuperación de las mujeres histerectomizadas de su muestra, fases que podemos generalizar a la mayoría de las pacientes sometidas a este tipo de cirugía:

<> Autoobservación de la salud: Durante la semana posterior a la intervención, las pacientes están muy preocupadas por los síntomas físicos que están sintiendo. Algunas manifiestan dolores y molestias y, emocionalmente, hablan de que tienen días buenos y días malos, unido a la limitación en las actividades cotidianas. Al mismo tiempo, se plantean si han acertado en la decisión de someterse a la intervención o si, en realidad, no era tan necesaria. Una semana después muestran labilidad emocional, se sienten mal por la restricción necesaria en sus actividades cotidianas y laborales y siguen cuestionando su propia decisión de llevar a cabo la histerectomía. Necesitan apoyo y refuerzos externos que les aseguren en lo acertado de su resolución. Físicamente suelen emplear las palabras “cansada”, “hinchada” y “dolorida”.

<> Comparación del pasado con el presente: A las 8 semanas empiezan a comparar el pasado con el presente para evaluar su bienestar. Comparan cómo estaban antes de la cirugía con su situación actual, así como su estado inmediatamente después de la operación y el del momento presente. La mayoría informa de que se siente mejor ahora que antes de la cirugía, tanto a nivel físico como emocional. Los niveles de energía van volviendo a la normalidad, retomándose las actividades habituales. La mayoría de las mujeres están contentas con haber entrado en el quirófano para resolver sus problemas. No obstante, algunas aún siguen manifestando síntomas físicos como dolores por cólicos de gases, hinchazón en el bajo abdomen y cansancio habitual.

<> Renovación: a los 6 meses, las mujeres se sienten renovadas, nuevas. Se ha recuperado la salud física y psíquica y la actividad es mejor que antes de la intervención, informando en la mayoría de los casos una mejor calidad de vida, habiéndose resuelto los problemas que le llevaron a la intervención o eliminado las amenazas a la salud que suponía el no realizarla. La decisión de haber sido hysterectomizada se internaliza y no se cuestiona.

<> Crecimiento: Un año después, la experiencia de la hysterectomía ya no constituye un motivo primario de preocupación ni de atención. La autoestima y la confianza en sí misma se recupera o, incluso, aumenta al saber que se ha hecho lo que se debía. Las mujeres se describen a sí mismas más independientes, más interesadas en los demás y con nuevos propósitos vitales. Incorporan la hysterectomía en la globalidad de sus experiencias vitales, ya no es un foco central sino, simplemente, parte de su historia vital. Pasa así a la "historicidad", es decir, al proceso por el cual un acontecimiento de gran importancia personal deja de tener influencia inmediata en la propia vida, sino que se convierte en parte de la experiencia vital individual.

Con todo lo indicado en este apartado, y desde un punto de vista psicopatológico, podemos hablar de que las mujeres que se someten a una hysterectomía (insistimos, no oncológica) sufren un trastorno adaptativo que, según la definición que nos proporciona la APA en su DSM-IV-TR consiste en que:

A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.

B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente, del siguiente modo:

i. Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante.

ii. Deterioro significativo de la actividad social o laboral.

Así, esta alteración tiende a desaparecer una vez que el estresante (o sus consecuencias) desaparece o la persona se ha habituado a su nueva situación. (4)

## **2.4 Aspectos Psicosociales de Cirugías Ginecológicas**

El paciente quirúrgico ginecológico está sujeto a todas las tensiones generalmente asociados con la cirugía. Strain y Grossman describen siete categorías de estrés psicológico que afecta a los enfermos, pacientes hospitalizados:

- Amenaza a la integridad narcisista, la creencia de que uno es siempre capaz, independiente y autosuficiente
- El miedo a los extraños, que evoca las preocupaciones mucho más tempranas de la infancia.
- La ansiedad de separación, que evoca de nuevo los miedos infantiles anteriores y posibles recuerdos.
- El miedo a la pérdida de la aprobación, que puede alimentar la preocupación del paciente sobre la forma en que se perciben como un paciente por los que cuidan de ellos.
- El miedo a la pérdida de control sobre las funciones de desarrollo alcanzados (por ejemplo, incontinencia).
- El miedo a la pérdida o daño a las partes del cuerpo.
- La culpa y el miedo a las represalias relacionadas con los temores y las ideas erróneas de la infancia que la enfermedad puede ser el castigo por las transgresiones. (5,11)

Estos factores de estrés, junto con los rasgos de personalidad premórbida, ayudan a moldear el comportamiento de la paciente ginecológica durante su hospitalización y después. (5,14)

## **2.5 ¿Por qué es importante recibir preparación psicológica?**

Peter Levine dice: “El hecho de que las hospitalizaciones y tratamientos médicos suelen producir consecuencias traumáticas, resulta sorprender a muchas personas. Las secuelas traumáticas causadas por una larga inmovilización, hospitalización, y en particular por las cirugías son a menudo graves y prolongadas. Aunque la persona reconozca que la operación es necesaria, y de que a pesar de cuando el cirujano corta la carne, los músculos, y los huesos, está inconsciente, el cuerpo lo registra como un incidente que amenaza la vida. A nivel celular, el cuerpo percibe que ha soportado una herida bastante grave como para ponerlo en peligro de muerte. Intelectualmente tal vez creamos en la operación, pero a nivel más primario nuestro cuerpo no cree en ella. En lo referente al trauma, la percepción del sistema nervioso instintivo tiene una mayor importancia, mucho mayor. Este hecho biológico, es una de las principales razones por las que a menudo la cirugía produce reacciones post traumáticas”. (7,16)

Es enormemente beneficioso, para los pacientes que van a tener una cirugía, que sean preparados psicológicamente, para no sufrir traumas emocionales en sus vidas y que tengan un mejor y más corto post operatorio. Muchas veces debido a la gravedad de la situación, no hay tiempo de preparar a la persona, en el caso de un accidente o una enfermedad grave y el choque emocional puede ser más fuerte. Sin embargo, es importante una vez pasada la emergencia, que la persona busque ayuda para trabajar la parte emocional y evitar traumas futuros. (6,16)

## **2.6 Beneficios adicionales de la preparación psicológica: (12)**

- Mejora el estado inmunológico
- Mejor y más rápida cicatrización
- Mejor circulación
- Mayor tranquilidad y autocontrol
- Mejor metabolismo
- Mayor oxigenación
- Menor tensión muscular
- Menor estrés antes, durante y después de la cirugía
- Menos complicaciones relacionadas con la cirugía y la recuperación

- Menos dolor y menos analgésicos
- Recuperación más rápida
- Menor tiempo de hospitalización
- Disminución de depresión o ansiedad
- Balance en la presión sanguínea, ritmos cardíacos y respiratorios
- Mayor cooperación del paciente en su recuperación

## **2.7 TEST STAI**

El “State-Trait Anxiety Inventory”, nombre original del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), fue creado por Spielberger, Gorsuch y Lushene en 1970. Se creó para evaluar la ansiedad según el modelo del propio Spielberger, que recogió y llevó adelante la distinción que en su día introdujera Cattell de ansiedad-rasgo y ansiedad- estado. (9).

Desde la teoría del Rasgo, Spielberger ha ido construyendo su modelo integrando factores múltiples, desde los más estrictamente de personalidad a los de índole situacional. Su modelo postula que la ansiedad está constituida por dos componentes: un factor de personalidad que comprendería las diferencias individuales, relativamente estables, para responder ante situaciones percibidas como amenazantes con una subida en la ansiedad. Este primer factor también se define como una tendencia a percibir las situaciones como más amenazantes (ansiedad-rasgo; A/R). En general, esta tendencia va acompañada de una personalidad neurótica de base similar a la timidez, apareciendo durante largos periodos de tiempo en todo tipo de situaciones. Existe una gran variabilidad interindividual en cuanto al rasgo de ansiedad, debido a la influencia tanto de factores biológicos como aprendidos; así pues, algunos sujetos tienden a percibir un gran número de situaciones como amenazantes, reaccionando con ansiedad, mientras que otros no le conceden mayor importancia. El segundo factor (ansiedad-estado; A/E) hace referencia a un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, caracterizado por un sentimiento subjetivo de tensión, aprensión y un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo, pudiendo variar tanto en el tiempo como en la intensidad. Cuando las circunstancias son percibidas como amenazantes por el sujeto, la intensidad de la emoción aumenta independientemente del peligro real, mientras que cuando las mismas son valoradas como no amenazantes, la intensidad de la emoción será baja, aunque exista dicho peligro real. La relación entre ambos puntos de vista es muy

estrecha, pues un individuo con alto rasgo de ansiedad reaccionará con mayor frecuencia de forma ansiosa, elevando, consecuentemente, la ansiedad estado. (9).

Es interesante advertir el interés con que Spielberger ha sabido recoger la peculiar distinción que el español hace entre “ser” y “estar”, y aplicarla a la diferenciación “rasgo [ser]-estado [estar]”.

En general, Spielberger estima que la ansiedad es una reacción ante situaciones de estrés, y cree que los estados de ansiedad varían en intensidad en función del carácter individual de la percepción del estrés. Los niveles de A/E son mayores en circunstancias percibidas por el individuo como amenazantes o peligrosas y debería ser menor en situaciones no estresantes donde, aun existiendo peligro, este no es percibido por el sujeto como amenazante. (9).

La principal finalidad del STAI es disponer de un instrumento para investigar los fenómenos de la ansiedad mediante una autoevaluación de dos conceptos independientes de la misma. (9).

### **2.7.1 Descripción de la escala original**

Cada una de las escalas del STAI (A/E y A/R) está compuesta por 20 ítems; una parte de los mismos redactada de forma positiva y otra de forma negativa. El número de factores que subyacen en el STAI ha sido objeto de numerosos análisis, existiendo defensores del modelo bifactorial (ansiedad presente o ansiedad ausente), como del modelo tetrafactorial: ansiedad estado afirmativa y negativa y ansiedad rasgo afirmativa y negativa. (18).

Cada ítem es evaluado en una escala de respuesta Likert de cuatro puntos (1- Nada; 4-Mucho). La puntuación de los ítems que representan estados considerados como negativos (por ejemplo “Me siento tranquilo” o “Me siento seguro”) tendrá que invertirse (uno=cuatro, dos=tres, tres=dos, cuatro=uno) antes de procederse al cómputo final del cuestionario. Su puntuación sumaria puede oscilar entre 20 y 80 para cada subescala, en el sentido de mayor nivel de ansiedad estado o rasgo a mayor puntuación. (18).

La primera versión del STAI es conocida como Forma X. Una posterior versión, la Forma Y, fue desarrollada por Spielberger en 1983. Aunque las dos versiones tienen una alta correlación, se cambiaron varios ítems y las propiedades psicométricas parece que mejoraron. Sin embargo, la forma X es la usada frecuentemente en la investigación clínica. (18)

Aunque originalmente fue ideado como instrumento para investigar los fenómenos de la ansiedad en adultos “normales” (sin alteraciones psiquiátricas), el STAI ha mostrado ser útil para medir ambos conceptos tanto en escolares de estudios medios y superiores como en paciente de diversos grupos clínicos.

A pesar de que algunos de los elementos del STAI tienen validez aparente como medida de la “ansiedad”, se recomienda que el entrevistador no utilice ese término y se refiera al instrumento como “Cuestionario de autoevaluación”. El cuestionario debe ser aplicado siempre en el mismo orden: primero la parte A/E y luego la A/R. (18)

La escala presenta buenas propiedades psicométricas en relación a su consistencia interna, con valores  $\alpha$  de Cronbach que varían entre 0.86 a 0.95 para la subescala A/E y de 0.89 a 0.91 para la ansiedad estado. El STAI rasgo ha evidenciado fiabilidad de test-retest excelente (un promedio de  $r=0.88$ ) en intervalos de tiempo múltiples. La correlación de los ítems con ambas escalas se mantiene alrededor de 0.90. La escala también ha mostrado adecuada validez convergente y discriminante con otras medidas de ansiedad estado y rasgo. El STAI ha sido evaluado en pacientes críticos y ha demostrado excelentes propiedades psicométricas. Sin embargo, a pesar de estas características psicométricas generalmente positivas, las medidas de Rasgo y Estado del STAI han sido criticadas por su incapacidad para discriminar suficientemente entre los síntomas de ansiedad y depresión, sus propiedades psicométricas en poblaciones más jóvenes y menos cultas y su estructura en dos factores de ansiedad-presente y ansiedad-ausente. Según algunos autores los ítems que Spielberger ha descrito como presencia y ausencia de ansiedad realmente reflejarían una separación entre los factores de ansiedad y depresión. (23)

A pesar de esas críticas, hay autores que opinan que, actualmente, las teorías que dan una explicación sólida del término ansiedad son las referentes a la ansiedad-estado y ansiedad-rasgo. Por otro lado, el STAI sigue siendo uno de los instrumentos de medida de la ansiedad más utilizado. Ha sido traducido a más de cuarenta lenguas y ha sido utilizado en

más de 3.000 investigaciones. En un reciente estudio se encontró que, en España, es el séptimo cuestionario más utilizado por los psicólogos. (18).

## **2.7.2 Descripción de la adaptación española**

El STAI fue adaptado al español por la sección de estudios de TEA Ediciones en 1982, a partir de la Forma X del cuestionario original. Para su adaptación se siguió un proceso de tipificación similar al original. Los datos de fiabilidad ( $\alpha$  de Cronbach y correlación test-retest) de la versión española resultan similares a la versión original. Cada una de las escalas de A/E y A/R consta de 20 ítems, al igual que el instrumento original. (20)

En la versión española del STAI se ha cambiado la escala de respuesta tipo Likert original (1-4) por otra (0-3) en la que la negación de un sentimiento (nada o casi nunca) tuviera un valor de cero puntos en la apreciación del sujeto. Los totales se obtienen sumando los valores de los ítems (tras las inversiones de las puntuaciones en los ítems que indican ansiedad ausente). Por ello los totales de cada escala oscilan entre 0 y 60. (25)

El tiempo empleado en la cumplimentación del cuestionario por estudiantes universitarios es de aproximadamente 15 minutos.

Un estudio reciente ha realizado una revisión de las propiedades psicométricas de la adaptación española del STAI en una muestra de 1.036 adultos, concluyendo que mantiene buenas propiedades psicométricas:  $\alpha$  de Cronbach 0.90 para A/R y 0.94 para A/E, misma estructura factorial que la adaptación original y no afectación por funcionamiento diferencial de los ítems por sexo. Encontró, además, que la escala se mantiene estable en la medida de A/R pero ha variado hasta seis puntos en la A/E. Este hecho puede ser indicio de que el cuestionario conserva unas buenas propiedades métricas pese al paso del tiempo (los factores de personalidad son relativamente estables), y ha sido sensible al aumento de estímulos ambientales que producen estrés, que cambian con más facilidad a lo largo del tiempo. (10).

Aunque en los estudios originales se ha utilizado la escala T (media=50; desviación=10), en la tipificación española se ha creído más conveniente obtener las puntuaciones transformadas en las escalas de centiles (tanto por ciento del grupo normativo al que un sujeto determinado es superior en la variable determinada) y decatipos (escala típica de 10 puntos, fácilmente

comprendida por el público en general). (10). En la tipificación española del STAI, se obtienen puntuaciones transformadas en las escalas de centiles y decatipos. La puntuación centil indica el tanto por ciento del grupo normativo al que un sujeto determinado es superior en la variable apreciada por la prueba. Las puntuaciones decatipos constituyen una escala típica de diez puntos (media: 5,50. desviación: 2) que puede ser fácilmente comprendida por el público en general. Una vez obtenidas las puntuaciones directas mediante la aplicación de la plantilla a las respuestas del sujeto, y determinadas las características género y edad, se busca en la tabla del manual de la prueba la puntuación centil y decatipo correspondiente. Un decatipo mayor o igual a seis indica un sujeto ansioso en la escala A/E.

### **2.7.3 Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo**

El Inventario de Ansiedad Estado y Rasgo (STAI) es un instrumento psicométrico creado para medir dos dimensiones de la ansiedad: ansiedad estado y ansiedad rasgo. A continuación, se explicará brevemente cada una de las dimensiones mencionadas:

#### **Ansiedad Estado (STAI-S)**

La ansiedad estado se caracteriza por sentimientos subjetivos, que logran ser percibidos de manera consciente como tensión y aprehensión, además, del aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo (presión arterial, sudoración, aumento de la temperatura, ritmo cardíaco, etc.) (Spielberger, 1966). La ansiedad estado, como su nombre lo dice, se refiere a un estado transitorio de ansiedad y que es fluctuante en el tiempo, es decir, que el sujeto puede percibirse a sí mismo ansioso o no ansioso en un momento o situación determinada, en la cual, tal situación es interpretada como amenazadora o peligrosa (Spielberger, 1966). (18,22)

En el inventario STAI, la sub escala que mide ansiedad estado (STAI-S) fue construida para medir las variaciones en la intensidad de la ansiedad como un estado emocional de la persona. Es decir, niveles bajos de puntuación STAI-S, indicarían que la persona manifiesta sentirse tranquila y segura, en cambio niveles altos de puntuación en el STAI-S revelarían un aumento de la tensión, nerviosismo que pueden llegar a niveles extremos de miedo y pánico (Hambleton, Merenda & Spielberger, 2005). (18)

## Ansiedad Rasgo (STAI-T)

La ansiedad rasgo fue conceptualizada por Spielberger (1966), como un comportamiento predispuesto del individuo a percibir un amplio número de situaciones o circunstancias como amenazantes, a pesar de no ser objetivamente peligrosas, a las cuales responde con una elevación desproporcionada de la ansiedad estado. Las personas con ansiedad rasgo se caracterizan por un estado de ansiedad estable, es decir, que gran parte del tiempo perciben diferentes situaciones de manera amenazante (Spielberger, 1966). (18)

También la ansiedad rasgo, se define en términos de diferencias individuales estables de las personas en la propensión a la ansiedad, las que se generaron a partir de experiencias del pasado, las que determinan de cierta manera, la disposición de la persona a ver ciertas situaciones tan peligrosas y responder antes ellas con altos niveles de ansiedad estado (Spielberger, 1966). Las experiencias que tienen más influencia en el nivel de ansiedad rasgo de una persona, serán aquellas que probablemente se remontan a situaciones en la infancia, en la relación padres-hijo centrado en torno a situaciones de castigo (Spielberger, 1966). (18,22)

La sub escala de ansiedad rasgo, fue construida para medir la ansiedad como característica permanente y relativamente estable en la persona (Hambleton et al, 2005).

### **2.7.4 Aplicación del STAI en Población Adulta**

El State-Trait Anxiety Inventory (STAI) fue adaptado y validado en idioma Español, "Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)", en el año 1982, por sus creadores Spielberger, Gorsuch y Lushene. Esta adaptación y validación se realizó en población adolescente y adulta. (19)

La confiabilidad arrojada por el instrumento fue de 0,90-0,93 para la sub escala ansiedad estado (STAI-S) y de 0,84-0,87 para la sub escala Rasgo (STAI-T). La confiabilidad test-retest varió entre 0,73 y 0,86 en la STAI-T (20)

Además, el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo mostró correlaciones altas con la Escala de Ansiedad Manifiesta (MAS) de Taylor y la Escala de Ansiedad de Cattell entre 0,73 y 0,85. Cabe destacar que se apreció un cierto solapamiento entre los constructos de ansiedad

de depresión, esto se visualizó en la correlación de 0,60 que presentó con el Cuestionario de Depresión de Beck (24).

Guillén y Buela (2011) realizaron la “Actualización Psicométrica y Funcionamiento Diferencial de los Ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI)”. El objetivo de este estudio fue realizar la revisión de la adaptación española del cuestionario realizada en el 1982 por Spielberger, Gorshuch y Lushene, puesto que, la validación de Spielberger se había realizado hace casi 30 años atrás. A través del análisis factorial, se lograron establecer los factores presencia de ansiedad y ausencia de ansiedad, tanto para la sub escala de ansiedad estado, como para la sub escala de ansiedad rasgo (Guillén y Buela, 2011). De los análisis de la fiabilidad realizados, mediante el alpha de Cronbach, se obtuvo para los ítems de la sub escala de ansiedad rasgo un valor de 0,90, por su parte la sub escala de ansiedad estado alcanzó un alfa de 0,94. (20).

### **III. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVOS GENERALES**

- Determinar el nivel de ansiedad de la paciente que es sometida a cirugía ginecológica programada.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Evaluar la ansiedad de la paciente programada a cirugía ginecológica previo al procedimiento quirúrgico y posterior al mismo.
- Describir qué paciente está más sometida a ansiedad según el procedimiento quirúrgico programado.

#### **IV. MATERIAL Y MÉTODOS**

##### Tipo de estudio

- Estudio descriptivo longitudinal

##### Población de estudio

- Pacientes llevadas a sala de operaciones por problemas ginecológicos no oncológicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia, durante el período de julio-septiembre 2016

##### Selección y tamaño de la muestra

- Se tomará el total de las pacientes que serán llevadas a sala de operaciones por problemas ginecológicos no oncológicos programadas para histerectomía abdominal, vaginal o procedimiento ginecológico no oncológico operado por video laparoscopia del Hospital de Ginecología y Obstetricia, durante el período de julio-septiembre 2016

##### Unidad de análisis

- Paciente programada para procedimiento quirúrgico ginecológico no oncológico.

##### Criterios de inclusión y exclusión

##### Criterios de inclusión:

- Pacientes con patología quirúrgica ginecológica no oncológica que se encuentran programadas para realización de histerectomía o procedimiento videolaparoscópico durante los meses de julio-septiembre 2016

##### Criterios de exclusión:

- Pacientes que no deseen participar en el estudio
- Pacientes con otra patología psicológica/psiquiátrica diagnosticada.
- Pacientes con sospecha de patología oncológica.

Cuadro de variables

- Operacionalización de variables

Objetivo	Variable	Definición	Operacionalización	Escala
<p>Evaluar la ansiedad de la paciente programada a cirugía ginecológica previo al procedimiento quirúrgico y posterior al mismo.</p>	<p>Ansiedad</p>	<p>La ansiedad es un sentimiento de recelo o de miedo. La fuente de este desasosiego no siempre se reconoce, lo cual incrementa la angustia que se siente. La ansiedad estado (A/E) se describe como un estado o condición emocional transitoria del ser humano que se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión, así como hiperactividad del Sistema Nervioso Autónomo. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad.</p>	<p>Se aplicará el cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo "STAI" (State-Trait Anxiety Inventory) 1 día antes del procedimiento quirúrgico.</p> <p>En la tipificación española del STAI, se obtienen puntuaciones transformadas en las escalas de centiles y decatipos. La puntuación centil indica el tanto por ciento del grupo normativo al que un sujeto determinado es superior en la variable apreciada por la prueba. Las puntuaciones decatipos constituyen una escala típica de diez puntos (media: 5,50. desviación: 2) que puede ser fácilmente comprendida por el público en general. Una vez obtenidas las puntuaciones directas mediante la aplicación de la plantilla a las respuestas del sujeto, y determinadas las características género y edad, se busca en la tabla del manual de la prueba la puntuación centil y decatipo correspondiente. Un decatipo mayor o igual a seis indica un sujeto ansioso en la escala A/E.</p>	<p>Nominal Medida: Si/No</p>

Objetivo	Variable	Definición	Operacionalización	Escala
Estimar qué paciente está más sometida a ansiedad según el procedimiento quirúrgico programado.	Tipo de histerectomía Abdominal, Vaginal o videolaparoscópico ginecológico	Histerectomía abdominal: extirpación del útero por una incisión en la pared abdominal  Histerectomía vaginal: extirpación del útero a través de la vagina.  Procedimiento videolaparoscópico ginecológico: todo aquel procedimiento realizado por videolaparoscopia por patología ginecológica.	Se revisará la papeleta de la paciente para ver qué tipo de cirugía tiene programada como también posterior al procedimiento que tipo de cirugía le fue realizada.	Nominal

## Procedimientos

### Procedimiento de datos

#### Recolección de datos

Se les realizará una entrevista previamente para explicarles el porqué del estudio, ofreciéndoles voluntariamente el hecho de colaborar respondiendo a los pertinentes estudios tanto en el pre como en el postoperatorio durante la permanencia en el servicio. (anexo 8.1)

#### Registro de datos

El registro de los datos se realizará tomando como base los test aplicados tanto en el pre como en el postoperatorio, según la escala de ansiedad evaluada, la cual se llevará a cabo en una base de datos en Excel.

#### Análisis de datos

Primeramente se realizará una revisión de la papeleta de la paciente para poder conocer el tipo de patología como también el tipo de procedimiento quirúrgico al cual está programada, posteriormente se realizará la recolección de datos mediante el cuestionario STAI -ansiedad/estado-, al tener los datos recolectados se procederá a introducir los datos del cuestionario en un formato que los analiza para poder determinar el punteo del mismo, posteriormente se le identificará según el valor de la prueba en la tabla Baremost STAI para poder asignar un decatipo según el valor obtenido y poder determinar si la paciente se encontraba ansiosa o no en ese momento.

## Procedimientos éticos

### Aspectos éticos importantes del estudio

Según los lineamientos de la American Psychological Association (APA) se consideró importante cumplir con el principio de la protección de las participantes contra el daño, por lo que se incluye la confidencialidad. En la investigación se garantizará a todas las colaboradoras que los datos que se obtengan de ellas estarán salvaguardados a través del anonimato y que éstos serán usados para fines estrictos de la investigación, por lo que no se incluirán en la base los nombres de las pacientes, únicamente se tendrá el control de las boletas por medio de un número correlativo que no tendrá ninguna relación con el nombre de la paciente. Así

mismo se mantendrá informado al asesor/revisor del estudio de investigación y de las actividades que se realizan para llevar a cabo la misma.

#### Consentimiento informado

A todas las pacientes se les informará como se les dará a firmar un consentimiento informado según las directrices de la declaración de Helsinki.

#### Procedimientos de análisis

Se aplicará el cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo "STAI" (State-Trait Anxiety Inventory) 1 día antes del procedimiento quirúrgico. El cuestionario fue diseñado para la autoaplicación y la misma se hará de manera individual sin límite de tiempo.

En la sección referente a la Ansiedad-Estado, se convida al paciente a rellenar con un bolígrafo la puntuación de 0 a 3 que refleje mejor: ¿cómo se siente en el momento de la aplicación del cuestionario? En todos los casos se aplicará por el mismo investigador. Con los datos obtenidos de cada cuestionario se logrará determinar un decatipo, el cual, si es mayor o igual a seis indica un sujeto ansioso en la escala A/E con lo cual podremos saber si el procedimiento en sí, provoca ansiedad en la paciente previo al procedimiento como posterior al mismo.

#### Recursos

##### Humanos

Médico entrevistador, pacientes que serán objeto de estudio.

##### Materiales

Test de STAI A/E, bolígrafos, hojas.

##### Económicos (Presupuesto)

Recurso humano	500.00
Recursos materiales	500.00
Otros	1000.00
TOTAL	2000.00

## V. RESULTADOS

Tabla 1. PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGÍA GINECOLÓGICA PROGRAMADA, INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA, JULIO-SEPTIEMBRE 2016

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO		
	Total	Porcentaje
HAT	28	40.6 %
HV	14	20.3 %
VDLP	27	39.1 %
TOTAL	69	100 %

Fuente: datos recolectados por el investigador, Hospital de Ginecología y Obstetricia julio-septiembre 2016.

Tabla 2. RELACIÓN ENTRE LA ANSIEDAD PRE Y POST OPERATORIA CON EL TIPO DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO GINECOLÓGICO REALIZADO  
 INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA, JULIO-SEPTIEMBRE 2016

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	ANSIEDAD PREOPERATORIA		ANSIEDAD POSTOPERATORIA	
	SI	NO	SI	NO
HAT	0	28	0	28
HV	0	14	0	14
VDLP	0	27	0	27
TOTAL	0	69	0	69

Fuente: datos recolectados por el investigador, Hospital de Ginecología y Obstetricia julio-septiembre 2016.

Tabla 3. RELACIÓN ENTRE LA ANSIEDAD PRE Y POST OPERATORIA CON EL TIPO DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO GINECOLÓGICO REALIZADO SEGÚN DECATIPO DEL TEST STAI. INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA, JULIO-SEPTIEMBRE 2016

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO		ANSIEDAD PREOPERATORIA		ANSIEDAD POSTOPERATORIA	
		CENTIL	DECATIPO	CENTIL	DECATIPO
HAT	28	10.39	3	9.64	2
HV	14	7.5	2	7.78	2
VDLP	27	15.25	4	10.96	3
TOTAL	69	11.05	4	9.46	2

Fuente: datos recolectados por el investigador, Hospital de Ginecología y Obstetricia julio-septiembre 2016. Decatipo mayor de 6 puntos compatible con ansiedad.

## VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

En la tabla 2 los datos recolectados en su mayoría de los procedimientos, es la histerectomía abdominal con un 40.6% de las mismas versus un 20.3% vía vaginal y un 39.1% de procedimientos vía videolaparoscópica, de estas pacientes al momento de realizarles el cuestionario para valorar si presentaban o no ansiedad tanto preoperatorio como post operatorio, se logró recolectar que indiferente de la vía de abordaje quirúrgico, ninguna de ellas presentó ansiedad alguna, como se puede observar en la tabla 3, donde ninguna sobrepasa los 6 puntos de decatipo que son el punto de corte entre una persona ansiosa y otra no, lo cual puede ser reflejo del plan educacional que se le dé a la paciente sobre la necesidad de la cirugía como del deseo de la persona de la realización del procedimiento debido a la sintomatología presentada. A pesar de que los decatipos evaluados indicaban que las pacientes no presentaban ansiedad pre o postquirúrgica, respecto al punteo obtenido de los cuestionarios se logra observar en la tabla 3, existe un punteo significativamente más alto en los cuestionarios evaluados en el preoperatorio que en el postoperatorio, en los cuales el nivel de ansiedad disminuía.

En la gráfica 1 se representa el tipo de procedimiento quirúrgico en las pacientes; 28 de las pacientes fueron abordadas quirúrgicamente vía abdominal, 14 vía vaginal y 27 vía videolaparoscópica, lo cual se asocia a los datos de la tabla 2, donde se observa como la histerectomía abdominal presenta mayor ansiedad previa o post operatoria debido a que por ser un procedimiento abierto, que deja cicatriz visible y se asocia a mayor dolor post operatorio, podría conllevar mayor ansiedad; y la videolaparoscopia por ser un procedimiento menos conocido por la paciente también pudiese estar más asociado a la ansiedad preoperatoria, no tanto post operatoria.

En la gráfica 2, se compararon los datos recolectados tanto en el período preoperatorio como en el postoperatorio según la evaluación de los cuestionarios de State-Trait Anxiety Inventory –STAI- que evalúan la ansiedad en estado (en el momento actual); realizándose luego de la tabulación de los datos la asignación de un punteo por el BaremosSTAI asignando decatipos para cada uno de los resultados de cada paciente, se logró determinar que las pacientes evaluadas que estaban programadas para realización de procedimiento quirúrgico por procedimiento ginecológico no oncológico, no presentaban ansiedad en el preoperatorio,

ni tampoco al momento de realizar el mismo cuestionario en el post operatorio, donde las pacientes se encontraba de similar manera psicológicamente o incluso de mejor ánimo.

En la gráfica 3 luego de recolectar y analizar los datos de los cuestionarios STAI ansiedad/estado para poder evaluar la ansiedad que la paciente presentaba en el momento de la realización del mismo, en el período preoperatorio como en el postoperatorio, se hizo la comparación de los valores obtenidos por los punteos y decatipos para la ansiedad que presentaban las pacientes tanto en el preoperatorio como en el postoperatorio cuando eran llevadas a la realización del procedimiento quirúrgico ya establecido previamente (en este caso histerectomía vaginal e histerectomía abdominal o videolaparoscopia), como se puede observar el tipo de procedimiento en estas pacientes no influenciaba en la ansiedad de la paciente ni en el preoperatorio ni en el postoperatorio, solamente se asociaba a una mínima elevación del punteo del cuestionario preoperatorio el cual no era significativo para clasificarla en paciente ansiosa, el cual en el postoperatorio tendía a disminuir aún más.

## 6.1. CONCLUSIONES

- ◆ Al evaluar la ansiedad de la paciente programada para cirugía ginecológica previo al procedimiento quirúrgico y posterior al mismo; en los test de ansiedad-estado aplicados a las pacientes, para lo cual fueron utilizados decatipos dados por la sumatoria de las respuestas de las pacientes tanto en el preoperatorio como en el postoperatorio, se constató como los valores obtenidos en los test realizados antes al procedimiento quirúrgico presentaban mayor puntuación independiente del tipo de operación sin llegar en sí a un nivel considerado como de ansiedad, sin embargo este punteo era menor en el postoperatorio. Esto se viene a poner de manifiesto en que la paciente viene a percibir más ansiedad con un punteo de 11.05 en promedio que se ubica en el decatipo 3 (sin llegar a valores de clasificación de persona ansiosa en este test, decatipo 6) antes del procedimiento quirúrgico debido a que tiene la duda si todo va a salir como esperado o pueda suceder algo más fuera de lo planeado, sin embargo, esto viene a disminuir posterior al procedimiento quirúrgico con un promedio de 9.46 puntos que se ubica en el decatipo 2.
- ◆ Cuando se estimó que paciente era la que estaba más sometida a ansiedad según el procedimiento quirúrgico programado, se evidenció que en los datos recolectados, a el 40.6% de las pacientes se les había programado para histerectomía abdominal, al 39.1% de las pacientes se les había programado para procedimiento videolaparoscópico y al 20.3% para histerectomía vaginal; dentro de estos 3 grupos de pacientes y procedimientos quirúrgicos, los mayores punteos en el test lo presentaron las pacientes programadas para procedimiento videolaparoscópico con promedio de 15.25 puntos en el preoperatorio y 10.96 en el postoperatorio, en muchas ocasiones asociado al desconocimiento del procedimiento, si este iba a cumplir sus objetivos sin tener complicaciones o si iba a ser necesario convertir a procedimiento abierto.

## 6.2. RECOMENDACIONES

- ◆ Aportarle a la paciente más información sobre los acontecimientos en la intervención quirúrgica por la cual está programada y sobre otras dudas que le preocupen en particular, siempre adecuando la información al nivel cultural y de formación académica de la misma. De ser necesario también puede resultar beneficiosa la ayuda psicológica la cual puede consistir en ayudar al paciente a identificar, explorar y eliminar las emociones que tenga con respecto a su cirugía y prepararlo emocionalmente para la misma, sabiendo muy bien, que la mejor manera de reducir la ansiedad es recibiendo la información que necesita.
- ◆ Tratar de evaluar si el procedimiento quirúrgico que la paciente necesita puede ser abordado de la manera que la paciente desea, siempre y cuando no se salga del contexto médico ni se asocie a mayores complicaciones, de esta manera se ayudaría a disminuir la ansiedad de la paciente, ya que al momento que la paciente puede decidir su vía de abordaje, se sentirá menos ansiosa de la realización del mismo. De no ser así, ampliar de la manera menos compleja el plan educacional a la paciente con el fin de que se acepte lo propuesto por el médico.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barrilero Gómez, J. A. (2009). *Universidad de Castilla La Mancha*. Recuperado el 10 de 06 de 2015, de uclm.es: <https://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%208/ansicirug.htm>
2. Feixas, G. (2010). ResearchGate. Recuperado el 10 de 06 de 2015, de ResearchGate: [http://www.researchgate.net/profile/Guillem\\_Feixas/publication/46311913\\_Eficacia\\_de\\_la\\_intervencion\\_psicologica\\_en\\_la\\_reduccion\\_de\\_la\\_ansiedad\\_pacientes\\_quirurgicos\\_de\\_banda\\_gastrica\\_ajusttable/links/0fcfd5066e5f1d9fd5000000.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Guillem_Feixas/publication/46311913_Eficacia_de_la_intervencion_psicologica_en_la_reduccion_de_la_ansiedad_pacientes_quirurgicos_de_banda_gastrica_ajusttable/links/0fcfd5066e5f1d9fd5000000.pdf)
3. Guerrero, M. J. (10 de 02 de 2009). *psiquiatria.com*. Recuperado el 12 de 06 de 2015, de [psiquiatria.com: http://www.psiquiatria.com/psiq\\_general\\_y\\_otras\\_areas/psicosomatica/consecuencias-psiquicas-de-la-histerectomia-no-oncologica1/](http://www.psiquiatria.com/psiq_general_y_otras_areas/psicosomatica/consecuencias-psiquicas-de-la-histerectomia-no-oncologica1/)
4. Nehama Dresner, A. K. (10 de 2008). Recuperado el 12 de 06 de 2015, de *The Global Library of Womens Medicine*: [http://www.glowm.com/section\\_view/heading/Preoperative%20Evaluation%20and%20Preparation%20of%20the%20Gynecologic%20Patient/item/422#20061](http://www.glowm.com/section_view/heading/Preoperative%20Evaluation%20and%20Preparation%20of%20the%20Gynecologic%20Patient/item/422#20061)
5. Oviedo, G. y. (2010). Akapsico. Recuperado el 11 de 06 de 2015, de Akapsico: <http://www.akapsico.com/2010/02/estres-cirugia-cancer-ansiedad-depresion-hospitalizacion/>
6. Rocha, M. E. (2005). Recuperado el 12 de 06 de 2015, de *susmedicos.com*: [http://www.susmedicos.com/art\\_estres\\_preoperatorio.htm](http://www.susmedicos.com/art_estres_preoperatorio.htm)
7. Cano A. *Bases teóricas y apoyo empírico de la intervención psicológica sobre los desórdenes emocionales en atención primaria. Una actualización. Ansiedad Estrés*. 2011;17(2-3):157-84.
8. Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. *Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Rev Mal-Estar Subj* 2003;3(1):10-59.
9. Kaplan RM. *Pruebas psicológicas. Principios y aplicaciones*. 1ª ed. Madrid: Editorial Thomson Paraninfo; 2007.
10. Perpiñá-Galvañ Juana, Richart-Martínez Miguel, Cabañero-Martínez María José, Martínez-Durá Inmaculada. *Validez de contenido de versión corta de la subescala del Cuestionario State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]*. 2011 Aug [cited 2018 Feb 02]; 19( 4 ): 882-887. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692011000400005&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000400005&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S01041169201100040000>.
11. Dresner, N, Kurzman, A, *Glob. libr. women's med.*, (ISSN: 1756-2228) 2008; DOI 10.3843/GLOWM.10423.
12. Heinze G, Camacho, Berenzon E y cols. *Guía Clínica para el Manejo de la Ansiedad*. Ciudad de México, México, Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente; 2010.
13. Valenzuela-Millán J, Barrera-Serrano J, Ornelas-Aguirre J. *Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. Cir Cir*. 2010; 78:151-156.
14. Vargas-Mendoza, J.E. y López-Serrano, A. *Factores emocionales en pacientes sometidas a histerectomía*. *Centro Regional de Investigación en Psicología, Volumen 4, Número 1, 2010 Pág. 5-10* [http://www.conductitlan.net/centro\\_regional\\_investigacion\\_psicologia/47\\_factores\\_emocionales\\_histerectomia.pdf](http://www.conductitlan.net/centro_regional_investigacion_psicologia/47_factores_emocionales_histerectomia.pdf).

15. Gordillo León Fernando, Arana Martínez José M., Mestas Hernández Lilia. Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. *Rev Clin Med Fam* [Internet]. 2011 Oct [citado 2018 Feb 02] ; 4( 3 ): 228-233. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2011000300008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000300008&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2011000300008>
16. Cárdenas Andrea, Quiroga Cynthia, Restrepo Martha, Cortés Daniel. Histerectomía y ansiedad: estudio comparativo entre dos tipos de preparación psicológica prequirúrgica. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 2005 Sep [cited 2018 Feb 02] ; 56( 3 ): 209-215. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74342005000300003&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342005000300003&lng=en).
17. Martínez-Mallén Mayra, López-Garza David Nelson. Trastornos de ansiedad. *Revista neurología, neurocirugía y psiquiatría*. 2011; 44:101-107.
18. Bados, A., Gómez-Benito, J. & Balaguer, G.(2010). *The State – Trait Anxiety Inventory, Trait Version : Does it Really Measure Anxiety?*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
19. Guillén, A y Buéla, G. (2011). Actualización Psicométrica y Funcionamiento Diferencial de los Ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23, (3), 510-515.
20. Universidad Complutense de Madrid (2006). Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo. State-Trait Anxiety Inventory.
21. Massana Ronquillo, J. Ansiedad; 100 preguntas más frecuentes. España; Sanofi-Synthelabo; 2000, 35-62.
22. Sierra, Juan Carlos, Ortega, Virgilio, & Zubeidat, Ihab. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 3 (1), 10-59. Recuperado en 20 de julio de 2016, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482003000100002&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002&lng=pt&tlng=es).
23. Javier Ortuño Sierra, Lorena García Velasco, Félix Inchausti, Martín Debbané, Eduardo Fonseca Pedrero. Nuevas aproximaciones en el estudio de las propiedades psicométricas del STAI. *Actas españolas de psiquiatría*, ISSN 1139-9287, Vol. 44, Nº. 3 (Mayo-Junio), 2016, págs. 83-92. Recuperado en 14 de julio de 2016, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5521780>
24. Guillén-Riquelme Alejandro, Buéla-Casal Gualberto. Metaanálisis de comparación de grupos y metaanálisis de generalización de la fiabilidad del cuestionario State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *Rev. Esp. Salud Pública* [Internet]. 2014 Feb [citado 2016 Mayo 23] ; 88( 1 ): 101-112. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272014000100007&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000100007&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000100007>
25. Buéla-Casal G, Guillén-Riquelme A, Seisdedos Cubero N. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo: Adaptación española. 8ª ed. Madrid: TEA Ediciones; 2011.

## VIII. ANEXOS

### 8.1 Instrumento de recolección de datos

#### **Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)**

##### **ANSIEDAD-ESTADO**

*Instrucciones:* A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se *siente usted ahora mismo*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	<u>Nada</u>	<u>Algo</u>	<u>Bastante</u>	<u>Mucho</u>
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

## 8.2 Puntuaciones Baremos STAI

### BAREMOS STAI

Centiles ..... .....	Puntuaciones directas								Decatipo
	Adolescentes				Adultos				
	<u>VARONES</u>		<u>MUJERES</u>		<u>VARONES</u>		<u>MUJERES</u>		
	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo	
99	47-60	46-60	53-60	49-60	47-60	46-60	54-60	49-60	10
97	45	41	44	43	43	39-40	49	45	9
96	44	40	42-43	42	42	38	48	44	9
95	43	39	41	41	40-41	37	47	43	9
90	38	33	39	36	37	33	41	40	8
89	37	32	38	35	36	32	40	39	8
85	36	30	36	33	33	29	37	37	8
80	34	28	34	31	30	27	34	34	7
77	32	27	33	30	29	26	32	33	7
75	31	26	31	29	28	25	31	32	7
70	28	24	28	27	25	24	29	30	7
65	26	23	26	26	23	23	26	29	6
60	24	22	25	25	21	21	24	27	6
55	22	21	23	23	20	20	23	26	6
50	20	20	22	22	19	19	21	24	6
45	19	19	20	21	18	18	19	23	5
40	17	18	19	20	16	17	18	21	5
35	16	17	18	19	15	16	17	20	5
30	14	16	17	18	-	15	16	18	4
25	13	15	16	17	14	14	15	17	4
23	-	-	15	-	13	-	14	-	4
20	12	14	14	16	12	13	13	16	4
15	11	13	13	15	10	11	12	14	3
11	-	-	12	14	9	10	11	13	3
10	10	12	11	13	8	9	10	12	3
5	9	11	8	12	6	8	7	11	2
4	8	10	7	11	5	7	6	10	2
1	0-2	0-6	0-4	0-7	0-2	0-4	0-2	0-7	1
N	146	151	169	180	295	318	295	387	N
Media	22,35	21,30	23,28	23,42	20,54	20,19	23,30	24,99	Media
D. Típica	11,03	8,53	10,56	9,10	10,56	9,10	8,89	10,05	D. Típica

## 8.1 Instrumento de corrección del test STAI

2	CORRECCIÓN STAI			
3	Sustituye el cero por la puntuación del sujeto en el cuestionario			
4	Averigua el percentil comparando la puntuación directa con el baremos			
5				
6				
7				
8		<b>A. ESTADO</b>		<b>A. RASGO</b>
9	<b>1</b>	0	<b>21</b>	0
10	<b>2</b>	0	<b>22</b>	0
<b>11</b>	<b>3</b>	0	<b>23</b>	0
12	<b>4</b>	0	<b>24</b>	0
13	<b>5</b>	0	<b>25</b>	0
14	<b>6</b>	0	<b>26</b>	0
15	<b>7</b>	0	<b>27</b>	0
16	<b>8</b>	0	<b>28</b>	0
17	<b>9</b>	0	<b>29</b>	0
18	<b>10</b>	0	<b>30</b>	0
19	<b>11</b>	0	<b>31</b>	0
20	<b>12</b>	0	<b>32</b>	0
21	<b>13</b>	0	<b>33</b>	0
22	<b>14</b>	0	<b>34</b>	0
23	<b>15</b>	0	<b>35</b>	0
24	<b>16</b>	0	<b>36</b>	0
25	<b>17</b>	0	<b>37</b>	0
26	<b>18</b>	0	<b>38</b>	0
27	<b>19</b>	0	<b>39</b>	0
28	<b>20</b>	0	<b>40</b>	0
29				
30	<b>SUMA</b>	0		0
31	<b>RESTA</b>	0		0
32	<b>TOTAL</b>	0		0
33	<b>CONSTANTE</b>	30		21
34	<b>P. DIRECTA</b>	30		21
35				

## **PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO**

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada **ANSIEDAD Y CIRUGÍA GINECOLÓGICA** para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.