

ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN EL CÁNCER GINECOLÓGICO

MARÍA EUGENIA OLIVARES CRESPO*
Universidad Complutense de Madrid, España

ABSTRACT

In the present study, some psychological aspects that are concurrent to gynecological oncological pathology are addressed. Normally, these patients undergo various therapeutic modalities that provoke accumulative effects. In general, the treatment of choice is surgery, particularly mastectomy and hysterectomy. The prior, concomitant, and subsequent psychological effects of these surgical treatments should also be taken into account. Among these effects are: sexual alterations, changes in body image, infertility, and induced menopause. Although the two latter are not themselves psychological, they, in turn, cause psychological effects. Summing up, the psychological therapeutic procedures of the process are specified, considering the diagnosis, the surgical treatment, and the effects derived thereof.

Key words: Oncological gynecology, surgery, psychological treatment.

RESUMEN

En el presente trabajo se abordan los aspectos psicológicos concomitantes a la patología oncológica ginecológica. De forma habitual estas pacientes están sometidas a diferentes modalidades terapéuticas que provocan efectos acumulativos. En términos generales, el tratamiento de elección es quirúrgico, principalmente mastectomía e histerectomía. Estos tratamientos quirúrgicos provocan efectos antes, durante y después de los mismos. Entre los que cabe citar: alteraciones

Continúa ➡

* Correspondencia: MARÍA EUGENIA OLIVARES CRESPO, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España. Correo electrónico: meolivares@correo.cop.es

Continuación →

sexuales, cambios en la imagen corporal, infertilidad y menopausia inducida. Para concluir, se especifican los procedimientos terapéuticos psicológicos del proceso, tanto del diagnóstico como del tratamiento quirúrgico y de los efectos derivados del mismo.

Palabras clave: ginecología oncológica, cirugía, tratamiento psicológico.

INTRODUCCIÓN

Aunque muchos de los problemas psicológicos de los pacientes de cáncer son similares a otros pacientes con patología crónica, las investigaciones sugieren que la naturaleza y tratamiento de la oncología ginecológica pueden proveer un estrés añadido para la mujer que lo padece (Doherty, 1997). Los cánceres ginecológicos aparecen en distintas localizaciones entre las que cabe citar: mama, endometrio, cervix, vulva y ovario. Muchos de estos cánceres producen pocos o ningún síntoma hasta que el tumor es avanzado y aparecen con mayor frecuencia en mujeres mayores, pero pueden ser diagnosticados en cualquier momento del ciclo vital (Auchincloss, 1998). En términos generales las mujeres con cáncer ginecológico reciben múltiples modalidades de tratamiento, que van experimentando como efecto acumulativo. Tanto el cáncer como los efectos a los tratamientos a los que son sometidas las pacientes frecuentemente provocan cambios hormonales, sexuales, reproductivos, así como, alteraciones psicológicas y sociales. De forma específica, en el estudio llevado a cabo por Bos-Branolte (1991) identifica 28% de morbilidad psicopatológica en una muestra de 90 mujeres con cáncer ginecológico, distribuidas del siguiente modo: ansiedad (34%), depresión (28%), imagen corporal (22%), autoestima (36%), relaciones de pareja (26%). Asimismo, ésta se distribuía en función de la localización tumoral en: ovario (36%), cervix (21%), endometrio (17%) y por último, vulva (46%).

Mientras la percepción del cáncer de mama ha ido cambiando en los últimos años, el resto de tumores ginecológicos son mal entendidos por el público neófito y se considera una sentencia de muerte, probablemente por su relación histórica con un peor pronóstico, ubicación, respuesta sexual

y reproductiva. Este hecho se manifiesta en que las mujeres con tal diagnóstico no suelen hablar abiertamente del mismo, sólo lo hacen con la familia, grupos muy cercanos de amigos, manifestando habitualmente pensamientos irracionales y sentimientos de culpa. Es por ello, que la relación establecida con el equipo sanitario y el entendimiento de su proceso, sea crucial para su recuperación (Auchincloss, 1998).

Como se ha mencionado anteriormente, el paciente con cáncer ginecológico deberá enfrentarse a un amplio espectro de estresores desde un principio. Si atendemos a la clasificación propuesta por Elliot y Eisderfen (1982) cubriría las cuatro categorías siguientes: estresores agudos, limitados en el tiempo, como es el caso de la cirugía; secuencias de estresores, como es el proceso diagnóstico y terapéutico; estresores intermitentes, como es la quimioterapia o la espera de los resultados de las pruebas diagnósticas en el seguimiento, y por último, estresores crónicos, como la pérdida de un órgano y el miedo a la recidiva.

PROBLEMÁTICA ASOCIADA AL CÁNCER GINECOLÓGICO

Cirugía

La cirugía ha llegado a ser el tratamiento de choque para una gran variedad de patologías oncológicas. Para muchos pacientes, ésta salva la vida y en adición, puede reducir sustancialmente o eliminar dolor incapacitante y facilitar una mayor calidad de vida. Aunque existe una gran probabilidad de resultados positivos, éstos no impiden que la cirugía sea considerada un evento vital estresante, pudiendo tener efectos psicológicos y materiales

negativos, que no son sólo experimentados por el paciente, sino también, por familiares y amigos.

Los patrones de cambio en el campo de la cirugía y el potencial beneficioso de la intervención psicológica (maximizando el coste-eficacia en los sistemas de cuidado de la salud), incrementa la necesidad de un análisis teórico y la comprobación de hipótesis en esta área. Sugiere, del mismo modo, identificar los modelos de intervención que son más efectivos, los procesos psicológicos que pueden mediar esos efectos, y las características de los pacientes que podrían definir un grupo más o menos susceptible de preparación quirúrgica.

La investigación sobre el estrés (Lazarus, 1966; Lazarus y Folkman, 1984), la cognición sobre la enfermedad (Leventhal y Johnson, 1983; Leventhal, Meyer y Nerenz, 1980) y el apoyo social (Cohen, 1988; Cohen y Hoberman, 1983) han generado un conjunto interrelacionado de principios teóricos que proveen un marco conceptual de cómo la intervención psicológica puede incidir en la recuperación quirúrgica y la rehabilitación.

En aras de lo anteriormente mencionado, Contrada, Leventhal y Anderson (1994) plantean que en la cirugía existen tres elementos fundamentales: problemas de representación, afrontamiento y resultados. Cada uno a su vez tendría dos procesos paralelos, uno reflejaría la percepción que tiene la persona de la situación objetiva y otra involucraría la emoción y la respuesta subjetiva a tal percepción. Éstos están en constante interacción y se influyen bidireccionalmente.

De este modo, la información sobre la necesidad de una intervención quirúrgica se constituye en un estresor vital mayor, con efecto inmediato en la iniciación del proceso de representación del problema que hace el paciente. La persona activamente crea un problema mental que implica amenaza a su salud. Los riesgos son severos y multifactoriales, incluyen muerte, dolor, desfiguración, pérdida de funcionalidad, pérdida económica, pérdida de roles sociales, incertidumbre sobre el tiempo, amenaza a recurrencia e incertidumbre de la habilidad necesaria para hacerle frente. La valoración de esos daños

provoca una sensación de amenaza. El nivel de amenaza será proporcional a la magnitud potencial de la implicación de ese daño, es decir, el nivel de cambios físicos y psicológicos que la enfermedad y los tratamientos pueda generar. Aunque la amenaza experimentada es amortiguada por la percepción de los recursos personales y sociales a mitigar ese daño. Cuando la percepción de daño es mayor que los recursos de afrontamiento, el resultado es una respuesta de estrés, que podría involucrar reacciones emocionales negativas, actividad autonómica, neuroendocrina, y reducción de la capacidad para realizar tareas cognitivas y conductuales. Pero a veces, la cirugía puede ofrecer una representación potencial de bienestar físico y psicológico, por ejemplo, cuando reduce dolor, incrementa la capacidad física y aumenta la posible longevidad del paciente.

Por tanto, una intervención quirúrgica en la mayoría de las ocasiones es considerada como un acontecimiento vital estresante. Pero el poder estresante de dicho proceso quirúrgico depende de una amplia versatilidad de variables, tales como (López-Roig, Pastor y Rodríguez-Marín, 1992; Gallar, 1998): el riesgo intrínseco que implica toda intervención quirúrgica que requiere anestesia general, máxime si se lleva a cabo en pacientes con riesgo sobreañadido; la incertidumbre por no saber si la intervención resolverá el problema o no; temor a quedar peor tras la operación, con limitaciones físicas o psicológicas, se incluyen aquí también el miedo a los errores médicos y sus consecuencias; incontabilidad de la situación y características de la enfermedad.

Según López-Roig (1995), la anticipación de lo que va a suceder puede ser tan estresante como su ocurrencia real y a menudo lo es más. Como refieren diversos autores (Johnson, Leventhal y Dabbs, 1971; Martínez Urrutia, 1975; Visser, 1982) hay que considerar que la situación quirúrgica no es un estresor simple y unidimensional, sino un complejo entramado de acontecimientos estresantes. De este modo, los pacientes con más ansiedad prequirúrgica presentan una peor recuperación emocional (más ansiedad y depresión tras la operación) y una peor recuperación física (más intensidad de dolor y molestias, mayor ingesta de medicamentos, mayor número de complicaciones, estancias hospitalarias

más largas, etc.). Por tanto, se hace necesario el control del estrés y la ansiedad de los pacientes en fase prequirúrgica.

Según Contrada, Leventhal y Anderson (1994) proponen que la amenaza podría organizarse en la mayoría de los pacientes en cuatro cuestiones generales:

- a) El inmediato daño físico representado por la cirugía en sí misma, que incluye amenaza a la anestesia general, incisión, resección, amputación, reconstrucción, cateterización.
- b) Efectos secundarios derivados de haberse sometido a dicho proceso, tales como, dolor, molestias, desorientación, fatiga y reducción de la capacidad para la actividad física.
- c) Inhabilidad para desempeñar los roles sociales, es decir, tanto los laborales como los relacionados con la familia.
- d) Manejo a largo plazo de alguna condición médica crónica, es decir, la necesidad de seguir una dieta, ejercicio, toma de medicación, manejo de signos y síntomas de enfermedad, y por último, continuar con un procedimiento de seguimiento.

La saliencia de cada una de las preocupaciones varía en el tiempo y se distribuirían en varias fases. Una primera que sería anterior a la cirugía y comprendería el período temporal desde que el individuo tiene conocimiento de que tiene que ser intervenido hasta la admisión en la unidad quirúrgica; la fase de hospitalización que se centraría desde el momento de admisión hasta la anestesia; la fase de cuidados intensivos que hace referencia al período que el paciente se encuentra en la unidad de recuperación; y por último, la fase de rehabilitación que se encuadra en el período temporal en el que el paciente se mantiene en la planta hospitalaria. Durante las dos primeras fases los problemas más frecuentes probablemente son el inmediato daño físico y funcionalidad que puede provocar la cirugía. Cuando la intervención quirúrgica se ha realizado éstos disminuyen rápidamente durante las fases de cuidados intensivos y rehabilitación. Después el paciente confronta los efectos seguidos de la cirugía y se preocupa por los roles sociales. En adición, la fase de rehabilitación está marcada por la necesidad de aumentar el manejo de una condición médica crónica a largo plazo. En estas dos últimas fases podrían surgir áreas de conocimiento nuevas para el paciente (véase Figura 1).

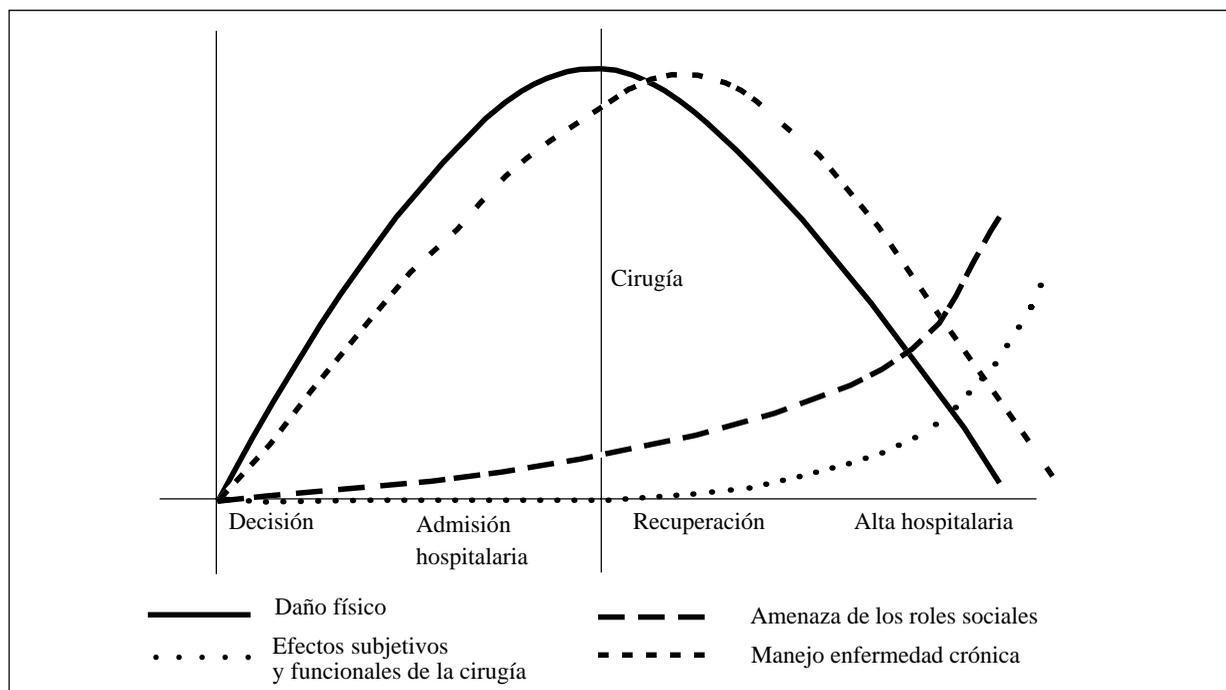


Figura 1. Evolución de las preocupaciones de los pacientes a lo largo de las fases de la cirugía.

Preoperatorio

La noticia de una intervención quirúrgica supone para la mayoría de las personas un acontecimiento estresante, provocando un impacto en su vida habitual (López Roig, Pastor y Rodríguez, 1992). Suele considerarse por sí mismo un estresor importante que provoca respuestas de ansiedad anticipatoria y miedo (Gottesman y Lewis, 1982). Son varias las cuestiones que deben ser tenidas en cuenta en ese momento, tales como: relación problemática con el cirujano y/o personal sanitario, inhabilidad en dar el consentimiento, severa ansiedad preoperatoria, rehusar a la cirugía, exacerbación de trastornos psicopatológicos preexistentes, posibles trastornos psicopatológicos postoperatorios y complicaciones en la rehabilitación. En concreto, en el período preoperatorio las reacciones van a depender según Jacobsen y Holland (1989) de:

- a) Variables médicas que incluyen la patología en sí, curabilidad del trastorno por cirugía sola o en combinación con otras modalidades terapéuticas, déficits funcionales como resultado de la cirugía y viabilidad de recuperación.
- b) Variables relacionadas con el paciente tales como, estabilidad psicológica del paciente a tolerar eventos estresantes, relación establecida con el cirujano, características demográficas, historia clínica, variables de personalidad y cognitivas y de forma especial, el locus de control.

En cuanto a estas últimas, cuando el locus de control es interno el paciente presenta una mayor ansiedad prequirúrgica. Existen algunas matizaciones como las propuestas por Meichenbaum y Turk (1976) y López y cols., (1990), que indica que el locus de control es más bien una variable que media la anticipación de la amenaza en una situación estresante.

Según Regel y cols. (1985) existe un conjunto de variables que pueden aumentar o disminuir la ansiedad prequirúrgica. Entre las que aumentan se encuentran: la escasa motivación del paciente para la cirugía, una explicación insuficiente de la nece-

sidad quirúrgica y del procedimiento de anestesia, clima hospitalario desagradable, habitaciones múltiples, experiencias negativas previas con anestesia o cirugía y en último lugar, nivel alto de ansiedad rasgo e internalidad. Entre las variables que disminuyen la ansiedad prequirúrgica cabe citar: la existencia de condiciones hospitalarias agradables, cirugía de urgencias, que la enfermedad a tratar conlleva síntomas dolorosos e incapacitantes o perturbe de forma evidente la calidad de vida del paciente, en estos casos la cirugía es vivida incluso como un alivio.

Relación Pre-postquirúrgica

En relación a la incidencia de los efectos de la fase prequirúrgica en la postquirúrgica, habría que hacer especial mención al estado emocional. Janis (1958) plantea que la ansiedad se incrementa inmediatamente ante diversos tipos de cirugía y declina rápidamente después de la misma, la depresión tiene una tendencia similar a la respuesta de ansiedad. El autor realizó trabajos sobre ansiedad preoperatoria y ajuste postoperatorio, los pacientes que tienen un miedo moderado antes de la cirugía tuvieron un mejor ajuste y tolerancia al malestar postoperatorio, que aquellos pacientes que tenían altos o bajos niveles de miedo. Los pacientes con bajo miedo operatorio mostraron más cólera, resentimiento y menos cooperación, en tanto que los pacientes con alto miedo preoperatorio mostraron menos implicación en su tratamiento y desarrollaron preocupaciones no productivas o patológicas, fundamentalmente síntomas hipocondríacos. Auerbach (1973) y Andersen y Tewfik (1985) confirman el planteamiento realizado por Janis.

En subsecuentes investigaciones (cfr. Jacobsen y cols., 1989) no se ha encontrado lo propuesto por Janis, más bien, se encuentra una relación positiva entre ansiedad prequirúrgica y medida de ansiedad postquirúrgica, así como una asociación lineal positiva con depresión postoperatoria (Salmon, 1992). Del mismo modo, Wallace (1986) encontró una correlación positiva entre ansiedad pre y postquirúrgica cuando ésta fue medida en el hospital pero no cuando dicha medición se hacía poco

después del alta hospitalaria; también identificó que los niveles de ansiedad antes del ingreso hospitalario pueden ser un importante predictor de la ansiedad en la mañana de la intervención quirúrgica. Estos estudios corroboran los trabajos realizados con anterioridad en los que un alto miedo preoperatorio causa mayores problemas emocionales postoperatorios, y un bajo nivel de miedo causa menos malestar (Wolfer y Davis, 1970; Chapman y Cox, 1977). Este dato no es corroborado en todos los estudios y de ello dependen las complicaciones metodológicas de los mismos, tales como, heterogeneidad en los instrumentos de medida, variables estudiadas, diversidad de muestra y tamaño muestral, diversidad en procedimientos quirúrgicos y tipos de cirugía.

Autores como Johnson (1986) proponen cinco índices de recuperación postquirúrgica: recuperación física, recuperación emocional, dolor, consumo de drogas y otros como tiempo de recuperación, estancia hospitalaria, complicaciones, etc.

Los pacientes con altos niveles de ansiedad-rasgo informan de mayor dolor y malestar postoperatorio, requieren más medicación y mayor estancia hospitalaria (Ridgeway y Mathews, 1982), esta podría ser la explicación en personas que están especialmente alerta y que responden a los síntomas físicos de amenaza (Salmon, 1992).

Asimismo, se han encontrado altas correlaciones entre los índices de ansiedad hospitalaria con otras medidas, incluidos anestesia y autoinforme de dolor (Wells, Howard, Nowlin y Vargas, 1986). El dolor es una de las medidas más comúnmente utilizadas en el postoperatorio, aunque obviamente depende del tipo y localización de la cirugía, ya que refleja diversos niveles de trauma físico así como los relacionados con el estado psicológico. Este síntoma a veces se correlaciona con ansiedad o con otras medidas de malestar, aunque esto no aparezca hasta algunos días después de la cirugía. Es posible que estas correlaciones reflejen exacerbación del estado físico del paciente o de la percepción del mismo — por ansiedad—, pero a la inversa es también posible que la ansiedad postoperatoria es una consecuencia del dolor y otros síntomas físicos (Salmon, 1992).

Del mismo modo, hay que tener en cuenta que el estrés provocado por la cirugía no sólo tiene efectos a corto plazo, sino que pueden persistir mucho más tiempo de lo que el acontecimiento pueda durar. Dado que el estrés implica una sobreactivación biológica promovida por el eje neuroendocrino (hipotálamo-hipófisis), puede convertirse en un factor de riesgo sobreañadido a los que están presentes en el proceso quirúrgico y que pueden complicar el proceso en sí mismo y los resultados, perjudicando la recuperación postoperatoria (Jacobsen y Holland, 1989). Los pacientes continúan manifestando reacciones emocionales negativas tras la cirugía después de que las respuestas endocrinas han remitido (Salmon, 1992).

Los cambios de la respuesta metabólica y endocrina dependen de la severidad de la cirugía. Los cambios hormonales inducen un aumento de los niveles de cortisol circulante que comienza en la incisión y alcanza el máximo en las horas siguientes después de la cirugía. Los cambios en adrenalina y noradrenalina son menos consistentes. También se producen incrementos en la producción de hormonas, tales como, oxitocina, vasopresina, B-endorfinas, y hormona del crecimiento (Kaufman, Aiach y Waismann, 1989; Salmon, 1992).

En la literatura sobre anestesia y cirugía se asume que la respuesta endocrina está causada por el estrés físico de la cirugía, donde los principales estímulos son somatosensoriales y señales aferentes simpáticas. Muchos de los cambios endocrinos en pacientes hospitalizados son sensibles a amenazas psicológicas. Las dificultades prácticas han impedido la amplia adopción de medidas endocrinas en investigaciones psicológicas sobre la cirugía. Los costos y la colaboración de otros profesionales, constituyen otro impedimento (Salmon, 1992).

Postoperatorio

Dado que el estrés implica una sobreactivación fisiológica provocada por el eje neuroendocrino-hipotálamo-hipofisario, cabe pensar que éste podría actuar como un factor de riesgo sobreañadido a los ya existentes en el acto quirúrgico. Es por ello

necesario, considerar este dato de cara a establecer cualquier intervención preoperatoria. Del mismo modo, es necesario valorar las características específicas de cada tipo de cirugía particular. A continuación se exponen algunos ejemplos de las mismas.

MASTECTOMÍA

Existen patrones consistentes de la mujer respecto a la mastectomía: amenaza de una enfermedad fatal, impacto de la pérdida de la mama en la imagen corporal y apariencia, disminución de la sensación de feminidad, decremento del atractivo y función sexual, miedo a la recurrencia y sentimiento de culpa. Algunos estudios indican que entre un 10-56% de las mujeres estudiadas tras la mastectomía presentan algún grado de incapacidad en la función social y emocional.

Las reacciones ante los autoexámenes mamarios, revisiones ginecológicas y exámenes mamográficos regulares varían desde negar el riesgo hasta preocupaciones hipocondríacas y chequeos obsesivos, es por ello que algunas mujeres son candidatas a una mastectomía profiláctica, tras una cuidadosa valoración psicopatológica.

HISTERECTOMÍA

La investigación sobre el impacto psicológico de la histerectomía es muy variada. En los estudios prospectivos, se han encontrado cambios en el estado de ánimo y en la respuesta sexual. El estado emocional era el mejor predictor de problemas emocionales después de la cirugía, igual ocurría con la respuesta sexual y el autoconcepto (Gath y Cooper y Day, 1982; Helstrom y cols., 1993).

En relación a la preparación psicológica Ridgeway y Matthews (1982) compararon un grupo con información procedimental y otro con afrontamiento cognitivo antes de la histerectomía. Los autores identificaron que dichas preparaciones producían diferentes efectos. La información sobre la cirugía incrementó los rangos de conocimiento y la satisfacción ante la misma, mientras que el afronta-

miento cognitivo tuvo más efecto sobre los índices de recuperación (menos dolor y menor analgesia), además, las mujeres del grupo de afrontamiento cognitivo informaron de menor número de pensamientos preocupantes tras la cirugía.

CIRUGÍA PLÁSTICA

Según Pruzinsky (1988), los factores psicológicos son importantes en muchos momentos y tratamientos, incluyendo la propia decisión quirúrgica, la elección de la técnica y el ajuste a los cambios en apariencia. La mayoría de los pacientes están satisfechos tras la cirugía, encontrándose un decremento en niveles de ánimo depresivo, ansiedad social y un incremento en autoestima (Sheridan y Radmacher, 1992).

Hay que descartar que el paciente no padezca un trastorno dismórfico, pero las investigaciones recientes sugieren que la proporción de esos pacientes es relativamente pequeña. Por ello, es apropiada una cuidadosa exploración de la motivación a la cirugía. Asimismo, es conveniente explorar el tiempo que se ha tardado en tomar la decisión e identificar la existencia de algún factor precipitante y valorar que las expectativas de resultados sean realistas, confirmando de este modo, que la intervención quirúrgica no proveerá una "cura mágica" para todos los problemas experimentados antes de la cirugía.

La consejería y el entrenamiento en habilidades sociales podrían ser apropiados antes de la cirugía. Por todo ello, es necesario informar pormenorizadamente sobre el procedimiento que se va a seguir y proveer expectativas realistas sobre los posibles resultados, en orden a minimizar discrepancias entre expectativas y resultados (Sheridan y Radmacher, 1992). Esto es particularmente importante en procedimientos que requieren un nivel inusual de malestar postquirúrgico. Los niveles altos de ansiedad pueden tender a prolongar el período de recuperación. Pruzinsky (1988) indica que en el período inmediatamente posterior a la cirugía, se encuentran indicadores de depresión y ansiedad debido al eventual resultado del procedi-

miento quirúrgico. Así, Buffone (1989) estima que el 30% de los pacientes experimentan estas reacciones. La preparación quirúrgica podría disminuir los niveles de morbilidad psicológica posterior.

DISFUNCIONES SEXUALES

En la literatura sobre el impacto sexual en los cánceres ginecológicos hay que centrarse en el punto de vista metodológico, ya que existen una serie de variables fundamentales sobre las cuales se ha prestado una atención insuficiente como: tipo y estadio tumoral, naturaleza del tratamiento, momentos de evaluación, historia sexual y funcionamiento previo al tratamiento, respuesta de la pareja, así como, la influencia de variables de personalidad y culturales.

Para cada mujer la experiencia de un cáncer ginecológico es única, ya que depende de sus características individuales y de los factores situacionales que la rodean y que dan a la enfermedad un matiz especial para cada paciente. Para muchas de ellas, la pérdida del disfrute sexual, bien sea transitorio o permanente, tiene un impacto significativo (Schover, 1997). La experiencia clínica sugiere algunas poblaciones como especiales o de riesgo (Schover, Evans y cols., 1987; Schover, 1998): mujeres adolescentes o jóvenes, mujeres sin pareja, duración de las relaciones previas, historia de fallos sexuales o traumas en el pasado, además hay que valorar la cesación de la actividad sexual por otros factores tales como, la edad, enfermedad anterior o disfunción sexual previa.

Existen diversos estudios que indican las relaciones existentes entre distintos tipos de cáncer ginecológico y función sexual, entre los que cabe citar:

Andersen y cols. (1989) estudian la función sexual con posterioridad a un diagnóstico de cáncer e informa que mientras no había evidencia de problemas de ajuste social en este grupo, aproximadamente el 30% de las mujeres tratadas por cáncer tenían disfunciones sexuales, en concreto, disminuía su frecuencia sexual y la respuesta de excita-

ción, debida a dolor. De igual modo, Sichel (1990) estudió una muestra constituida por 58 mujeres, combinando distintos tipos de cáncer ginecológico incluyendo cervix, endometrio, ovario y vulva. De las 42 pacientes que quedaron en la muestra, la mitad no eran sexualmente activas y de la otra mitad que sí presentaban actividad sexual, indicaban que ésta era únicamente masturbatoria. Este autor afirma que el decremento de la actividad sexual no estaba exclusivamente unido al grado de mutilación quirúrgica.

Schover (1991) también tiene en cuenta la relación entre las actividades sexuales previas del paciente y los problemas sexuales postratamiento. Desde su punto de vista, un paciente con un pequeño tratamiento, pero una relación problemática o pobre funcionamiento sexual previo, tendría mayor riesgo de disfunción sexual, que con tratamiento de mayor magnitud pero con unas fuertes relaciones y una buena historia de buen funcionamiento sexual. Schultz y van de Wiel (1992) están de acuerdo con los estudios anteriormente citados, sugiriendo que buenas relaciones pueden ser el mejor apoyo para una recuperación sexual después de un tratamiento de cáncer ginecológico.

Existen de igual modo distintos estudios sobre las parejas de mujeres tratadas por cáncer ginecológico. Cabe citar el realizado por van de Wiel, Weijmar, Schultz y Bouma (1990), en el cual los autores valoraron a 16 hombres un año después de que sus parejas fueran tratadas por tal patología y describieron que presentaban estrés y problemas sexuales.

En cualquier caso, la problemática a nivel sexual que se identifica en la población oncológica ginecológica es la que se expone a continuación. El problema más común durante el tratamiento oncológico involucra la interrupción de la actividad sexual por el efecto agudo de la cirugía, la irradiación pélvica o la quimioterapia (Schover y Jensen, 1998).

Durante los primeros meses después del diagnóstico y del tratamiento, el deseo sexual se ve afectado, probablemente por una larga variedad de

razones entre las que se encuentran, el efecto directo del tratamiento y la recuperación psicológica. Pero se conoce menos en los pacientes a largo plazo del cáncer ginecológico, esta área requiere un mayor interés tanto clínico como investigador (Auchincloss, 1989). Un año después del tratamiento oncológico, es el momento en el que los estudios sugieren que existe una proporción significativa de mujeres que experimentan dificultades sexuales y que quieren beneficiarse de un asesoramiento o consejo sexual. La ansiedad por resolver esos problemas que se cortaron con el tratamiento oncológico, como volver a las actividades de la vida diaria, la rutina del seguimiento médico durante este momento ofrece una excelente oportunidad para evaluar e identificar los problemas que requieren intervención. En este período la pérdida del deseo sexual es una de las complicaciones más frecuentes después del tratamiento. En ocasiones la pérdida del deseo sexual no tiene una causa directa hormonal pero es un concomitante de depresión mayor, pérdida de bienestar físico, uso de medicamentos como opiáceos, antidepresivos, serotoninérgicos, antihipertensivos o antieméticos, o impacto emocional de pérdida de atractivo (Schover y cols., 1993). El manejo de estas dificultades podría involucrar técnicas de terapia sexual como el entrenamiento en relajación, focalización sensorial estructurada y cambios de medicación que pudieran reducir tal deseo. (Schover y cols., 1988, 1993).

Respecto a la dispareunia, ésta requiere una cuidadosa evaluación ginecológica. Muchas de las causas físicas de la dispareunia están ligadas a los tratamientos oncológicos (Schover y cols., 1993; Auchincloss, 1998) incluyendo la pérdida de tejido genital y de los órganos pélvicos en la cirugía radical (acortamientos vaginales). Las mujeres pueden aprender el uso de posturas para una actividad sexual más confortable, y relajar sus músculos pélvicos, así como el uso de dilatadores y lubricantes vaginales (Schover y cols., 1988, 1993).

En relación a la fase de excitación, ésta se caracteriza por la tumefacción y lubricación probablemente disminuida por los efectos de los tratamientos oncológicos. La evaluación ofrece la

oportunidad para clarificar y explicar a la mujer el por qué de la aparición de su incomodidad. El restablecimiento de una sexualidad confortable es el primer paso a seguir, y un buen cuidado médico es esencial para ello. El proceso de reaprendizaje ha de ser, por tanto, relajado y gradual (Auchincloss, 1998).

Respecto a los problemas relacionados con el orgasmo normalmente no guardan una relación directa con los tratamientos oncológicos. Existen referencias específicas de mujeres que han tenido orgasmos después de vulvectomía total (Weimar y cols., 1992). Los problemas orgásmicos son a menudo problemas secundarios relacionados a inhibición de deseo sexual, disminución de excitación o interferencias dolorosas con el placer sexual.

Cáncer de Mama

Aunque el impacto psicológico del cáncer de mama ha recibido una considerable atención, los efectos específicos en sexualidad sólo se han mostrado recientemente. Los hallazgos en la literatura del cáncer de mama y la función sexual son conflictivos y los estudios son vulnerables a análisis críticos. Bransfield (1983) en concreto alega la vaga definición de variables, evaluación inadecuada, edad, estadio de la enfermedad, modalidad de tratamiento empleada, presencia o ausencia de pareja, estatus sexual previo, etc.

Varios estudios apoyan la idea que tras los primeros meses después de la cirugía hay una inactividad de respuesta sexual para una gran proporción de mujeres. Un pequeño subgrupo de ella no retorna a los niveles de funcionamiento o satisfacción prequirúrgica. Las alteraciones sexuales más frecuentes son: insatisfacción sexual, disfunciones sexuales, y cambios en la relación sexual (modificaciones en los hábitos de interacción sexual así como, conductas de escape/evitación). Estas dificultades están estrechamente relacionadas con el grado de patología y tratamiento oncológico, así como, creencias desadaptadas relacionadas con el cáncer, reacciones emocionales asociadas al proceso de enfermedad, cambios fisio-

lógicos asociados al tratamiento, alteraciones en la imagen corporal, autoestima, e impacto y reacción de la pareja. Entre las variables predisponentes a este tipo de dificultades, cabe citar: momento del ciclo vital en el que se diagnostica el cáncer, alteraciones sexuales previas, personalidad y factores culturales y educativos.

Cáncer Cervical

El cáncer de cervix, excluyendo el carcinoma *in situ*, puede ser tratado mediante histerectomía radical y radioterapia. Existe una alta incidencia de disfunciones sexuales en este carcinoma, alguna de ellas, pero no todas (fibrosis, estenosis vaginal, decremento de lubricación) podrían ser atribuidas a la radioterapia (Auchincloss, 1989). Los estudios que comparan la función sexual en esta patología tratada con cirugía o en combinación con radioterapia, indican que esta segunda opción tiene una mayor capacidad para empeorar la respuesta sexual. En concreto, Schover y cols. (1989), comparan estos dos grupos, encontrando que el grupo de radioterapia tras un año de seguimiento, tuvo incrementadas las complicaciones, entre ellas, dispareunia y decremento en la calidad de vida. Aunque el grupo entero presentó un empeoramiento en la función sexual al año después del tratamiento, la estabilidad en la pareja no se vio afectada por la modalidad de tratamiento a la que fuera sometida la paciente. De igual modo, Corney y cols. (1993) estudian un grupo de 105 pacientes con carcinoma de cervix o vulva. Muchas de las pacientes presentaban síntomas depresivos y de ansiedad, así como, describían problemas sexuales crónicos cinco años después de la cirugía. De forma específica, examinando el rol de la edad en relación con la función sexual de la mujer, Corney encontró que, el 40% de las mujeres con edades inferiores a los 50 años tuvieron una menor frecuencia en sus relaciones y las mayores a 50 no tuvieron ninguna relación o ésta fue muy escasa. La disfunción sexual que manifestaban la mayoría de las pacientes fue la inhibición del deseo sexual.

El tratamiento psicológico tras la cirugía y la radiación incluiría educación, uso de lubricantes,

posturas confortables y un adecuado tiempo previo a la penetración, para conseguir una buena respuesta excitatoria. Robinson, Psych, Faris y Scott (1999) proponen una intervención psicoeducativa, basada en información, motivación y habilidades conductuales para incrementar el uso de dilatadores y aumentar la salud sexual de mujeres con cáncer ginecológico. La información es necesaria, pero no suficiente para provocar un cambio conductual. Los sujetos deben estar motivados para provocar dicho cambio. Respecto al aprendizaje de habilidades, se incluye el objetivo de la misma y la sensación de autoeficacia para realizarla. La eficacia de la intervención depende de la edad de la mujer. En las mujeres jóvenes, el tratamiento reduce el miedo e incrementa las recomendaciones para el uso de dilatadores. Para las mujeres mayores, se reducen los miedos y se incrementa el conocimiento, pero no aumenta la práctica.

Cáncer de Endometrio y Ovario

Hay pocos estudios que valoran el impacto sexual en el tratamiento de los cánceres de ovario y endometrio, pero los existentes, indican una incidencia de disfunción sexual comparable a otros tratamientos por cáncer ginecológico. En concreto, 75% de las mujeres informan de dificultades después del tratamiento en el cáncer de endometrio y un 33% informan de completa cesación de la conducta sexual después del mismo (Auchincloss, 1989).

La terapéutica médica para el cáncer de ovario incluye histerectomía y ooforectomía, seguido de quimioterapia. La cirugía induce una menopausia y pérdida de la capacidad reproductiva, así como, el impacto de una enfermedad de amenaza vital. El deseo sexual podría disminuir durante un período largo de tiempo pero transcurrido éste se recupera a nivel fisiológico. La exoneración pélvica, en la que se elimina vejiga, vagina, útero, recto y estructuras asociadas, provoca una mayor problemática de ajuste psicológico. No es infrecuente que la respuesta pudiera empezar con un síndrome depresivo postoperatorio, también estos pacientes presentan una serie de interrupciones en su funciona-

miento sexual, incluso en algunos casos conlleva a la inactividad sexual tras la cirugía. La reconstrucción de una nueva vagina puede llevar a resultados óptimos en la rehabilitación sexual. Es por ello que, el rol de la pareja y la motivación de la paciente sean fundamentales.

Cáncer de Vulva

El carcinoma de vulva es infrecuente y ocurre principalmente en mujeres mayores, su tratamiento es una amplia escisión local o una vulvectomía radical. Esta intervención suele ir acompañada de sentimientos de depresión. La respuesta psicosocial y sexual de la vulvectomía está recibiendo una especial atención en los últimos años.

El deseo sexual es normal dado que la función hormonal ovárica no está afectada, pero sí la imagen corporal debido al importante cambio genital. Dado que la zona del clítoris es altamente sensible a nivel sexual, el orgasmo tendría que reaprenderse. La respuesta sexual se debería incorporar gradualmente y la consejería podría restaurar la autoestima de la paciente y la de su pareja. La restauración de la respuesta sexual puede llevar tiempo. Es necesario un continuo apoyo educacional y un asesoramiento sexual realista.

Tuesen y cols. (1992) estudió a 18 mujeres con cáncer de vulva con escisión local, e informó que menos de un tercio alegaban problemas sexuales postoperatorios en contraste con la mitad con vulvectomía total. 14 de las 18 expresaron satisfacción con los resultados cosméticos.

Schultz y Van de Wiel (1992) realizaron un estudio de dos años a diez parejas, donde las mujeres habían sido tratadas por cáncer de vulva con vulvectomía radical o parcial, y se comparaba con un grupo control. Se tomaron medidas fisiológicas y psicométricas. La función sexual se evaluó a los 6, 12 y 24 meses. Los datos que arroja este estudio indican que, las mujeres mostraron satisfacción con su función sexual, indicando que no había diferencias con los niveles pretratamiento o con el grupo control.

INFERTILIDAD

La definición de infertilidad más aceptada consiste en la inhabilidad de embarazo después de 12 meses de actividad sexual sin contracepción (Mosher y Pratt, 1982). Se debería hacer una distinción entre infertilidad primaria (nunca ha existido embarazo) e infertilidad secundaria (en la que la pareja experimenta infertilidad tras haber tenido al menos un hijo biológico). Aproximadamente la infertilidad secundaria ocupa la mitad de todas las infertilidades y un dato a resaltar consiste en que en los últimos años ha aumentado de forma significativa el rango de infertilidad primaria. En relación a las mujeres premenopáusicas que han padecido un cáncer ginecológico éstas deben entender el embarazo y la infertilidad como un continuo, ya que, algunas pueden estar uno o dos años sin poder quedarse embarazada, por razones relacionadas principalmente con la enfermedad, otras deberán posponer la decisión y en otros casos, cancelar dichos planes (Gallant y Stanton, 1997).

Según diversos autores (Taimor, 1990; Dunkel-Schetter y Lobel, 1991; Stanton y Dunkel-Schetter, 1991), los efectos psicológicos que se derivan de la infertilidad son principalmente: negación, depresión, síntomas de ansiedad, culpa, pérdida de control, disminución de la autoestima, inadecuación personal, problemas de pareja y problemas en el funcionamiento sexual. En los estudios metodológicamente más rigurosos se encuentra una baja evidencia de diferencias entre el funcionamiento psicológico global de las parejas fértiles en comparación con las infértiles. Por el contrario, sí se encuentran tales diferencias en cuanto al funcionamiento sexual (Dunkel-Schetter y Lobel, 1991).

Un área de estudio que está siendo un foco de reciente investigación es el estrés psicológico asociado al tratamiento de infertilidad. Este hecho se debe a los rígidos esquemas terapéuticos, a la necesidad de dirigirse a metas frente a placer en la actividad sexual, y a que éstos son intrusivos, económicamente costosos, dolorosos y asociados con un alto índice de fracaso (Gallant y cols., 1997). A pesar de ello, existen muy pocos estudios

diseñados para la intervención y el ajuste en infertilidad. Uno de ellos es el tratamiento multimodal propuesto por Domar, en el que se entrena en relajación, manejo del estrés y reestructuración cognitiva en grupos de mujeres infértiles (Domar, Seibel y Benson, 1990). Los tres factores incluidos en este tipo de intervención psicológica son: percepción de control, estrategias de afrontamiento y apoyo social.

MENOPAUSIA

La menopausia, a lo largo de los años, ha estado asociada con patología emocional, física y con mitos sobre la vida sexual y la feminidad. Pero no hay evidencia que sugiera trastorno psicopatológico causado por la misma, ya que los primeros estudios presentaban problemas metodológicos tales como: la selección de las muestras clínicas, el uso de medidas no estandarizadas y por último, fallos en el control de los efectos de la edad y la utilización de diferentes cohortes cuando comparaban grupos de mujeres de diversos estatus menopáusicos. Posteriormente con los estudios prospectivos llevados a cabo en la década de los ochenta, se aporta una fuerte evidencia en torno a que la menopausia no tiene efectos negativos sobre el ánimo o el bienestar de la mayoría de las mujeres (Greene y Visser, 1992). En contraposición, en la menopausia clínica se informa de altos niveles de distress y problemas psicosociales (Lock, 1986).

Entre los predictores de ánimo depresivo durante la menopausia se deben incluir, la historia de ánimo depresivo, el bajo estatus socioeconómico, eventos vitales estresantes (particularmente la pérdida de seres queridos) y creencias negativas. Las mujeres con temprana menopausia por cirugía son más propensas a experimentar reacciones emocionales negativas (Hunter, 1993). Este hecho se debe a la correlación existente entre el rápido decremento de hormona estrogénica y el ánimo. Los tratamientos psicológicos para la menopausia han arrojado resultados prometedores, incluyendo técnicas de relajación y asesoramiento para cambiar creencias erróneas, como las propuestas de Freedman y Woodward (1992).

IMAGEN CORPORAL

Ha emergido una creciente literatura en los últimos años en relación con los aspectos psicológicos del cambio de apariencia. La ausencia de una definición clara de "imagen corporal" en la investigación en el campo de la psicooncología ha creado confusión y ha interferido tanto en el desarrollo teórico como en la puesta en marcha de estrategias terapéuticas. Como ya se mencionó anteriormente, la influencia destructiva de la enfermedad y/o el tratamiento en la apariencia, podría venir determinada por la pérdida de partes del cuerpo, desfiguración, adaptación a prótesis o limitaciones en las habilidades funcionales (Anderson y Johnson, 1994). Estos cambios difieren en función del grado de observación, permanencia, controlabilidad y extensión que provoquen. Es por ello que, los cambios en cada una de estas dimensiones determine diferencias individuales (White, 2000).

De este modo, la imagen corporal implica distintas áreas: perceptiva (imagen y valoraciones de tamaño y forma de distintas partes del cuerpo), cognitiva (supone una focalización de la atención en el cuerpo y autoafirmaciones inherentes al proceso, creencias asociadas al cuerpo y a la experiencia corporal) y por último, emocional (incluye experiencias de placer/displacer, satisfacción/insatisfacción ligadas a la apariencia externa). Las distorsiones cognitivas más frecuentes basadas en autodiálogo interno centrado en la pérdida son: magnificación, razonamiento emocional, pensamiento polarizado, atención selectiva y adivinación del pensamiento.

Lo determinante en este caso es cómo este concepto repercute en el campo de la oncología sobre otras variables (Brewin *et al.*, 1998), tanto así que, en la actualidad está bien aceptado que los problemas de imagen corporal están asociados con baja autoestima (Lerner *et al.*, 1973), ansiedad social (Cash y Smith, 1982), autoconciencia y síntomas depresivos (Thompson, 1990). Sería conveniente hacer diagnóstico diferencial con otros posibles trastornos psicopatológicos, tales como: trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social, hipcondría y trastornos de la conducta alimentaria.

Un apartado especial hace referencia a la forma de evaluación, ya que sus dimensiones son altamente subjetivas y no reflejan necesariamente la realidad. Entre las medidas de imagen corporal que los investigadores incorporan en sus trabajos de ajuste al cáncer se pueden encontrar: The Body Image Scale (BIS) (Hopwood, 1998); Body Image Instrument (BII) (Kopel *et al.*, 1998) y Measure of Body Apperception (MBA) (Carver *et al.*, 1998).

Para concluir, se hace necesaria la fiabilidad y validez de las medidas de imagen corporal en oncología para sucesivos trabajos futuros, así como, la utilización de escalas cortas que puedan ser incorporadas a ensayos clínicos.

PREPARACIÓN PSICOLÓGICA ANTE EL CÁNCER

El objetivo de la terapia psicológica no es la estigmatización, sino que constituya parte del tratamiento integral del paciente oncológico. Sirve tanto para beneficiar a quienes tienen dificultad para afrontar el estrés derivado del cáncer como quienes presentan alguna alteración psicopatológica a excepción de los pacientes psicóticos. Los procedimientos psicológicos que se han aplicado con mayor profusión han sido fundamentalmente programas cognitivos-conductuales (Moorey y Greer, 1989, 2002; Golden, Gersh y Robbins, 1992; Andersen, 1992; Fawzy y Fawzy, 1994). Uno de los programas más extendido es el propuesto por Moorey y Greer, 1989, denominado Terapia Psicológica Adyuvante (Adjuvant Psychological Therapy; ATP) que es una adaptación de la Terapia Cognitiva de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) al tratamiento de los pacientes de cáncer.

Tiene por objetivos: (1) reducir síntomas de ansiedad, depresión y otras reacciones emocionales negativas, (2) proveer de ajuste mental al cáncer induciendo un espíritu de lucha positivo, (3) facilitar sensación de control sobre sus vidas y participar activamente en el tratamiento de su enfermedad, (4) desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas para afrontar los problemas re-

lacionados con el cáncer, (5) facilitar la comunicación entre el paciente y su pareja y (6) facilitar la expresión de sentimientos, en especial los negativos.

La terapia psicológica adyuvante se lleva a cabo en torno a 6-12 sesiones semanales de una hora de duración. Es más corta que la terapia cognitiva convencional por dos razones: en primer lugar, la mayoría de los pacientes presentan reacciones ajustadas frente a psicopatologías formales y no necesitan el total de 20 sesiones de la Terapia Cognitiva de Beck para la depresión, y en segundo lugar, las demandas asistenciales oncológicas harían impracticable una terapia prolongada. Los componentes de la terapia son: (1) orientada al problema: los problemas podrían ser emocionales (p. ej. depresión), interpersonales (p. ej. comunicación con pareja), relacionadas con un tipo de cáncer (p. ej. problemas de imagen corporal en pacientes mastectomizadas); (2) carácter educativo; (3) activo-colaborativo y (4) uso de tareas para casa. Las técnicas de tratamiento se aglutinan en los siguientes bloques: (1) métodos no directivos (ventilación de emociones); (2) técnicas conductuales (tareas graduadas, relajación, planificación y secuenciación de actividades); (3) técnicas cognitivas (estrategias cognitivas de afrontamiento, registro de pensamientos automáticos, reestructuración cognitiva y (4) trabajo con pareja (pareja como coterapeuta y habilidades de comunicación).

Greer, Moorey, Baruch y Watson (1992) y Moorey y cols. (1994) llevaron a cabo una evaluación experimental de la eficacia de la ATP, en la que 134 pacientes de cáncer fueron asignados al azar a un grupo en el que se aplicaba tratamiento (ATP) o a un grupo control sin tratamiento. La intervención se componía de seis sesiones aplicadas semanalmente, ampliables, si era necesario, a otras seis. Los resultados reflejan una mejoría en ansiedad, depresión y adopción de estrategias de afrontamiento positivas en el grupo experimental frente al control. Dichos resultados se mantuvieron en el seguimiento a los dos y doce meses, es decir, son altamente beneficiosos tanto a corto como a largo plazo.

PREPARACIÓN PSICOLÓGICA ANTE LA CIRUGÍA

En este campo la sofisticación y rigor de los análisis ha sido altamente variable. Muchos estudios han empleado tratamientos psicológicos poco específicos, ha existido inadecuada comparación entre grupos y han utilizado instrumentos de medida de cuestionable fiabilidad y validez. En contraste, otros han utilizado diseños experimentales aleatorios y han contado con grupo control.

La evidencia indica que la intervención psicológica puede facilitar la recuperación quirúrgica. Esta conclusión, se apoya en un amplio número de meta-análisis. Cabe citar el de Mumford, Schlesinger y Glass (1982) quienes revisaron 34 estudios con pacientes quirúrgicos y sometidos a tratamiento psicológico dirigido a facilitar la recuperación. El tamaño del efecto a través de los distintos tipos de intervención psicológica fue de +0.49 indicando de este modo que los grupos de tratamiento fueron mejores que los grupos control. Los mismos autores, llevaron a cabo otro análisis estadístico del tamaño del efecto para un subgrupo de 13 estudios y examinaron la estancia hospitalaria como variable dependiente. Encontraron que la estancia hospitalaria en los sujetos que recibieron tratamiento psicológico se redujo en dos días frente al grupo control y estas diferencias alcanzaban la significación estadística.

Corroborando los datos anteriores, Devine y Cook (1983), Hathaway (1986), Heater, Becker y Olson (1988) realizaron sucesivos meta-análisis con 49, 68 y 84 estudios, y obtuvieron un efecto del tamaño de +0.39, +0.44, +0.59 respectivamente.

Estos y otros estudios proponen resultados que sugieren que las intervenciones psicológicas proveen una adaptación a la cirugía mayor. Aunque éstos no indiquen los componentes o combinación de componentes que son esenciales para la eficacia. Según Contrada, Leventhal y Anderson (1994) para maximizar la efectividad de la preparación psicológica ante la cirugía ésta requiere de estrategias multicomponentes, entre las que cabe citar: información, técnicas conductuales, cognitivas y paquetes terapéuticos.

Información: Paciente y Familiares

La forma más habitual de preparación del paciente ante la intervención quirúrgica es la información, teniendo en cuenta qué información se da, cómo se da, cuándo y a quién.

Respecto a qué información se da, ésta puede ser procedimental o sensorial. Respecto a la primera, ésta se caracteriza porque se le facilita al sujeto una descripción sobre la naturaleza de la intervención quirúrgica, es decir, conocimientos específicos de qué se va a hacer, cuándo, fases, quién lo hará, cómo, por qué es mejor este procedimiento que otro, etc. El efecto inmediato que facilita esta información consiste en transmitir un esquema de representación de la enfermedad del paciente y un esquema que permita asimilar el episodio quirúrgico; provocando una minimización de la incertidumbre y un decrecimiento del trabajo cognitivo que debe hacer el paciente para comprender la experiencia quirúrgica (Johnson, 1984; Contrada, Leventhal y Anderson, 1994). Respecto a la segunda, la información sensorial, ésta describe las sensaciones somáticas que puede producir la operación (boca seca, somnolencia, tumefacción brazo), es decir, ésta se caracteriza por proveer al sujeto de expectativas realistas en torno a las sensaciones que se espera que presente, así como, si estos signos son nocivos o no. Ésta debe ser entendida como probabilística y el objetivo es facilitar una interpretación positiva de esas sensaciones, y una correcta identificación de su significado. Según Williams y cols., (1985), la información funciona como apoyo, y el efecto beneficioso que tiene el asociar apoyo cuando se presentan al paciente elementos amenazantes y poco controlables, como son los del acontecimiento quirúrgico.

En concreto, la información procedimental provee al paciente un guión que describe la cirugía como series de eventos objetivos, y la información sensorial provee de un guión que describe secuencias de eventos somatosensoriales y emocionales. La unión reduce la incertidumbre y la preocupación (Johnson y Leventhal, 1974; Johnson, Morrissey y Leventhal, 1973; Contrada, Leventhal y Anderson, 1994).

Como refieren López-Roig, Pastor y Rodríguez-Marín (1992), uno de los objetivos es intentar que los pacientes no se vean sorprendidos por los distintos eventos propios de la cirugía como elementos excepcionales cuando éstos sean normales (Janis, 1983), es decir, la información reduce el desequilibrio entre las expectativas y la experiencia, haciendo predecibles y controlables los acontecimientos amenazantes (Leventhal y Nerenz, 1983). En concreto, la manipulación de las expectativas de los pacientes respecto a la aparición, duración, intensidad y cualidades sensoriales de los eventos estresantes por la provisión de información, ha demostrado que disminuye el malestar emocional de los pacientes sometidos a procedimientos médicos invasivos llevados a cabo mientras el paciente está consciente (Anderson y Masur, 1983). Igualmente se plantea con la variable dolor (Miller, 1979).

En cualquier caso, el entrenamiento preoperatorio deberá también ir en concordancia con el estilo de afrontamiento del sujeto que va a recibir la información, para que ésta tenga resultados efectivos (López-Roig, Pastor, Rodríguez-Marín, 1990). Las estrategias de afrontamiento son actividades conductuales y cognitivas, que el paciente puede realizar en orden a facilitar la adaptación a la cirugía. Podemos identificar dos estilos de afrontamiento específicos: evitadores y aproximadores. Los sujetos evitadores rehuyen la información amplia y detallada, pues ésta les provoca más ansiedad, si reciben mucha información incrementan el número de quejas al personal sanitario y se recuperan de forma más lenta y complicada. Los pacientes aproximadores, se benefician bastante más del tratamiento informativo y se recuperan más rápidamente, se sentirán mucho mejor si se les informa clara y detalladamente (DeLong, 1971; Cohen y Lazarus, 1973; Gallar, 1998).

Como proponen López-Roig, Pastor y Rodríguez-Marín (1990), la información que se le administra al paciente antes de la operación, provoca cambios en los tres patrones de respuesta, no sólo el nivel cognitivo, sino también el fisiológico

y el motor. Pero como indican los autores hay una gran dificultad en diferenciar entre una mera transmisión de información y las instrucciones o descripciones precisas de conductas que el paciente tiene que llevar a cabo.

Técnicas Conductuales

Los procedimientos más utilizados son, las instrucciones comportamentales específicas para facilitar la recuperación física y en segundo lugar las técnicas de control de ansiedad.

El primer tipo consiste en dar al paciente instrucciones conductuales específicas para el tipo de procedimiento quirúrgico al que va a someterse y que facilitan su recuperación (movilización de extremidades, etc.).

El segundo tipo se aplica para proporcionar autocontrol de sus respuestas de ansiedad en cualquiera de las fases del proceso asistencial por el que transcurre el paciente. La eficacia de estos procedimientos aumenta si el entrenamiento es estructurado (Williams y Kedal, 1985).

Dichas técnicas provocan cambios a nivel fisiológico y también a nivel cognitivo (Cohen y Lazarus, 1973). Además no es posible separar el componente cognitivo de provisión de control que supone en el paciente "puede hacer algo él mismo por su propio bienestar emocional y su recuperación física". Las técnicas conductuales, tienen un efecto directo de reducción de la ansiedad pre y postoperatoria. Las técnicas de relajación varían en función de la duración y el grado de dificultad (Jacobson, Schultz). El estado de relajación conlleva una disminución del oxígeno y un descenso de las tasas respiratoria y cardiaca, respuestas parasimpáticas que, en las otras, son concomitantes con el descenso de ansiedad (Levin y cols., 1987).

Entre los trabajos con técnicas de relajación cabe citar: Wallace (1984) (laparoscopia) y Perri y Perri (1979) (histerectomía vaginal).

Técnicas Cognitivas

Las técnicas más utilizadas antes de la cirugía son: reestructuración cognitiva, autoinstrucciones positivas, atención selectiva. Éstas pueden ir dirigidas hacia la solución del problema o hacia la regulación de la emoción.

En la reestructuración cognitiva se sigue el siguiente procedimiento: se provee al paciente de información general que le ayude a darse cuenta del importante papel que juegan las cogniciones en la activación emocional a través de ejemplos. Seguido de autoobservación de los pensamientos e identificación de los efectos que éstos tienen sobre el estado de ánimo y el comportamiento. Asimismo, se consideran las explicaciones alternativas y el grado de credibilidad que el paciente les otorga. Por último, se realizan pruebas de realidad como obtención de feedback externo, para aceptar la utilidad de la consideración nueva de los acontecimientos. Entre los trabajos con técnicas cognitivas en la preparación quirúrgica cabe mencionar la histeroscopia (Ridgeway y Mathews, 1982).

Técnica de Inoculación de Estrés

Diseñada como una estrategia preventiva, de ahí su nombre, que debe permitir dotar a los sujetos con una mayor capacidad para afrontar situaciones difíciles de ansiedad y dolor. De igual modo ofrece la ventaja de poder ser fácilmente aplicada en grupo (Meichenbaum, 1985). El esquema de entrenamiento se divide en tres fases bien diferenciadas:

- a) Fase educativa o de conceptualización: consistente en establecer una relación de colaboración con los pacientes y ayudarles a comprender mejor la naturaleza del estrés y su efecto sobre la emoción y el rendimiento, reconceptualizándolo en términos transaccionales, es decir, comprender cómo puede afectarles el estrés y cómo pueden hacerle frente utilizando una serie de estrategias comportamentales y cognitivas.
- b) Fase de adquisición de habilidades y ensayo: en la que se enseña y entrena al sujeto en la utiliza-

ción de las habilidades y estrategias de afrontamiento del estrés presentadas en la fase anterior. Hay que tener en cuenta que algunos pacientes cuentan ya en sus repertorios con habilidades de afrontamiento. Sin embargo, distintos factores intra e interpersonales podrían inhibir su puesta en práctica, en estos casos no hay que enseñar nuevas habilidades de afrontamiento *per se*, sino facilitar el que perciban y eliminen tales factores inhibitorios.

- c) Fase de aplicación y consolidación, indicando la prevención de recaídas: en la que se da al sujeto la oportunidad de poner en práctica, las habilidades entrenadas en la fase anterior. Esta fase incluye tanto exposición graduada en imaginación como en vivo.

Cruzado, Olivares y Fernández (1993) proponen un programa de inoculación de estrés en mujeres con cáncer de mama. En la preparación prequirúrgica, se aporta información a las pacientes sobre las posibles reacciones emocionales que pueden surgir y se realiza una exposición razonada del programa psicológico que se va a llevar a cabo. En ésta se incluyen los objetivos generales y los métodos a emplear, clarificando a su vez los criterios de logro, con el fin de crear expectativas positivas, facilitando la adherencia al tratamiento y la adopción de un papel activo por parte del paciente. Posteriormente se procede a explicar la naturaleza transaccional del estrés (Lazarus y Folkman, 1984), reinterpretando la intervención quirúrgica. Tras esta primera fase de educación, se comienza un entrenamiento en técnicas de control de ansiedad, como respuesta de afrontamiento específica a la situación de cirugía. Se inicia al aprendizaje de ejercicios de respiración controlada (Speads, 1978; Everly, 1989). De este modo se consigue un adiestramiento para el autocontrol de conductas y la obtención de interpretaciones adaptativas. Para facilitar el aprendizaje se realiza un modelado de la misma por parte del terapeuta. Posteriormente se procede a la explicación y puesta en práctica de un procedimiento de exposición prolongada, acompañada de la técnica de relajación. Se realiza con el fin de alcanzar la habituación a los estímulos que componen la situación evocadora de ansiedad.

Aunque en un primer momento se produce un incremento en el proceso de sensibilización, la exposición prolongada de los estímulos hace que ésta decaiga rápidamente, facilitando el decremento final de la respuesta ansiógena. Por último se instruye al paciente en identificar señales de ansiedad como indicadores para poner en práctica los repertorios de afrontamiento entrenados. Los resultados obtenidos en esta primera fase alcanzan la significación estadística en las variables ansiedad y depresión.

Posteriormente, se realiza una preparación para la fase postquirúrgica, consistente en administrar información sobre el uso de los distintos tipos de prótesis existentes. Con el objetivo de eliminar la ansiedad ante el cambio corporal que supone la exéresis de la mama se lleva a cabo una técnica de exposición gradual hasta la respuesta terminal. También se emplea la técnica de reestructuración cognitiva con el objeto de sustituir cogniciones negativas por otras más adaptativas (Moorey y Greer, 1989; Blackburn y Davidson, 1990). Por

último, la técnica de solución de problemas (D'Zurrilla, 1986; Nezu, Nezu y Perry, 1989) para entrenar a la paciente en identificar y resolver los problemas inmediatos a los que se va a encontrar, tales como, comunicar el diagnóstico a personas de su medio habitual y abordar las relaciones sexuales y de pareja entre otros.

Asimismo, Canovas y cols. (2001) aplican un programa de inoculación de estrés en un grupo de mujeres sometidas a histerectomía abdominal. La muestra se compuso de 30 pacientes que se distribuyeron de forma aleatoria en dos grupos: experimental y control. Se emplearon técnicas de consejería y se proporcionaron habilidades y estrategias de afrontamiento del estrés como respiración profunda, relajación y visualización. Los resultados indicaron que las mujeres del grupo experimental, padecieron menos ansiedad, depresión y rebajaron sus preocupaciones durante el proceso quirúrgico y dos meses después del alta, pero además consumieron menos analgésicos y se acortó su estancia hospitalaria.

REFERENCIAS

- Andersen, B. L. (1992). Psychological interventions for cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 552-568.
- Andersen, B. y Tewfik, H. (1985). Psychological reactions to radiation therapy: reconsideration of the adaptive aspects of anxiety. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1024-1032.
- Andersen, B.; Anderson, B. y de Prose C. (1989). Controlled prospective longitudinal study of women with cancer: I. Sexual functioning outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 683-691.
- Anderson, J. L. y Masur, F. T. (1983). Psychological preparation for invasive medical and dental procedures. *Journal of Behavioural Medicine*, 6, 1-41.
- Anderson, M. y Johnson, J. (1994). Restoration of body image and self-esteem for woman after cancer treatment. *Cancer Practice*, 2, 345-349.
- Auchincloss, S. (1998). Gynecologic. En J. Holland (ed.), *Psychooncology*. Oxford: Oxford University Press.
- Auerbach, S. (1973). Trait-state anxiety and adjustment to surgery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 264-271.
- Beck, A. T.; Rush, J. A.; Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Blackburn, Y. M. y Davidson, K. (1990). *Cognitive therapy for depression and anxiety*. Melbourne: Blackwell.
- Bos-Branolte, G. (1991). Gynaecological cancer: a psychotherapy group. En M. Watson (Ed.), *Cancer patient care: Psychosocial treatment methods*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bransfield, D. (1983). Breast cancer and sexual functioning: a review of the literature and implications for future research. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 12, 197-211.
- Brewin, C.; Watson, M.; McCarthy, S.; Hyman, P. y Dayson, D. (1998). Intrusive memories and depression in cancer patients. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1131-1142.
- Buffone, G. (1989). Consultations with oral surgeons: view roles for medical psychotherapists. *Medical Psychotherapy: An International Journal*, 2, 33-48.
- Bull, R. y Rumsey, N. (1988). *The social psychology of facial appearance*. Nueva York: Springer Verlag.
- Cánovas, M. R.; Moix, J.; Cos, R. y Foradada, C. (2001). Apoyo psicológico en mujeres que se someten a histerectomía. *Clínica y Salud*, 12, 71-89.

- Carver, C.; Pozo-Kaderman, C. y Price, A. (1998). Concern about aspects of body image and adjustment to early stage breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 60, 168-174.
- Cash, T. F. y Smith, E. (1982). Physical attractiveness and personality among American college student. *Journal of Psychology*, 111, 183-191.
- Catwright, A. y Anderson, R. (1981). *General practice revisited*. Londres: Tavistock.
- Chapman, C. y Cox, G. (1977). Anxiety, pain and depression surrounding elective surgery: A multivariate comparison of abdominal surgery patients with kidney donors and recipients. *Journal of Psychosomatic Research*, 21, 1-15.
- Cohen, S. y Hoberman, H. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change. *Journal of Applied Social Psychology*, 13, 99-125.
- Cohen, S. y Lazarus, R. S. (1973). Active coping processes, coping dispositions, and recovery from surgery. *Psychosomatic Medicine*, 35, 375-389.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology* 7, 269-297.
- Contrada, R.; Leventhal, E. y Anderson, J. (1994). Psychological preparation for surgery: Marshalling individual and social resources to optimize self-regulation. En S. Maes, H. Leventhal y M. Johnston (Eds.), *International review of health psychology*. New York: John Wiley and Sons.
- Corney, R.; Crowther, M. y Howells, A. (1993). Psychosexual dysfunction in women with gynaecologic cancer following radical pelvic surgery. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 100, 73-78.
- Cruzado, J. A.; Olivares, M. E. y Fernández, B. (1993). Evaluación y tratamiento psicológico en pacientes de cáncer de mama. En D. Macià, F. Méndez y J. Olivares (Eds.), *Intervención psicológica: programas aplicados de tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- DeLong, D. R. (1971). Individual differences in patterns of anxiety arousal, stress-relevant information and recovery from surgery. Tesis doctoral, Universidad de California, Los Ángeles.
- Devine, E. y Cook, T. (1983). A meta-analytic of effects of psychoeducational interventions on length of postsurgical hospital stay. *Nursing Research*, 32, 264-274.
- Doherty, I. (1997). Gynaecological cancer. En A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West y McManus, C. (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Domar, A., Seibel, M. y Benson, H. (1990). The mind/body program for infertility a new behavioral treatment approach for women with infertility. *Fertility and Sterility*, 53, 246-249.
- Dunkel-Schetter, C. y Lobel, M. (1991). Psychological reactions to infertility. En A. L. Stanton y Dunkel-Schetter, C. (Eds.) *Infertility: Perspectives from stress and coping research*. Nueva York: Plenum Press.
- D'Zurilla, T. (1986). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical Intervention*. Nueva York: Springer.
- Edbert, L.; Battit, G.; Welch, C. y Barlett, M. (1964). Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients. *New England Journal of Medicine*, 270, 825-227.
- Elliot, G. y Eisdorfen, C. (1982). *Stress and human health*. Nueva York: Springer.
- Everly, G. (1989). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. Nueva York: Plenum Press.
- Fawzy, F. I. y Fawzy, N. W. (1994). A structured psychoeducational intervention for cancer patients. *General Hospital Psychiatry*, 16, 149-192.
- Franklin, B. (1974). *Patient anxiety on admission to hospital*. Londres: RCN Study of Nursing Care Project.
- Freedman, R. y Woodward, S. (1992). Behavioral treatment of menopausal hot flushes: evaluation by ambulatory monitoring. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 167, 436-439.
- Gallant, S. J. y Stanton, A. L. (1997). Infertility. En A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West y C. McManus (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gallar, M. (1998). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. Madrid: Paraninfo.
- Gath, D.; Cooper, P. y Day, A. (1982). Hysterectomy and psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 140, 335-342.
- Golden, W. L.; Gersh, W. D. y Robbins, D. M. (1992). *Psychological treatment of cancer patients. A cognitive-behavioral approach*. Nueva York: Macmillan.
- Gottesman, D. y Lewis, M. (1982). Differences in crisis reactions among cancer and surgery patient. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 381-388.
- Greene, J. y Visser, A. (1992). Longitudinal studies of menopause. Special issue. *Maturitas*, 14, 117-126.
- Greer, S.; Moorey, S.; Barush, J. y Watson, M. (1992). Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial. *British Medical Journal*, 304, 675-680.
- Hathaway, D. (1986). Effect of preoperative instruction on postoperative outcomes: a meta-analysis. *Nursing Research*, 35, 269-275.
- Heater, B.; Becker, A. y Olson, R. (1988). Nursing intervention and patient outcomes: a meta-analysis of studies. *Nursing Research*, 37, 303-307.
- Helstrom, L.; Lundberg, M.; Sorbom, D. y Backstrom, M. (1993). Sexuality after hysterectomy: a factor analysis of women's sexual lives before and after subtotal hysterectomy. *Obstetrics and Gynaecology*, 81, 357-362.
- Hopwood, P. (1998). *Body image scale: CRC Psychological medicine group*. Manchester, Reino Unido: University of Manchester.

- Hunter, M. (1993). The effects of oestrogen therapy on mood and well-being. En G. Berg y M. Hammar (Eds.) *The modern management of the menopause* (pp. 177-184). Londres: Parthenon.
- Janis, I. (1958). *Psychological Stress*. Nueva York: Wiley.
- Janis, I. (1983). Stress inoculation in health care. En D. Meichenbaum y M.E. Jaremko (Eds.), *Stress inoculation: A skills training*. Nueva York: Plenum Press.
- Jacobsen, P. y Holland, J. (1989). Psychological reactions to cancer surgery. En J. Holland y J. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology. Psychological care of the patients with Cancer*. Oxford: Oxford University Press.
- Johnson, J.; Leventhal, H. y Dabbs, J. M. (1971). Contributions of emotional and instrumental response processes on adaptation of surgery. *Journal of Personality and Social Psychology*, 20, 55-64.
- Johnson, J. y Leventhal, H. (1974). The effects of accurate expectations and behavioural instructions on reactions during a noxious medical examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 29, 710-718.
- Johnson, J.; Morrissey, J. y Leventhal, H. (1973). Psychological preparation for an endoscopic examination. *Gastrointestinal Endoscopy*, 19, 180-182.
- Johnson, J. (1984). Psychological interventions and coping with surgery. En A. Baum, S. Taylor y J. Singer (eds.), *Handbook of psychology and health*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Johnson, M. (1986). Pre-operative emotional states and post-operative recovery. Psychological issues common to many surgical patients. *Advanced of Psychosomatic Medicine*, 15, 1-22.
- Kauffmann, A.; Aiach, P. y Waismann, R. (1989). *La enfermedad grave. Aspectos médicos y psicosociales*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Kopel, S.; Eiser, C.; Cool, P.; Grimer, R. y Carter, S. (1998). Brief report: assessment of body image in survivors of childhood cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 23, 141-147.
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer.
- Lerner, R. M.; Karabenick, S. A. y Stuart, J. L. (1973). Relations among physical attractiveness, body attitudes, and self-concept in male and female college students. *Journal of Psychology*, 85, 115-129.
- Leventhal, H. y Johnson, J. (1983). Laboratory and field experimentation: development of a theory of self-regulation. En P. Wooldridge, M. Schmitt, J. Skipper y R. Leonard (Eds.), *Behavioral science and nursing theory*. St. Louis: Mosby.
- Leventhal, H., Meyer, D. y Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. En S. Rachman (Ed.), *Medical psychology*. Nueva York: Pergamon Press.
- Leventhal, N. y Nerenz, D. (1983). Representation of threat and the control of stress. En D. Meichenbaum y M. E. Jaremko (Eds.), *Stress management and prevention: A cognitive-behavioral analysis*. Nueva York: Plenum Press.
- Lock, M. (1986). Ambiguities of ageing: Japanese experience and perceptions of the menopause. *Culture, Menopause and Psychiatry*, 10, 23-46.
- Levin, R. F.; Mally, G. B. y Hyman, R. B. (1987). Nursing management of postoperative pain: use of relaxation techniques with female cholecystectomy patients. *Journal of Advanced Nursing*, 12, 463-472.
- López-Roig, S.; Pastor, M. A. y Rodríguez-Marín, J. (1990). El papel del apoyo social en pacientes hospitalizados. En J. Rodríguez-Marín (Ed.), *Aspectos psicosociales de la salud y de la comunidad*. Barcelona: PPU.
- López-Roig, S.; Pastor, M. A. y Rodríguez-Marín, J. (1992). Programa de preparación psicológica para la cirugía. En F. Méndez, D. Macià y J. Olivares (Eds.), *Intervención conductual en contextos comunitarios, I: programas aplicados de prevención*. Madrid: Pirámide.
- Martínez-Urrutia, A. (1975). Anxiety and pain in surgical patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 437-442.
- Meichenbaum, D. (1985). *Stress inoculation training*. Nueva York: Pergamon Press.
- Meichenbaum, D. y Turk, D. (1976). The cognitive-behavioral of anxiety, anger and pain. En P. Davidson (Ed), *Behavioral management of anxiety, depression and pain*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Miller, S. (1979). Controllability and human stress: methods, evidence and theory. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 287-304.
- Moorey, S. y Greer, S. (1989). *Psychological therapy for patients with cancer*. Londres: Heinemann Books.
- Moorey, S.; Greer, S.; Watson, M.; Baruch, J.; Robertson, M.; Mason, A.; Rowden, L.; Tunmore, R.; Law, M. y Bliss, J. (1994). Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: outcome at one year. *Psycho-Oncology*, 3, 39-46.
- Moorey, S. y Greer, S. (2002). *Cognitive behaviour therapy for people with cancer*. Oxford: Oxford University Press.
- Mosher, W. D. y Pratt, W. F. (1982). *Reproductive impairments among married couples: United States*. Hyattsville, MD: US Department of Health and Human Service, Office of Health Research, Statistic, and Technology, National Center for Health Statistics.
- Mumford, E.; Schlesinger, H. y Glass, G. (1982). The effects of psychological intervention on recovery from surgery and heart attacks: an analysis of the literature. *American Journal of Public Health*, 72, 141-151.
- Nezu, A.; Nezu, C. y Perry, M. (1989). *Problem-solving therapy for depression*. Nueva York: Wiley.
- Perri, K. D. y Perri, M. G. (1979). Use of relaxation training to reduce pain following vaginal hysterectomy. *Perceptual and Motor Skills*, 48, 478.
- Pruzinsky, T. (1988). Collaboration of plastic surgeon and medical psychotherapist. *Medical Psychotherapy*, 1, 1-13.

- Regel, H., Rose, W.; Hähnel, S. y Krause, A. (1985). Evaluation of psychological stress before general anesthesia. *Psychiatric and Neural Psychology*, 37, 151-155.
- Reich, S. (1997). Hospitalization in elderly. En A. Baum; S. Newman; J. Weinman; R. West y C. McManus (Eds.). *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ridgeway, V. y Matthews, A. (1982). Psychological preparation for surgery. A comparison of methods. *British Journal of Clinical Psychology* 21, 271-280.
- Robinson, J.; Psych, C.; Faris, P. y Scott, C. (1999). Psychoeducational group increases vaginal dilation for younger women and reduces sexual fears for women of all ages with gynecological carcinoma treated with radiotherapy. *International Journal of Radiation Oncology and Biological Physics*, 44, 497-506.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología de la salud*. Madrid: Síntesis Psicología.
- Salmon, P. (1992). Psychological factors in surgical stress: implications for management. *Clinical Psychology Review*, 12, 681-704.
- Schmitt, F. y Wooldridge, P. (1973). Psychological preparation of surgical patients. *Nursing Research*, 22, 108-116.
- Schover, L. R.; Evans, R. B. y von Eschenbach, A. C. (1987). Sexual rehabilitation in a cancer center: Diagnosis and outcome in 384 consultations. *Archives of Sexual Behavior*, 16, 445-461.
- Shover, L. y Jensen, S. (1988). *Sexuality and chronic illness: A comprehensive approach*. Nueva York: Guilford Press.
- Schover, L.; Fife, M. y Gershenson, D. (1989). Sexual dysfunction and treatment for early stage cervical cancer. *Cancer*, 63, 204-212.
- Schover, L. R. (1991). The impact of breast cancer on sexuality, body image, and intimate relationships. *Cancer Journal for Clinicians*, 41, 112-120.
- Schover, L.; Montagne, D. y Schain, W. (1993). Supportive care and the quality of life of the cancer patient: sexual problems. En W. DeVita, S. Hellman y S. Rosenberg (Eds.), *Cancer principles and practice of oncology*. Filadelfia.
- Schover, L. R. (1997). *Sexuality and fertility after cancer*. Nueva York: John Wiley.
- Schover, L. (1998). Sexual dysfunction. En J. Holland (Ed.). *Psycho-Oncology*. Oxford: Oxford University Press.
- Schultz, W. y van de Wiel, H. (1992). Sexual rehabilitation after gynecologic cancer treatment. *Journal of Sex Education and Therapy*, 18, 286-293.
- Sheridan, C. y Radmacher, S. (1992). *Health psychology: Challenging the biomedical model*. Nueva York: Wiley.
- Sichel, M. (1990). Quality of life and gynecological cancer. *European Journal of Gynaecological Oncology*, 11, 485-488.
- Speads, C. (1978). *ABC de la respiración*. Madrid: Edaf.
- Stanton, A. y Dunkel-Schetter, C. (1991). Psychological adjustment to infertility: An overview of conceptual approaches. En A. L. Stanton y C. Dunkel-Schetter (Eds.), *Infertility: Perspectives from stress and coping research*. Nueva York: Plenum Press.
- Taimor, M. L. (1990). *Infertility: A clinician's guide to diagnosis and treatment*. Nueva York: Plenum Medical Book Company.
- Thompson, J. (1990). *Body image disturbance: Assessment and treatment*. Nueva York: Pergamon.
- Tuesen, B., Anreasson, B. y Bock, J. (1992). Sexual function and somatopsychic reactions after local excision of vulvar intra-epithelial neoplasia. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 71, 126-128.
- van de Wiel, H.; Schultz, W. y Bouma, W. (1990). Sexual functioning of partners of gynaecological oncology patients: a pilot study on involvement, support, sexuality and relationship. *Sexual Marital Therapy*, 5, 123-130.
- Visser, A. P. (1982). Situational and individual determinants of state anxiety of surgical patients. En C. D. Spielberger, P. B. Defares y I. G. Sarason, (Eds.), *Stress and anxiety*. Nueva York: Academic.
- Wallace, L. M. (1984). Psychological preparation as a method of reducing the stress of surgery. *Journal of Human Stress*, 10, 62-77.
- Wallace, L. M. (1986). Preoperative state anxiety as a mediator of psychological adjustment to and recovery from surgery. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 73-74.
- Weimar, S., Bransfield, D., van de Wiel, H. y Bouma, J. (1992) Sexual outcome following female genital cancer treatment: a critical review of methods of investigation and results. *Sexual Marital Therapy*, 7, 29-64.
- Wells, J.; Howard, G.; Nowlin, W. y Vargas, M. (1986). Presurgical anxiety and postsurgical pain and adjustment: Effects of stress inoculation procedure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 831-835.
- White, C. (2000). Body image dimensions and cancer: a heuristic cognitive behavioural model. *Psycho-Oncology*, 9, 183-192.
- Williams, C. L. y Kendall, P. (1985). Psychological aspects of patient education for stressful medical procedures. *Health Education Quarterly*, 12, 135-150.
- Wolfer, J. y Davis, C. (1970). Assessment of surgical patients: preoperative welfare. *Nursing Research*, 19, 402-414.