

## **Eficacia de la intervención psicológica en la reducción de la ansiedad pacientes quirúrgicos de banda gástrica ajustable**

**G. Feixas y P. Saldivar-Maldonado**

Guillem Feixas Viaplana es Profesor Titular en el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universitat de Barcelona. Priscilla Saldivar-Maldonado es Diplomada en Estudios Avanzados en el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la misma Universidad.

### **Introducción**

De acuerdo con la Organización Mundial de Salud (OMS), la obesidad y el sobrepeso han alcanzado caracteres de epidemia a nivel mundial. La obesidad es uno de los principales

problemas de salud pública en los países desarrollados (O'Brien y Dixon, 2002).

La obesidad mórbida se define como una enfermedad grave, crónica, incapacitante, multifactorial y compleja. Se relaciona con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión arterial, insuficiencia respiratoria, hipercolesterolemia, artritis, problemas de vesícula, apnea de sueño y otras co-morbilidades como las psiquiátricas y las psicosociales (O'Brien y Dixon, 2002). A mayor sobrepeso mayor es el riesgo de desarrollar algún problema de salud. El objetivo de cualquier tratamiento para la obesidad mórbida debe ser una mejora en la salud, alcanzada por una pérdida de peso sostenible que reduzca los factores que ponen la vida del individuo en riesgo y mejore el funcionamiento del individuo hacia una buena salud.

La obesidad puede ser causada por diversos factores como el historial familiar, los malos hábitos de alimentación, la falta de ejercicio, factores psicológicos y/o trastornos metabólicos. El sobrepeso se convierte en una enfermedad de la obesidad cuando la grasa se ha acumulado al grado que puede adversamente afectar la salud (O'Brien, 2002 y Dixon, 2002). El sobrepeso se mide en relación al Índice de Masa Corporal (IMC), que se obtiene dividiendo el peso de la persona en kilogramos,

por la estatura en metros al cuadrado. Un IMC de más de 25 indica sobrepeso, mientras que IMC de 30 o mayor indica obesidad (Centers for Disease Control and Prevention, 2008).

Existen publicaciones recientes que indican que los métodos no quirúrgicos, por si solos, no han sido efectivos para lograr alcanzar una pérdida de peso significativa a largo plazo en los pacientes con una obesidad mórbida. Desde 1992 una declaración realizada en la *National Institute of Health Consensus Development Conference* sugirió la utilidad de los abordajes quirúrgicos para afrontar esta condición (Fischer, 2002). El *National Institute of Health* ha sostenido que la cirugía es la terapia más efectiva a largo plazo (Martin, 2007) para acabar con la obesidad.

La búsqueda de soluciones a este importante problema ha conducido a sujetos con obesidad mórbida a alternativas quirúrgicas para remediar este padecimiento, solucionar el exceso de sobrepeso y aliviar enfermedades relacionadas con la obesidad o, en su caso, prevenirlas.

Los métodos quirúrgicos para tratar la obesidad son las cirugías bariátricas. Dentro de ellas, la que es considerada como menos traumática es la banda gástrica ajustable debido a que no se realiza ningún recorte y/o grapado en el estómago. Se trata de una banda que se coloca en la parte superior del estómago para crear una bolsa de estómago nueva, reduciendo su capacidad original, limitando así y controlando la cantidad de alimento que puede ser consumida por el paciente. Esto también crea una pequeña salida que reduce la marcha del proceso de vaciamiento en el estómago y los intestinos (Allen, 2001). Por consiguiente, los pacientes experimentan una sensación de plenitud más temprana y están satisfechos con cantidades más pequeñas de alimento logrando a su vez una pérdida de peso a largo plazo (Zapata, 2007). Las intervenciones quirúrgicas que utilizan la banda gástrica suponen un método seguro y efectivo para alcanzar y sustentar una pérdida de peso significativa para la mayoría de las personas obesas (Dixon, 2002).

Basados en la literatura escrita previamente, los pacientes de cirugías bariátricas de banda gástrica pueden beneficiarse de intervenciones psicológicas, como la hipnosis prequirúrgica, ya que desde el momento en que se le informa que va a ser sometido a un procedimiento quirúrgico, el individuo experimenta una serie de sentimientos, emociones y sensaciones tales como angustia, ansiedad y estrés. 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 (Giacamonte y Mejía, 1998).

Dentro de los diferentes estudios que se han realizado con respecto a la ansiedad y a los procedimientos quirúrgicos, se ha encontrado que un buen manejo de esta variable repercutirá benéficamente en el paciente en diferentes aspectos dentro del circuito perioperatorio. El enfoque principal para mejorar los resultados perioperatorios ha sido a través de intervenciones farmacológicas, las cuales son pocas veces completamente efectivas y se asocian a efectos secundarios significativos como el dolor, la náusea y fatiga. Estos efectos adversos, a su vez, pueden repercutir en prolongar la estancia hospitalaria, retrasar el alta del paciente y requerir de mayores dosis de medicamentos. Se ha estudiado la hipnosis como un medio alternativo no-farmacológico para manejar estos efectos secundarios adversos de los procedimientos quirúrgicos (Mendoza y Capafons, 2009; Montgomery et al, 2002), pero no existe ningún estudio para este tipo de cirugía.

La hipnosis es un estado natural; un foco concentrado de atención que nos guía a un estado especial de conciencia en el cual se pueden evocar experiencias vividas previamente. Este estado se caracteriza por un incremento de la sugestionabilidad y de la capacidad de modificación de la percepción, memoria y del funcionamiento del sistema nervioso autónomo (Téllez, 2007). Durante la hipnosis habitualmente se informa al sujeto que se le presentarán sugerencias de experiencia imaginativas. La inducción hipnótica es una sugestión inicial ampliada para el uso de la propia imaginación y puede incluir instrucciones adicionales. El procedimiento hipnótico se emplea para motivar y evaluar las respuestas a las sugerencias. Al emplear la hipnosis, una persona (el sujeto) es guiada por otra (el hipnotizador) para responder a sugerencias de cambios en la experiencia subjetiva, alteraciones en la percepción, sensación, emoción, pensamiento o conducta (American Psychological Association, 2006). Este estado es la capacidad para alterar la atención y la percepción, lo que pudiera permitir además un efecto analgésico. Otra ventaja para beneficiar la experiencia del paciente quirúrgico.

En su aplicación con pacientes quirúrgicos, la hipnosis no pretende sustituir la anestesia o los fármacos, sino complementarlos para el beneficio del paciente, así como una forma de reducir la asistencia requerida de los profesionales.

Es importante evaluar los efectos de las técnicas hipnóticas en los pacientes quirúrgicos y así contribuir a mejorar la práctica quirúrgica y beneficiar al paciente dentro de todo el circuito perioperatorio. Se han realizados distintos estudios donde se utiliza la hipnosis para beneficiar al paciente quirúrgico y se han obtenido resultados positivos. En la Escuela del Hospital *Mount Sinai* en Nueva York, utilizaron la hipnosis en pacientes que fueron sometidos a cirugía de pecho debido al cáncer de mama. El estudio mostró que una intervención prequirúrgica breve re-

ducía el uso de medicamentos, la intensidad del dolor, la náusea, la fatiga, el malestar y los trastornos emocionales en mujeres sometidas a este tipo de cirugía. Los datos del estudio apoyan el uso de hipnosis con pacientes de cirugía de cáncer de mama (Montgomery et al, 2007).

Por otra parte, se realizó un estudio en Bélgica donde se comparó la efectividad de dos intervenciones psicológicas, la hipnosis y las estrategias reductoras de estrés como terapia adjunta para la sedación consciente en cirugías plásticas, utilizando anestesia local. Los resultados sostienen que la hipnosis provee un mejor alivio del dolor y la ansiedad, permite una reducción significativa de los medicamentos (alfentanilo y midazolam). Además mejora la satisfacción y las condiciones quirúrgicas del paciente en comparación con técnicas convencionales de reducción del estrés (Faymonville et al, 1997). Posteriormente se realizó otro estudio donde se utilizó la hipnosedación o la anestesia general en pacientes que se sometían a tiroidectomías o padecían hiperparatiroidismo. Los resultados para el grupo de hipnosedación fueron buenos. Los cirujanos constataron mejores condiciones quirúrgicas para la cervicotomía utilizando la hipnosis. Todos los pacientes del grupo de hipnosis informaron haber tenido una experiencia placentera y tuvieron menor dolor postoperatorio. Además, el uso de analgésicos fue reducido significativamente y la duración de la estancia hospitalaria fue más corta, lo que resultó en una reducción de los costos médicos (Meurisse et al, 1999).

En los Estados Unidos se realizó un estudio con pacientes de biopsia de mama (*large core needle biopsy*) donde se compararon tres grupos: cuidado estándar, empatía e hipnosis. Se evaluó la ansiedad antes de entrar al quirófano y luego cada 10 minutos durante toda la etapa intraoperatoria. En el grupo de cuidado estándar, se confortaba al paciente, se le advertía de los próximos estímulos y se mostraba empatía sobre los malestares. En el grupo de empatía se aparejaba la comunicación verbal y la no verbal, se le escuchaba atentamente, proporcionando al paciente el control (p. ej., "díganos en cualquier momento lo que podemos hacer por usted"), se respondía rápidamente a sus peticiones, se le animaba y se utilizaba descriptores neutrales, evitando el uso de lenguaje negativo. En el grupo de hipnosis, los pacientes recibieron el mismo comportamiento de atención que el grupo de escucha empática y además se les leyó un guión hipnótico que sugería transformar el malestar potencial en una sensación cálida, fresca o de cosquilleo. En caso de ser necesario, se guiaba a los pacientes a proyectar sus preocupaciones y miedos en el lado izquierdo de una pantalla imaginaria y a encontrar soluciones en el lado derecho de la pantalla. La ansiedad de estas mujeres se incrementó significativamente en el grupo de cuidado estándar (logit slope = 0,18;  $p < 0,001$ ), no hubo cambios en el grupo de empatía (slope = 0,04;  $p = 0,45$ ), y se redujo significativamente en el grupo de hipnosis (slope = 0,27;  $p < 0,001$ ). El dolor incrementó significativamente en todos los grupos pero fue menos pronunciado en los grupos de hip-

nosis y empatía en comparación con en el grupo de cuidado estándar (logit slope: cuidado estándar = 0,53, empatía = 0,37, hipnosis = 0,34). Por lo tanto, se concluyó que mientras ambas técnicas, la escucha empática y la hipnosis, reducen la ansiedad y el dolor procedimental, la hipnosis provee un mayor alivio de la ansiedad (Lang et al, 2006).

### **Objetivos e hipótesis**

Basados en la literatura revisada previamente, este estudio se plantea como objetivo general estudiar la eficacia de una intervención hipnótica breve en pacientes que van a ser sometidos a cirugía bariátrica de banda gástrica ajustable. Por lo tanto, es necesario evaluar de forma cuantitativa el impacto de una intervención breve hipnótica antes del inicio del procedimiento quirúrgico. Principalmente, se espera que dicha intervención antes de la cirugía reduzca los síntomas de ansiedad preoperatoria de los pacientes. Asimismo, se espera que esta reducción de ansiedad repercuta en requerir una menor cantidad de medicamentos intraoperatorios, menor ansiedad y dolor postoperatorio y una mayor satisfacción con respecto a la experiencia quirúrgica percibida por el paciente. Concretamente, se pretende estudiar las siguientes hipótesis:

1. Una intervención psicológica breve prequirúrgica reducirá la ansiedad preoperatoria en el paciente de banda gástrica ajustable.
2. Una técnica hipnótica breve antes de la cirugía reducirá más la ansiedad preoperatoria que la escucha empática.
3. Una técnica hipnótica breve antes de la cirugía reducirá más los medicamentos intraoperatorios y postoperatorios suministrados al paciente que la escucha empática.
4. Una técnica hipnótica breve antes de la cirugía reducirá más la náusea o vómito del paciente en la etapa postoperatoria que la escucha empática.
5. Una técnica hipnótica breve antes de la cirugía reducirá más la ansiedad postoperatoria que la escucha empática.
6. A menor ansiedad en el momento de ingresar al quirófano, menor ansiedad postoperatoria.
7. Una técnica hipnótica breve antes de la cirugía resultará en menor dolor postoperatorio en comparación a la escucha empática.
8. Una técnica hipnótica breve antes de la cirugía resultará en mayor satisfacción percibida con respecto a su experiencia quirúrgica que la escucha empática.

### **Método**

#### **Sujetos**

La muestra está compuesta por 39 personas de nacionalidad estadounidense, de las cuales el 84.6% (33) son mujeres y el 15.4% (6) son

hombres. Sus edades oscilan entre los 24 y 73 años de edad, situándose la media en los 43 años. Todos ellos padecen una obesidad mórbida. Un adulto con un IMC (Índice de Masa Corporal) de 30 o mayor es considerado obeso. El IMC de los participantes oscila entre 30 y 61, su promedio se sitúa en 39,41 y la mediana es de 38,00. El promedio del peso de los sujetos es de 112,76 kilogramos y 1,69 metros es el promedio de la estatura.

### **Instrumentos**

El *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) consiste en dos escalas separadas auto informadas para medir la ansiedad como estado transitorio (A-E) y la ansiedad como rasgo latente (A-R). En esta investigación se utilizó solamente la escala A-E, la cual está conformada por 20 afirmaciones que requieren que el individuo describa como se siente con respecto al momento presente. Evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La escala A-E ha sido utilizada para determinar niveles puntuales de ansiedad inducidos por el estrés psicológico o físico, caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión que varían en intensidad a través del tiempo. Las puntuaciones en las escalas del STAI se incrementan en respuesta al peligro físico y al estrés psicológico, y disminuyen como resultado de la relajación. (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970).

*Visual Analogue Scale.* La escala EVA (Escala Visual Analógica) es un instrumento utilizado para medir la intensidad de ciertas sensaciones y sentimientos, como el dolor subjetivo del paciente. La EVA para el dolor es una línea recta de 10 cm. de largo, anclada a palabras descriptoras en cada extremo. En un extremo está la ausencia de dolor y en el otro extremo está el peor dolor imaginable. El paciente marca un punto en la línea que coincide con la cantidad de dolor que percibe y siente en ese preciso momento. Se dice que la EVA es la mejor herramienta para evaluar la intensidad del dolor porque, independiente del conocimiento del lenguaje, brinda una medición más sensible de la intensidad del dolor y permite la aplicación de los procedimientos estadísticos más sofisticados (Yacht et al., 2003). La puntuación de EVA se determina midiendo en milímetros del extremo izquierdo hasta donde coloca el paciente su marca. Al igual que en otros estudios (Lang et al, 2006) en esta investigación se empleó la EVA para medir la ansiedad, además del dolor.

### **Procedimiento**

Los pacientes fueron reclutados del Hospital Santa Engracia en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, México, de entre los programados para cirugía de banda gástrica ajustable durante los meses de enero a junio del 2008. Los criterios de selección incluyeron padecer de sobre-

peso y/o obesidad mórbida para ser candidatos para la cirugía de banda gástrica ajustable, la capacidad de hablar y leer el idioma inglés, y la voluntad de participar en el estudio. Los pacientes fueron inelegibles en caso de que padecieran alguna comorbilidad conocida de enfermedad mental. La hipnotizabilidad no fue evaluada debido a los datos previos que indican que aproximadamente 89% de los sujetos son receptivos a la intervención hipnótica (Montgomery et al, 2002). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Santa Engracia y todos los pacientes fueron proveídos con un consentimiento informado.

Para evitar posibles interferencias, el proceso de asignación de los participantes a los distintos grupos fue ocultado al equipo multidisciplinar involucrado en las cirugías. Además, se tomaron las siguientes precauciones: 1) la intervención psicológica se llevo a cabo en el cubículo preoperatorio del paciente lejos del personal clínico (anestesiólogo y cirujano); 2) los datos intraoperatorios fueron registrados por la Jefa de Enfermería del hospital; 3) la misma psicóloga investigadora realizó la intervención psicológica y la recogida de datos tanto en el grupo de hipnosis como del grupo control. La elegibilidad fue confirmada antes de la asignación de grupo.

La asignación al azar se realizó por medio de bloques permutados. Por cada cuatro pacientes programados para cirugía de banda gástrica se lanzó un dado para determinar el orden que se utilizaría en la asignación de los pacientes al grupo de hipnosis (H) o al grupo control (C); teniendo la misma posibilidad (1/6; HHCC, HCHC, HCCH, CCHH, CHCH, CHHC).

La información sociodemográfica fue recogida por la psicóloga investigadora antes de evaluar al paciente en la fase preoperatoria, quien también revisó los expedientes médicos para obtener información médica y/o quirúrgica.

La intervención en ambos grupos fue llevada a cabo en una sesión de alrededor de 30 minutos en la mañana del día de la cirugía, una hora antes del procedimiento quirúrgico. Primeramente, se evaluó la ansiedad del paciente con la escala A-E del STAI y luego con la EVA. Se realizó la intervención psicológica y se volvió a evaluar la ansiedad del paciente con la A-E y la EVA. Después del procedimiento quirúrgico, cuando los pacientes alcanzaban el criterio estándar por el hospital para ser trasladados a su habitación, se volvió a evaluar la ansiedad postoperatoria mediante la escala A-E y la EVA. Se evaluó también la intensidad del dolor y la satisfacción con respecto a la experiencia quirúrgica percibida por el paciente mediante la EVA.

Tanto las sesiones de hipnosis, como las sesiones del grupo control fueron brindadas a los pacientes individualmente por la psicóloga y autora de este trabajo, de acuerdo con el protocolo previamente determinado. También fue ella quien realizó la evaluación. Su formación clínica incluyó un año de entrenamiento en hipnosis y ha practicado sus inter-

venciones en ámbitos clínicos previamente. Adicionalmente, se obtuvo el permiso de algunos pacientes mediante consentimiento para poder grabar en audio algunas de las sesiones, y el 10% de las grabaciones fueron revisadas por un psicólogo con más de 5 años de experiencia en intervenciones hipnóticas para corroborar la adherencia y fidelidad al tratamiento. También se procedió así en el grupo de escucha empática, esta vez con un psicólogo de reconocido prestigio en el campo de la empatía.

Todas las cirugías fueron seguidas de acuerdo con las pautas del Hospital Santa Engracia. Tanto la cirugía como la anestesia fueron realizadas y administradas respectivamente por el mismo cirujano y anestesiólogo para todos los pacientes de este estudio. Todos los pacientes fueron tratados con anestesia monitoreada, que incluía narcótico (Fentanil), hipnótico (Diprivan), relajante muscular (Atracumo) y gas anestésico (Sevorane). Las dosis de estos medicamentos se ajustaron en todos los casos a los criterios médicos habituales. Tanto el cirujano como el anestesiólogo desconocían el grupo al que pertenecían los participantes. Después de la cirugía el paciente permaneció en recuperación durante 3 horas, período en el que se les suministraron otros medicamentos en función de la intensidad del dolor y la presencia de náusea y/o vómito: antieméticos (Antivon o Excel), antiinflamatorios y/o analgésicos (Profenid, Ketorolaco, Supradol, Graten).

Debido a que los pacientes recibieron ese mismo día la intervención breve previa a la cirugía y las variables resultantes fueron evaluadas antes del alta hospitalaria, todos pasaron por el conjunto de los procesos de la evaluación.

### **Intervención de escucha empática**

En este grupo la psicóloga proporcionó comentarios de apoyo y empatía, sin dirigir a los pacientes al uso de la imaginación y/o relajación. Al igual que en el estudio de Montgomery et al. (2002), se tuvo un especial cuidado en abstenerse de inducir cualquier actividad imaginativa o de hipnosis. Asimismo, se evitó el uso del lenguaje negativo y perjudicial; sencillamente se les escuchó atentamente, se les animaba y se les permitía que dirigieran la conversación.

### **Intervención de hipnosis**

La intervención de hipnosis fue basada en trabajos previamente publicados (Montgomery et al, 2002). El guión para la sesión de hipnosis incluyó una inducción basada en relajación, imaginación guiada y sugerencias placenteras con respecto al cuerpo, la sanación, la paz y la fortaleza. La inducción y sugerencias se dieron a través de focalizar la atención del paciente, dirigiéndola hacia su interior. También se incluyeron sugerencias específicas con respecto al potencial interno de cada indivi-

duo, el trabajo poderoso de la mente interna para ayudar al cuerpo a sobrellevar la cirugía con éxito.

El análisis de los datos se realizó con el programa SPSS 14.0 y, debido a que la muestra es pequeña, se utilizaron pruebas no paramétricas, como la *U de Mann Whitney* para muestras independientes y la *W de Wilcoxon* para muestras relacionadas. Otra prueba utilizada fue la *magnitud del efecto*, para obtener índices independientes del tamaño del efecto y poder comparar el cambio producido para cada uno de los grupos de la investigación. Debido al reducido tamaño de la muestra no se pudo realizar un análisis de varianza de medidas repetidas con las suficientes garantías.

## Resultados

La primera hipótesis sostiene que una intervención psicológica breve antes de la cirugía reducirá la ansiedad preoperatoria, es decir, que ambas intervenciones psicológicas (escucha empática e hipnosis) reducirán la ansiedad del paciente. Para conocer los efectos de las intervenciones psicológicas en la ansiedad estado después de la intervención psicológica, se describe primeramente la ansiedad preoperatoria inicial con la que llegaron los pacientes a la sala preoperatoria evaluada por ambos instrumentos (véase Tabla 1).

**Tabla 1**  
*Medias y Desviaciones Típicas de los Instrumentos A-E y EVA en las Distintas Evaluaciones*

	Instrumentos	Grupo	Media	Desv. Típ.
1ª evaluación (inicial)	A-E	Escucha empática	38,72	11,80
		Hipnosis	44,43	11,02
	EVA ansiedad	Escucha empática	4,07	2,27
		Hipnosis	4,71	2,08
2ª evaluación (después de intervención psicológica)	A-E	Escucha empática	32,44	10,60
		Hipnosis	25,43	6,95
	EVA ansiedad	Escucha empática	2,87	1,94
		Hipnosis	1,44	1,64
3ª evaluación (después de intervención quirúrgica)	A-E	Escucha empática	36,28	9,91
		Hipnosis	35,71	11,15
	EVA ansiedad	Escucha empática	2,84	2,56
		Hipnosis	3,02	2,83
	EVA dolor	Escucha empática	6,08	2,55
		Hipnosis	6,04	2,74
EVA satisfacción	Escucha empática	7,79	2,56	
	Hipnosis	8,26	2,00	

Como se puede observar, se produjo una reducción en la ansiedad preoperatoria en ambos grupos (más notable en el grupo de hipnosis). Tomando la A-E, la disminución media en el grupo de escucha empática fue de 6,28 puntos (osciló entre un incremento de 6 puntos y una reducción de 19 puntos). En el grupo de hipnosis, la reducción media fue de 19,00 puntos. En este grupo no se dio ningún incremento y las reducciones fueron de entre 3 y 49 puntos. La comparación entre las medias pre y post intervención psicológica (utilizando la prueba de *W de Wilcoxon*) resultó significativa ( $Z = -2,91$ ;  $p = 0,004$ ) para el grupo control y ( $Z = -4,02$ ;  $p < 0,001$ ) para el grupo experimental.

En cuanto a la EVA, las reducciones para el grupo de escucha empática dieron una media de 1,21 (los puntos oscilaron en un incremento de 2 puntos y una disminución de 4 puntos) y para el grupo de hipnosis hubo una reducción media de 3,28 puntos. Tampoco hubo ningún incremento en el grupo de hipnosis y la reducción osciló entre 1 y 7 puntos. La prueba *W de Wilcoxon* resultó también significativa ( $Z = -2,92$ ;  $p = 0,004$ ) para el grupo control y ( $Z = -4,02$ ;  $p < 0,001$ ) para el grupo experimental. Éstas son muy similares a la prueba de *Wilcoxon* arrojada por el instrumento A-E.

La segunda hipótesis plantea que una técnica hipnótica breve antes de la cirugía reducirá más la ansiedad preoperatoria que la escucha empática. Se calculó la magnitud del efecto para denotar el cambio producido en la A-E para cada uno de los grupos y resultó en 0,56 para el grupo control y 2,11 para el grupo experimental, por lo que el índice de cambio diferencial ( $d = 1,55$ ) muestra un efecto alto del tratamiento de hipnosis en comparación con la escucha empática. El tratamiento de la escucha empática muestra un efecto medio, pero muy inferior a la intervención hipnótica, por lo que respecta a la ansiedad estado. Igualmente se calculó la magnitud del efecto para el instrumento EVA. Ésta resultó en 0,29 para el grupo control y 0,88 para el grupo experimental. Por lo tanto, el índice de cambio diferencial ( $d = 0,55$ ) muestra un efecto medio de la intervención hipnótica en comparación con la escucha empática.

La tercera hipótesis plantea que una técnica hipnótica breve antes de la cirugía reducirá más la administración de medicamentos intraoperatorios y postoperatorios que la escucha empática. Tal como se puede ver en la Tabla 2, se suministraron menores cantidades de medicamentos, como el gas anestésico y el narcótico, en la etapa intraoperatoria en el grupo de hipnosis en comparación con el grupo de escucha empática. Sin embargo, ninguna de estas diferencias fue significativa. En la etapa postoperatoria, el grupo de hipnosis recibió menores cantidades de medicamentos para la náusea y antiinflamatorios que el grupo de escucha empática. Se realizó la prueba *U de Mann Whitney* para comprobar si estas diferencias eran significativas, pero no fue así.

**Tabla 2**  
*Medicamentos Intra y Post Operatorios Administrados.*

	Medicamentos	Grupo	Media	Desv. típ.
Medicamentos intraoperatorios	Gas anestésico	Escucha empática	3,05	0,33
		Hipnosis	3,00	0,32
	Narcótico potente	Escucha empática	201,39	68,85
		Hipnosis	189,29	75,24
	Relajante muscular	Escucha empática	47,78	4,28
		Hipnosis	52,38	12,61
	Hipnótico para inducir anestesia	Escucha empática	142,22	23,15
		Hipnosis	151,43	52,37
	Medicamento dolor	Escucha empática	38,33	26,84
		Hipnosis	47,14	24,32
Analgésico antiinflamatorio	Escucha empática	85,56	38,08	
	Hipnosis	91,43	34,39	
Medicamentos postoperatorios	Medicamento nausea	Escucha empática	2,06	3,54
		Hipnosis	0,38	1,20
	Antiinflamatorio postquirúrgico	Escucha empática	28,22	38,52
		Hipnosis	10,00	15,25

La cuarta hipótesis sostiene que se producirán menos casos de náusea y/o vómito en la etapa postoperatoria en los pacientes intervenidos con una técnica hipnótica breve que con los de escucha empática. El 33,3% de los pacientes del grupo control presentaron síntomas de náusea y/o vómito después de la cirugía, mientras que en el grupo experimental sólo fue el 14,3%. A pesar de ser bastante notable, esta diferencia no resultó significativa ( $\chi^2 = 1,98$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0,15$  unilateral).

Si consideramos también la ingesta de la cantidad de medicamento requerida para aliviar los síntomas de náusea y/o vómito, en el grupo de

escucha empática se administró una media de 2,06 mg., mientras que en el grupo de hipnosis se administró una media de 0,38 mg. De nuevo, la diferencia no resultó significativa según el estadístico *U de Mann Whitney* ( $Z = -1,62$ ,  $p = 0,11$ ) a pesar de esta clara tendencia.

La quinta hipótesis sostiene que una técnica hipnótica breve antes de la cirugía reducirá más la ansiedad postoperatoria que la escucha empática. Comparando la ansiedad antes de la intervención psicológica y la ansiedad después de la cirugía (véase Tabla 1), se puede ver una reducción media en la ansiedad en ambos grupos (más notable en el grupo de hipnosis). Tomando la A-E, la disminución media en el grupo de escucha empática fue de 2,44 puntos (osciló entre un incremento de 17 puntos y una reducción de 22 puntos) y de 8,71 en el grupo de hipnosis (osciló entre un incremento de 13 puntos y una reducción de 35). Así pues, hubo un menor incremento y una mayor reducción en el grupo de hipnosis. La comparación entre las medias prepsicológicas y postquirúrgicas (utilizando la prueba de *W de Wilcoxon*) no resultaron significativas para el grupo control ( $Z = -0,83$ ;  $p = 0,41$ ), pero sí lo fue para el grupo de hipnosis ( $Z = -2,69$ ;  $p = 0,007$ ).

Con respecto a la EVA también la reducción es notoria. La disminución media en el grupo de escucha empática fue de 1,23 puntos (osciló entre un incremento de 6 puntos y una reducción de 6 puntos) y de 1,69 puntos en el grupo de hipnosis (osciló entre un incremento de 3 puntos y una reducción de 5 puntos). La comparación entre las medias prepsicológica y postquirúrgica con la EVA (utilizando la prueba de *W de Wilcoxon*) no resultó significativa para el grupo control ( $Z = -1,57$ ;  $p = 0,12$ ) pero sí lo fue para el grupo de hipnosis ( $Z = -2,57$ ;  $p = 0,01$ ).

Se calculó la magnitud del efecto para denotar el cambio producido en la A-E después de la cirugía para cada uno de los grupos y resultó en 0,11 para el grupo control y 0,39 para el grupo experimental, por lo que el índice de cambio diferencial ( $d = 0,28$ ) muestra un efecto bajo del tratamiento de hipnosis en comparación con la escucha empática. Igualmente se calculó la magnitud del efecto para el instrumento EVA. Ésta resultó en 0,25 para el grupo control y 0,34 para el grupo experimental. El índice de cambio diferencial ( $d = 0,09$ ) no muestra ningún efecto notable de la intervención hipnótica en comparación con la escucha empática.

La sexta hipótesis de esta investigación plantea que a menor ansiedad preoperatoria, menor ansiedad postoperatoria. Se realizaron correlaciones *Pearson* para ver las relaciones entre la ansiedad post psicológica y post quirúrgica para el conjunto de la muestra. Se encontró una correlación de 0,41 y significativa ( $p = 0,01$ ) para la relación entre la ansiedad estado posterior a la intervención psicológica y la ansiedad post quirúrgica. Sin embargo, para el instrumento EVA la correlación no resultó significativa ( $r = 0,26$ ;  $p = 0,27$ ). Indicando que a mayor ansiedad

antes de la cirugía más ansiedad habrá después del procedimiento quirúrgico o viceversa.

La séptima hipótesis planteada es que una técnica hipnótica breve antes de la cirugía resultará en un menor dolor postoperatorio que la escucha empática. La media del dolor informado por los pacientes del grupo control es de 6,08 (dt = 2,55) y de 6,04 (dt = 2,74) en el grupo experimental. La prueba *U de Mann Whitney* confirmó que la diferencia no es significativa.

La octava y última hipótesis planteada en esta investigación sostiene que una técnica hipnótica breve antes de la cirugía aumentará más la satisfacción con respecto a la experiencia quirúrgica percibida por el paciente en comparación con la escucha empática. La media de la satisfacción percibida por los pacientes del grupo control fue de 7,79, mientras que en el grupo de hipnosis fue de 8,26. Sin embargo, la prueba *U de Mann Whitney* indicó que la diferencia no es significativa.

## **Discusión**

Los niveles de ansiedad estado registrados inicialmente por los pacientes candidatos a cirugía de banda gástrica ajustable eran altos, pero muy similares a los pacientes sin complicaciones psiquiátricas del grupo *general medical and surgical patients* (GMS) (Spielberger, Gorusch y Lushene, 1970).

Los resultados comparativos de las intervenciones psicológicas van de acuerdo a los obtenidos en otros estudios con pacientes quirúrgicos, en los que la hipnosis reduce la ansiedad preoperatoria de forma más eficaz. Al haber obtenido este resultado (y el de los otros estudios) con un diseño que compara la hipnosis con otra intervención psicológica, se puede pensar que sus efectos no son debidos meramente a los factores comunes de la psicoterapia (Feixas y Miró, 1993), sino que son específicos de la hipnosis. Aun así, se requerirían más estudios independientes con muestras mayores para considerar esta intervención hipnótica como un tratamiento eficaz y específico para la cirugía de banda gástrica, aunque los estudios existentes en otros tipos de cirugía son concordantes con los propios resultados obtenidos en éste, lo que hace augurar que algún día será posible.

En contraste con el interés del resultado obtenido en la reducción de la ansiedad preoperatoria, los otros beneficios estudiados no se muestran de forma tan clara. Parece que los pacientes tratados con hipnosis requirieron menores dosis de algunos medicamentos tanto durante la cirugía como posteriormente, pero las diferencias en muchos casos no son apreciables y cuando lo son no resultan significativos. Las intervenciones psicológicas realizadas disminuyeron la ansiedad preoperatoria, pero ésta no parece correlacionar con los medicamentos requeridos durante la intervención quirúrgica. Este resultado, a primera vista sor-

prendente, puede explicarse porque efectivamente no existe tal relación, o porque la muestra reducida del estudio impidió apreciarla. Pero si tenemos en cuenta que es el médico anestesiólogo quien decide las dosis necesarias, también podría tener que ver con la precisión de su juicio clínico. Al ser ciego con respecto a la intervención psicológica realizada, éste no pudo ser un factor que afectara su juicio, pero si otros. Por ejemplo, su grado de apreciación del nivel de ansiedad del paciente al entrar al quirófano. Quizás aplicó dosis estándar de medicamentos sin valorar justamente su estado de ansiedad o relajación. En estudios posteriores, se podría valorar la posibilidad de ajustar las dosis en función de los niveles de ansiedad evaluados por la psicóloga, manteniendo la ceguera con respecto al tipo de intervención.

Por lo que respecta a los síntomas postoperatorios, se observa un claro efecto diferencial en favor de la hipnosis tanto en el porcentaje de pacientes que sufrieron náusea y/o vómito como en las menores dosis de medicamento requeridas para tratarlo, pero esta diferencia no fue significativa. Se precisan estudios posteriores con muestras mayores para confirmar este efecto.

En lo que respecta a la ansiedad estado postoperatoria, también la hipnosis obtiene mejores resultados, pero la magnitud del efecto diferencial es reducida y cuando se evalúa con el EVA es muy baja. Ello contrasta con el efecto tan destacado obtenido en la ansiedad preoperatoria y al estudiar la correlación entre ambos momentos de evaluación, se observa que es significativa lo que refuerza el interés de estas intervenciones aunque su efecto sea más visible en la ansiedad a la entrada del quirófano que posteriormente.

En este trabajo se evaluó también el dolor postoperatorio por si podía verse beneficiado del efecto de la intervención hipnótica realizada, lo que no parece que sucediera, al menos de forma apreciable. Y ello nos llevó a estudiar la relación entre la ansiedad preoperatoria y el dolor, una relación que se postula en la literatura (Valente, 2006). Sólo se encontró relación cuando se evaluaba con la EVA y en el grupo de hipnosis. El hecho de que no correlacionara con la A-E puede explicarse porque la intensidad de tal relación es débil y es más fácil que se manifieste entre dos escalas con el mismo formato (ambas son EVA). Y el hecho de que sólo se diera en el grupo de hipnosis puede reflejar una cierta tendencia a que el efecto de la hipnosis incluya también un efecto analgésico.

Mejorar el grado de satisfacción de los usuarios cada vez es más relevante para los proveedores de servicios sanitarios, además de que la visión de la institución en donde se realizó el estudio es brindar servicios de la más alta calidad, motivos por los cuales se evaluó también la satisfacción del paciente. A primera vista parece que los niveles de satisfacción fueron bastante elevados, aunque al carecer de un grupo sin atención psicológica no podemos apreciar la magnitud de su valor añadido. Aunque la satisfacción fue mayor en el grupo de hipnosis, la dife-

rencia no fue significativa. Parece que se relaciona con el nivel de ansiedad pre y postoperatorio especialmente en el grupo de hipnosis.

Por su parte, la escucha empática obtiene también un buen resultado no sólo en satisfacción sino en otros aspectos evaluados (o al menos en la ansiedad preoperatoria). Ello merece también destacarse porque sugiere que incluso intervenciones psicológicas basadas en habilidades básicas puede ser de utilidad en un servicio quirúrgico. En este caso, sin embargo, la escucha empática puede cobrar mayor relevancia puesto que se trataba de pacientes estadounidenses de habla inglesa tratados en un hospital en México. El hecho de hallarse fuera de su país puede haber producido que la atención empática, por parte de una profesional perfectamente competente en la lengua inglesa, le diera un efecto suplementario tranquilizador y reasegurador a esta intervención. De existir tal efecto haría más difícil la emergencia de resultados a favor de la eficacia diferencial de la intervención hipnótica con la que se comparaba.

Por otro lado, resulta plausible pensar que si se aplicara una segunda intervención breve (hipnótica y empática, en función del grupo) en un momento apropiado después de la cirugía (y antes de la evaluación postquirúrgica), se podrían obtener mejores resultados en todas las variables postquirúrgicas.

Una de las grandes limitaciones de este estudio es el tamaño de la muestra, que posiblemente influye en no alcanzar diferencias significativas para demostrar la diferencia en los resultados obtenidos en ambos grupos con respecto a la duración de la cirugía, administración de medicamentos intraoperatorios, ansiedad postoperatoria, dolor postoperatorio y satisfacción con respecto a toda la experiencia quirúrgica.

Para una futura investigación se sugiere ampliar la muestra y continuar estudiando esta población para determinar si se alcanzan niveles significativos de la eficiencia de las técnicas hipnóticas en los pacientes quirúrgicos, como lo encontrados en el estudio realizado por Montgomery, et al (2007).

## **Conclusiones**

Los pacientes de banda gástrica ajustable entraron a su respectivo cubículo preoperatorio con una alta ansiedad. Aunque hay que tener en cuenta el tamaño reducido de la muestra, este primer estudio con pacientes de banda gástrica ajustable sugiere que una intervención psicológica breve previa a la cirugía reduce significativamente la ansiedad preoperatoria en el paciente quirúrgico. Se muestra también que si esta intervención es hipnótica, resulta más eficaz que la escucha empática. El reconocimiento del efecto psicológicamente positivo de la hipnosis prequirúrgica es potencialmente importante en el ámbito de la salud.

A pesar de esta notable aportación, este estudio ha puesto de manifiesto diversas limitaciones que requieren más investigación. En efecto,

queda por averiguar por qué el decremento de la ansiedad preoperatoria derivado de la intervención hipnótica no se traduce también de forma tan clara en otros beneficios: ansiedad y dolor postoperatorio, dosis de medicación requeridas, reducción de náusea y/o vómito. Por otro lado, las características de la muestra no permitieron explorar diferencias de género.

## **Referencias**

- Allen, J.W.-Coleman, M.G.-Fielding, G.A.(2001): Lessons learned from laparoscopic gastric banding for morbid obesity. *American Journal of Surgery*, 182, 10-14.
- American Psychological Association(2005): *The Division 30 Definition and Description of Hypnosis*. Recuperado en Internet el 22 de noviembre del 2007. Disponible en: [www.apa.org/divisions/div30/define\\_hypnosis.html](http://www.apa.org/divisions/div30/define_hypnosis.html).
- Center for Disease and Prevention Control(2008): *Overweight and Obesity*. Recuperado en Internet el 31 de julio del 2008. Disponible en página: <http://www.cdc.gov/>
- Dixon, J.B.(2002): Changes in comorbidities and improvements in quality of life after LAP-BAND placement. *The American Journal of Surgery*. 184, 51S-54S.
- Faymonville, M.E.-Mambourg, P.H.-Joris, J. et al.(1997): Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study. *Pain*, 73, 361-367.
- Feixas, G.-Miró, M.T.(1993): *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Fischer, B.L.-Schauer, P.(2002): Medical and surgical options in the treatment of severe obesity. *The American Journal of Surgery*. 184, 9S-16S.
- Giacomante, E.-Mejía, A.(1998): *Estrés quirúrgico y ansiedad*. Recuperado en Internet el 22 de noviembre del 2007. Disponible en página: <http://www.gador.com.ar/iyd/ansie2/quiru.htm>.
- Lang, E.V.-Berbaum, K.S.-Faintuch, S.-Hatsiopoulou, O.-Halsey, N.-Li, X.-Berbaum, M.L.-Laser, E. Baum, J.(2006): Adjunctive self-hypnotic relaxation for outpatient medical procedures: A prospective randomized trial with women undergoing large cora breast biopsy. *Pain*, 126, 155-164.
- Martin, L.F.-Smits, G.J.-Greenstein, R.J.(2007): Treating morbid obesity with laparoscopic adjustable gastric banding. *The American Journal of Surgery*, 194, 333-343.
- Mendoza, M.E.-Capafons, A.(2009): Eficacia de la hipnosis clínica: Resumen de su evidencia empírica. *Papeles del Psicólogo*, 30, 98-116.
- Meurisse, M.-Defechereux, T.-Hamoir, E.-Joris, J.-Hartstein, G.-Faymonville, M.E.(1999): *Hypnosis: a new, safe, efficient and economic approach for endocrine surgery*. Liege: University of Liege.
- Montgomery, G.H.-David, D.-Winkel, G.-Silverstein, J.-Bovbjerg, D.H.(2002): The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: a meta-analysis. *Anaesthesia and Analgesia*, 94, 1639-1645.
- Montgomery, G.H.-Bovbjerg, D.H.-Schnur, J.-David, D.-Goldfarb, A.-Weltz, C.R.-Schechter, C.-Graff-Zivin, J.-Tatrow, K.-Price, D. D.-Silverstein, J. H.(2007): A Randomized Clinical trial of a Brief Hypnosis Intervention to Control Side Effects in Breast Surgery Patients. *Journal of the National Cancer Institute*, 99,1304-1312.
- O'Brien, P.E.-Dixon, J.B.(2002): The extent of the problem of obesity. *The American Journal of Surgery*, 184, 4S-8S.

- Spielberger, C.D.-Gorsuch, R.L.-Lushene, R. (1970): *State-Trait Anxiety Inventory manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Télliz, A. (2007): *Hipnosis Clínica: Un enfoque ericksoniano*. Monterrey: Trillas.
- Valente, S.M. (2006): Hypnosis for Pain Management. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 44(2), 22-30.
- Yacht, E.-Bayar, B. et al. (2003): Confiabilidad y Validez de la Escala Visual Analógica Invertida (de Derecha a Izquierda) en Dolores de Diferente Intensidad. *The Pain Clinic*, 15, 1-6.
- Zapata, M.A. (2007): Centro de cirugía laparoscópica avanzada. Recuperado en Internet el 31 de julio del 2008. Disponible en página: <http://www.drmapazapata.com/index.html>.