

# Intervención cognitivo conductual para reducción de ansiedad prequirúrgica en pacientes con cáncer de mama

## Behavioral cognitive intervention for reduction of presurgical anxiety in breast cancer patients

Roberto Miguel Corona  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala  
UNAM

Leonardo Reynoso Erazo  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala  
UNAM

María Cristina Bravo González,  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala  
UNAM

Ángela Hernández Rubio  
Hospital Juárez de México  
Servicio de Oncología

Uno de los tratamientos oncológicos es la realización de procedimientos quirúrgicos, los cuales pueden favorecer el desarrollo de respuestas de ansiedad y en casos severos, pueden obstaculizar la adecuada atención médica. El objetivo fue evaluar la efectividad de un tratamiento cognitivo-conductual multicomponente para la reducción de ansiedad prequirúrgica en pacientes con cáncer de mama. Participaron 20 mujeres programadas para cirugía, 10 se asignaron al grupo control y 10 al grupo experimental; se evaluaron con las escalas HADS e IDARE antes y después de la intervención, ésta constó de psicoeducación, entrenamiento en respiración e imaginación guiada. Pese a que los resultados no sugieren diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en lo general, presentan un tamaño del efecto de medio a alto, el cual puede atribuirse a la intervención. En el grupo control las puntuaciones de ansiedad en ambos instrumentos incrementaron en el post test, mientras que en el grupo experimental disminuyeron, lo cual puede estar relacionado con la cercanía del evento quirúrgico. Estos hallazgos sugieren que una intervención multicomponente de corta duración resulta de eficaz en el contexto hospitalario, donde las personas deben afrontar diversas situaciones que son generadoras de ansiedad.

*Palabras clave:* Intervención, ansiedad, prequirúrgica, cáncer.

One of the oncology treatments is the performance of surgical procedures, which can favor the development of anxiety responses and in severe cases, can hinder adequate medical care. The objective was to evaluate the effectiveness of a multicomponent cognitive-behavioral treatment for the reduction of pre-surgical anxiety in patients with breast cancer. Twenty women scheduled for surgery participated, 10 were assigned to the control group and 10 to the experimental group; they were evaluated with the HADS and IDARE scales before and after the intervention, it consisted of psychoeducation, breathing training and guided imagery. Although the results do not suggest statistically significant differences between the groups, they present a medium to high effect size, which can be attributed to the intervention. In the control group, the anxiety scores in both instruments increased in the post-test, while in the experimental group they decreased, which may be related to the proximity of the surgical event. These findings suggest that a short-term multicomponent intervention is effective in the hospital setting, where people must cope situations that generate anxiety.

*Key words:* Pre-surgical, anxiety, intervention, cancer.

Las enfermedades crónico-degenerativas han sido el foco de atención para la psicología en los recientes años. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2018a), una de las principales enfermedades no transmisibles son las oncológicas, estos padecimientos se caracterizan por ser una enfermedad genética que repercute en las diferentes fases del ciclo celular, alterando su funcionamiento, forma, división y crecimiento (American Cancer Society, 2014; National Cancer Institute, 2015; Organización Mundial de la Salud, 2018b).

Existen diversas variables que contribuyen directamente en la incidencia, prevalencia y mortandad relacionadas con enfermedades oncológicas, dentro de las que se destacan factores de riesgo conductuales y dietéticos (Organización Mundial de la Salud, 2018b). Dentro de las enfermedades que conjuntan los padecimientos oncológicos, el cáncer de mama ocupa los principales puestos en incidencia y mortalidad, tanto a nivel nacional como internacional, representando hasta un 16% de todos los cánceres en la población femenina (Global Cancer Observatory [GCO], 2020; SINAIS/SINAVE/DGE/SALUD, 2011), este padecimiento adquiere relevancia para la psicología debido al tipo de tratamiento médico. A pesar de que se cuentan con distintas herramientas para atender dicha problemática, como la quimioterapia o radioterapia, el principal tratamiento de elección son las intervenciones médico-quirúrgicas, y son éstas, las que se han catalogado como procedimientos médicos invasivos generadores de ansiedad (Bragado & Fernández, 1996; Ramírez & Domínguez, 2011).

La ansiedad se caracteriza por ser una condición emocional transitoria, cuyo componente principal es su carácter anticipatorio al peligro, que da paso a la percepción magnificada o catastrofista de la situación, en conjunto con la activación del sistema nervioso autónomo (Markland & Hardy, 1993; Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003). La teoría Tridimensional de Lang propuesta en 1968 (como se cito en Viedma, 2008), describe a la ansiedad como un sistema triple de respuesta, la cual se caracteriza por (Martínez-Monteagudo, Inglés, Cano-Vindel, & García-Fernández, 2012):

- Respuestas cognitivas: anticipaciones catastrofistas que se muestran reflejadas en pensamientos o imágenes específicas ante la situación que es percibida como amenazante.
- Respuestas fisiológicas: incremento en la actividad del sistema nervioso autónomo y activación neuroendocrina del sistema nervioso central, lo cual desencadena el aumento en la frecuencia respiratoria, en la actividad cardiovascular y electrodérmica.
- Respuestas motoras: conductas de evitación y escape ante la percepción de peligro, tics, temblores, tartamudeo y gesticulaciones. Así como reducción en el tiempo de reacción y disminución de la precisión motriz.

Por otro lado, Spilberger y Díaz Guerrero (1975) distinguen dos tipos de ansiedad. La primera de ellas denominada Ansiedad-Estado, que se define como: "...una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo" (p.1). El segundo tipo de ansiedad, nombrado Ansiedad-Rasgo, se refiere a: "...las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, la diferencia entre las personas en tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la A-Estado." (p.1) Por lo tanto, el segundo tipo de ansiedad tiene una relación con el aprendizaje de experiencias pasadas, y propicia que el individuo tenga una visión específica del mundo y una tendencia respecto a sus respuestas.

En contraste, Zigmond y Snaith (1983) argumentan que, para poder establecer una adecuada evaluación de la ansiedad, principalmente en contextos hospitalarios, es necesario prescindir de los indicadores fisiológicos, ya que pueden confundirse con reacciones propias de un proceso de enfermedad o tratamiento médico; por lo que la ansiedad es caracterizada por pensamientos anticipatorios y percepción de intranquilidad.

A pesar de que pueden existir diversos elementos o estímulos que desencadenen ansiedad en un contexto hospitalario, la espera preoperatoria es considerada un factor relevante en la aparición de estas respuestas. El tiempo de espera, en conjunto

con información deficiente o inadecuada, son factores para comprender el desarrollo de esta problemática; de tal modo que el momento previo a la intervención médica, posiblemente es el momento en el que paciente experimenta mayores niveles de ansiedad (Bailey, 2010). Al respecto, el estudio de Bernal-Ochoa y González-Cáceres (2020) describe que los niveles de ansiedad prequirúrgica se identifican hasta en un 81% de los participantes oscilando entre los niveles leve (25%) y moderada (31.25%). Mientras que Rivera-Fong et al. (2018) comentan que hasta un 30% de los pacientes oncológicos presentan ansiedad, y de ellos un 8% es prequirúrgica.

Dentro este contexto, es frecuente considerar estas respuestas como “normales” o “esperadas”, sin embargo, la atención inadecuada puede tener diversas repercusiones a nivel físico y médico, dentro de las que destacan el incremento en la percepción del dolor y la necesidad de analgesia para atender al mismo, retraso en la cicatrización, déficit en la respuesta del sistema inmunológico, riesgo de infecciones, riesgo pulmonar y de trombosis; dando como resultado complicaciones en la recuperación postquirúrgica que puede prolongar la estancia hospitalaria, y finalmente aumento en los costos y demanda de atención hacia el personal de salud (Alonso, 2005; Bailey, 2010; Caumo, Schmidt, Schneider, Bergmann, Iwamoto & Adamatti, 2001; Quintero, Yasnó, Riveros, Castillo & Borraéz, 2017; Stirling, Raab, Alder & Robertson, 2007; Sukantarat, Williamson & Brett, 2007).

Las respuestas de ansiedad han sido atendidas bajo técnicas específicas, entre las que destacan: psicoeducación, entrenamiento en relajación (respiración profunda, relajación muscular progresiva), desensibilización sistemática, solución de problemas, autoinstrucciones (Caballo & Mateos, 2000; Roca, 2004; Suinn, 1993) y técnicas basadas en imaginación (Jallo, Jeanne, Elswick & French, 2014; Johnsen & Lutgendor, 2001).

En el contexto hospitalario, las condiciones y el tipo de población se conjuntan para generar la necesidad de intervenciones cortas y efectivas, que permitan entrenar a los pacientes en un reducido número de sesiones, por lo que se requiere implementar técnicas que han demostrado su efectividad, al respecto, Rivera-Fong et al. (2018) afirman que las intervenciones basadas en técnicas de relajación o distracción, reportan mayor eficacia en la atención de la ansiedad pre-quirúrgica. De igual modo, la investigación de Becerra, Reynoso-Eraza, García y Ramírez (2016) describe la eficacia de una intervención multicomponente basada en psicoeducación, técnicas de relajación e imaginación guiada; ante la ansiedad de procedimientos invasivos (toma de biopsia) en pacientes con cáncer de mama. En el contexto hospitalario, el miedo a lo desconocido y las reacciones fisiológicas exacerbadas son considerados los factores más relevantes en el tratamiento de la ansiedad (Feixas & Saldivar-Maldonado, 2010; Valenzuela-Millán, Barrera-Serrano & Ornelas-Aguirre, 2010); siendo las técnicas de psicoeducación (Colom, 2011; Maldonado & Arevalo, 2004), respiración (Galindo, Meneses, Herrera, Caballero, & Aguilar, 2015) e imaginación guiada (Jallo, Jeanne, Elswick & French, 2014; Johnsen & Lutgendor,

2001) las que atienden estos factores de la forma más eficaz en un tiempo reducido.

Así, la ansiedad pre-quirúrgica es una problemática psicológica que se identifica con frecuencia en la población oncológica, y al no recibir atención adecuada y oportuna puede tener repercusiones individuales (incremento en la percepción de dolor, problemas en la cicatrización, riesgo de infecciones, etcétera) e institucionales (estancias hospitalarias prolongadas y alta demanda de atención médica); estas condiciones hacen necesario implementar intervenciones psicológicas enfocadas a incidir en los elementos centrales de la ansiedad, por lo que es deseable la incorporación de programas de intervención breves que muestren resultados favorables en el contexto hospitalario, por ello el objetivo de este estudio es evaluar la efectividad de un tratamiento multicomponente en la reducción de ansiedad previa al procedimiento médico quirúrgico en pacientes con cáncer de mama.

## MÉTODO

### Participantes

La muestra se conformó por 20 mujeres de entre 33 y 67 años, con un promedio de edad de 52 años, con diagnóstico confirmado de cáncer de mama, programadas para cirugía en el servicio de oncología del Hospital Juárez de México. Los criterios de inclusión fueron: 1) Pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer de mama; 2) programadas para realizar procedimiento quirúrgico; 3) espera de procedimiento quirúrgico de dos semanas al menos; 4) identificación clínica de ansiedad. Por otro lado, se excluyeron a las pacientes que presentaron alguno de los siguientes criterios: 1) personas analfabetas; 2) con problemas respiratorios; 3) con presencia de comorbilidades descontroladas o sin tratamiento; 4) con depresión identificada; 5) con deterioro cognitivo a raíz de enfermedad o tratamiento; 6) con tratamiento psiquiátrico en curso. Las participantes fueron asignadas de manera no aleatorizada a uno de los dos grupos de acuerdo con la fecha de programación quirúrgica, las características de los grupos se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1.  
*Características de las participantes.*

	Grupo control	Grupo experimental
Escolaridad		
Primaria	5	3
Secundaria	2	3
Preparatoria	1	1
Universidad	2	3
Tipo de Cirugía		
Cuadrantectomía	1	1
Mastectomía radical modificada	9	7
Mastectomía bilateral	0	2

## Instrumentos

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) Sub-escala de ansiedad: Zigmond y Snaith (1983) versión adaptada de Galindo, Meneses, Herrera, Caballero y Aguilar (2015) la cual consta de 14 ítems compuesta por dos subescalas (ansiedad y depresión). La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala Likert de cuatro puntos (rango 0-3), con un alfa global ( $\alpha = .83$ ) en una muestra mexicana de cuidadores de pacientes oncológicos.

Inventario De Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE); versión en español del instrumento State Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spilberger & Díaz Guerrero, 1975), la cual consta de 40 ítems dividido en 2 subescalas (Escala A-Rasgo y Escala B-Estado). Con opciones de respuesta del tipo Likert de cuatro puntos que se puntúan del 1 al 4. De acuerdo con los autores de la escala, la consistencia interna en una muestra de estudiantes mexicanos de bachillerato y licenciatura fluctúa entre 0.83 y 0.92.

## VARIABLES

*Variable Dependiente:* Niveles de ansiedad.

*Definición conceptual:* La ansiedad alude a un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psicológicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, es decir, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003).

*Definición operacional:* Puntuaciones mayores a 7 en la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) correspondiente a la subescala de ansiedad, y puntuaciones mayores a 20 en el Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE).

*Variable Independiente:* Intervención multicomponente.

*Definición conceptual:* Programa de tratamiento psicológico que engloba diversas técnicas de intervención, con el objetivo de controlar o atender los diferentes factores que influyen en la problemática (Fernández, 2010).

*Definición operacional:* Psicoeducación, ejercicios de respiración profunda e imaginación guiada.

*Diseño:* Cuasi experimental

## Materiales

- Consentimiento informado: Elaborado con base en los lineamientos de la Guía Para la Realización del Protocolo/ Tesis de Investigación de la División de Investigación y Enseñanza del Hospital Juárez de México.
- Trípticos: Se realizaron dos trípticos psicoeducativos, con la temática de Mastectomía y Cuadrantectomía.
- Grabaciones de audio: Se diseñaron dos grabaciones de

audio que contienen las instrucciones para la ejecución de las técnicas psicológicas de respiración profunda e imaginación guiada. Se almacenaron en 10 reproductores de audio portátiles que contenían audífonos para su reproducción. Se pueden consultar en:

<https://youtu.be/QEuY8TByiXA>

<https://youtu.be/eT0muODmk2w>

- Hoja de registro: Donde se indican las puntuaciones de ansiedad con base en una escala EVA de 0 a 5 puntos.

## Procedimiento

El estudio se realizó en 3 fases, divididas en 4 sesiones de una hora de duración cada una. A continuación, se presenta la descripción detallada.

### Fase 1. Identificación de las participantes y pre-test Sesión 1

La identificación de las pacientes se realizó durante la consulta externa de la clínica de cáncer de mama del Hospital Juárez de México. Una vez que las pacientes fueron programadas para la intervención quirúrgica, se realizó una entrevista para explorar si las pacientes contaban con indicadores clínicos de ansiedad, y que dicha ansiedad se debiera al procedimiento quirúrgico programado. Una vez que estos dos criterios se cumplieron, se realizó la invitación al protocolo. Aquellas pacientes que aceptaron participar firmaron el consentimiento informado. Finalmente se realizó la aplicación de los instrumentos de evaluación (HADS, IDARE).

Para asignar a las pacientes a los diferentes grupos (control y experimental) se tomaron en cuenta los criterios de temporalidad para llevar a cabo la aplicación de la intervención diseñada, es decir, aquellas pacientes programadas quirúrgicamente con un tiempo mínimo de dos semanas fueron asignadas al grupo experimental, y aquellas pacientes programadas con un tiempo mínimo de una semana fueron asignadas al grupo control, en este grupo, las pacientes únicamente recibieron información e indicaciones de su médico tratante con respecto al procedimiento a realizar. Por cuestiones éticas, aquellas pacientes que reportaban niveles elevados de ansiedad, pero no cumplían el criterio temporal, fueron atendidas de manera clínica fuera del protocolo.

### Fase 2. Aplicación de la intervención

Se llevó a cabo en la consulta externa del área de Psicooncología del Hospital Juárez de México y constó de dos sesiones para aquellas pacientes que se asignaron al grupo experimental:

#### Sesión 2

- Psicoeducación: Se proporcionó información adaptada a la condición médica de la paciente, resolviendo sus dudas respecto al procedimiento quirúrgico, y aclarando ideas erróneas respecto al mismo, adaptando el lenguaje a términos comprensibles. Para apoyar esta técnica, se empleó el tríptico del procedimiento quirúrgico previamente diseñado, el cual fue proporcionado a la paciente.

### Sesión 3

- Respiración profunda e Imaginación guiada: Para llevar a cabo el entrenamiento se empleó la grabación diseñada previamente. Inicialmente se realizó un modelado en conjunto con la reproducción el ejercicio, de tal manera que se corrigieron errores de la ejecución a lo largo del ejercicio.
- Registro: Para finalizar la sesión, se proporcionaron los ejercicios en un reproductor de audio portátil (se incluyeron los audífonos), se indicó llevar a cabo la reproducción de ambos ejercicios (primero el de respiración y posteriormente el de imaginación guiada) por lo menos tres veces por día durante seis días previos a la intervención quirúrgica. A la par de dicha reproducción diaria, se indicó realizar un registro diario de los niveles de ansiedad antes y después de cada ejecución de las técnicas (usando la escala EVA incluida en el registro); se proporcionó una hoja de registro y se ejemplificó la manera de realizarlo.

### Fase 3. Retroalimentación y Pos-test.

#### Sesión 4.

Se llevó a cabo en el área de hospitalización de oncología del Hospital Juárez de México, un día previo a la intervención quirúrgica, para las pacientes de ambos grupos. En el caso de las pacientes asignadas al grupo experimental, se realizó sesión en la cual se llevó a cabo la ejecución de las técnicas sin el uso del reproductor de audio, a la par de la descripción verbal de los pasos por parte de las pacientes. Se realizó la retroalimentación de la ejecución.

Con todas las pacientes, tanto las participantes del grupo experimental como del control se realizó la aplicación de los instrumentos de evaluación (HADS, IDARE). Una vez que se concluyó la evaluación final de las pacientes, en aquellas participantes del grupo control identificadas con niveles de ansiedad elevados se procedió a intervenir clínicamente de manera breve.

### Análisis estadístico

Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa SPSS® versión 26 para Mac (IBM, 2019). Siguiendo las recomendaciones de Siegel y Castellan (1995) se consideró el muestreo, la asignación a los grupos y el tamaño de la muestra para la selección de la prueba estadística. Basados en la prueba Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors (Pedrosa, Juarros-Basterretxea, Robles-Fernández, Basteiro, & García-Cueto, 2015) y el estadístico de Levene, no se identificó normalidad y homoscedasticidad de los datos, por lo que la media no es el mejor estadígrafo para los datos disponibles (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 1999), por tanto, para analizar las diferencias de grupos se emplearon las pruebas U de Mann-Whitney y la prueba de rasgos con signo de Wilcoxon. Finalmente, se calculó el tamaño del efecto (Branch, 2014; Cohen, 1988; Cohen, 1992; Cohen 1994), y basados en las directrices descritas por Field (2017), se calculó el estadístico  $r$  de Rosenthal empleando la ecuación  $r = z / \sqrt{N}$ , que se interpreta

a partir de los siguientes criterios: 0.10 efecto pequeño; 0.30 efecto medio; 0.50 efecto grande.

## RESULTADOS

Respecto a los resultados en la pre-evaluación con el instrumento HADS, se observa que las puntuaciones del grupo control en las sub-escalas de ansiedad (MDN= 7) oscilaron dentro del rango de trastorno ausente. De igual manera, las puntuaciones para este mismo grupo respecto al instrumento IDARE, en las sub-escalas de estado (MDN= 32) y rasgo (MND= 36.50) se encuentran dentro de la categoría de nivel intermedio de ansiedad.

Por otro lado, en los resultados de la pre-evaluación el grupo experimental, respecto al instrumento HADS, la sub-escala correspondiente a ansiedad (MDN= 11) muestra un problema clínico o trastorno presente. De manera similar, las puntuaciones para este mismo grupo en la pre-evaluación con el instrumento IDARE, indican nivel medio de ansiedad para la sub-escala de rasgo (MDN= 39) y nivel alto de ansiedad para la sub-escala de estado (MDN=48.50).

Las puntuaciones obtenidas del grupo control en la post-evaluación con el instrumento HADS, en la sub-escala de ansiedad (MDN= 10.50) puntúa en dudoso o probable problema clínico. Los resultados obtenidos con el instrumento IDARE para este mismo grupo en la post-evaluación, muestran un nivel alto de ansiedad en la sub-escala de estado (MDN= 45.50), y un nivel medio de ansiedad en la sub-escala correspondiente a rasgo (MDN=39).

Respecto a la post-evaluación del grupo experimental, el instrumento HADS en la sub-escalas de ansiedad (MDN=7) puntúan en ausencia de trastorno. De igual manera, el instrumento IDARE en sus sub-escalas de estado (MDN=39.50) y rasgo (MDN=36.50) muestran niveles intermedios de ansiedad.

La Tabla 2 muestra los resultados obtenidos de la comparación entre grupos. En esta tabla se observa que existen diferencias estadísticamente significativas respecto a la comparación entre el grupo control y el grupo experimental en la sub-escala de ansiedad, tanto en la pre como en la post-evaluación, cabe señalar que en la pre-evaluación, el grupo experimental mostró puntuaciones más elevadas, mientras que en la post-evaluación, las puntuaciones más altas corresponden al grupo control. Respecto a la medición del tamaño del efecto ( $r$ ), se puede observar que las diferencias entre los grupos en la pre y post-evaluación muestran un tamaño del efecto elevado ( $> 0.50$ ).

Respecto a los resultados del instrumento IDARE, en la Tabla 3 se observan diferencias estadísticamente significativas en la comparación de las puntuaciones de la sub-escala de estado en la pre-evaluación entre el grupo control y el grupo experimental, donde se aprecia que en la pre-evaluación el grupo experimental tenía puntuaciones más altas, mientras que en el post-test, las puntuaciones más elevadas se encontraron en el grupo control. En el resto de las comparaciones entre grupos independientes, no se observan diferencias estadísticamente significativas. A pesar de que las diferencias no son estadísticamente significativas,

Tabla 2.  
Resultados del instrumento HADS en la prueba U de Mann-Whitney.

Instrumento	Condición	Grupos	MDN	U	p	r
HADS (Ansiedad)	Pre-evaluación	Control	7	3.50	.000	-.79
		Experimental	11			
	Post-evaluación	Control	10.50	1.50	.000	-.82
		Experimental	7			

Nota. Datos de la Mediana (MDN). Puntuaciones de la prueba U de Mann-Whitney (U) Significancia estadística  $p < 0.05$ ; tamaño del efecto r de Rosenthal (0.10 efecto pequeño; 0.30 efecto medio; 0.50 efecto grande).

Tabla 4.  
Resultados del instrumento HADS en la prueba de rasgos con signo de Wilcoxon.

Instrumento	Grupos	Condición	MDN	Z	p	r
HADS (Ansiedad)	Control	Pre-evaluación	7	-2.81	.005	-.62
		Post-evaluación	10.50			
	Experimental	Pre-evaluación	11	-2.68	.007	-.59
		Post-evaluación	7			

Nota. Datos de la Mediana (MDN). Puntuaciones de la prueba de rasgos con signo de Wilcoxon (Z) Significancia estadística  $p < 0.05$ ; tamaño del efecto r de Rosenthal (0.10 efecto pequeño; 0.30 efecto medio; 0.50 efecto grande).

se puede observar que la comparación entre el grupo control y grupo experimental en la prueba IDARE, en la sub-escala estado de la post-evaluación, muestra un tamaño del efecto moderado.

De manera similar, se realizaron pruebas no paramétricas para comparar grupos relacionados. La Tabla 4 muestra los resultados obtenidos en la escala HADS, en ésta se observa que las diferencias intra-grupo en la sub-escala de ansiedad son estadísticamente significativas, tanto para el grupo control como para el grupo experimental, las cuales muestran un tamaño del efecto elevado. En el caso del grupo experimental, las diferencias corresponden a una puntuación menor en el post test, mientras que en el grupo control, las diferencias implican una puntuación mayor en la post-evaluación.

En la Tabla 5 se muestran los resultados del instrumento IDARE, en donde se puede observar que los resultados de las comparaciones del grupo control son estadísticamente signifi-

Tabla 3.  
Resultados del instrumento HADS en la prueba U de Mann-Whitney.

Instrumento	Condición	Grupos	MDN	U	p	r
IDARE (Estado)	Pre-evaluación	Control	32	12.50	.004	-.63
		Experimental	48.50			
	Post-evaluación	Control	45.50	25	.057	-.42
		Experimental	39.50			
IDARE (Rasgo)	Pre-evaluación	Control	36.50	37	.323	-.22
		Experimental	39			
	Post-evaluación	Control	39	42.50	.570	-.12
		Experimental	36.50			

Nota. Datos de la Mediana (MDN). Puntuaciones de la prueba U de Mann-Whitney (U) Significancia estadística  $p < 0.05$ ; tamaño del efecto r de Rosenthal (0.10 efecto pequeño; 0.30 efecto medio; 0.50 efecto grande).

Tabla 5.  
Resultados del instrumento IDARE en la prueba de rasgos con signo de Wilcoxon.

Instrumento	Grupos	Condición	MDN	Z	p	r
IDARE (Estado)	Control	Pre-evaluación	32	-2.70	.007	-.60
		Post-evaluación	45.50			
	Experimental	Pre-evaluación	48.50	-1.53	.126	-.34
		Post-evaluación	39.50			
IDARE (Rasgo)	Control	Pre-evaluación	36.50	-2.37	.018	-.53
		Post-evaluación	39			
	Experimental	Pre-evaluación	39	-1.12	.262	-.25
		Post-evaluación	36.50			

Nota. Datos de la Mediana (MDN). Puntuaciones de la prueba de rasgos con signo de Wilcoxon (Z) Significancia estadística  $p < 0.05$ ; tamaño del efecto r de Rosenthal (0.10 efecto pequeño; 0.30 efecto medio; 0.50 efecto grande).

cativas en las sub-escalas de estado y de rasgo, con un tamaño del efecto elevado y puntuaciones que van en incremento. En contraste, se observa que las diferencias no son estadísticamente significativas para el grupo experimental en la comparación de ambas sub-escalas; sin embargo, la comparación del grupo experimental en la sub-escala de estado indica un tamaño del efecto moderado.

A continuación, se presentan los resultados de los niveles de ansiedad obtenidos del registro diario, antes y después de la ejecución de las técnicas de respiración profunda e imaginación guiada. Para poder presentar los resultados, se realizó un promedio de los niveles de ansiedad registrados de las tres ejecuciones asignadas diariamente. Debido a cuestiones de espacio, se seleccionaron cuatro casos que permitan ejemplificar los diferentes procesos observados, denominados Paciente A, Paciente B, Paciente C y Paciente D.

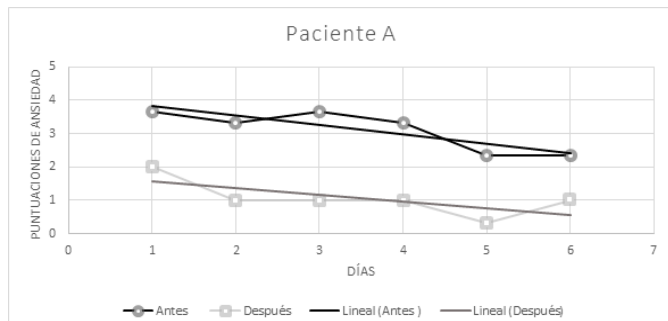


Figura 1. Promedio puntuaciones de ansiedad por día antes y después de realizar los ejercicios de respiración profunda e imaginación guiada, durante 6 días. Paciente A.

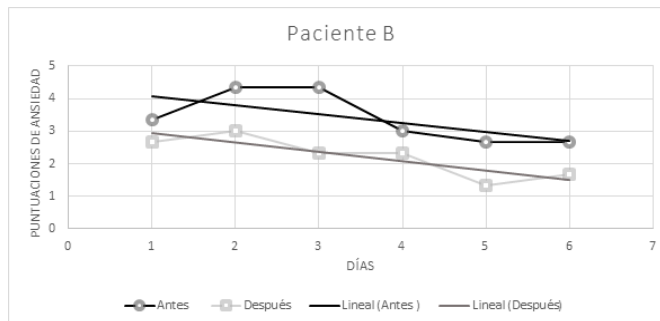


Figura 2. Promedio puntuaciones de ansiedad por día antes y después de realizar los ejercicios de respiración profunda e imaginación guiada, durante 6 días. Paciente B.

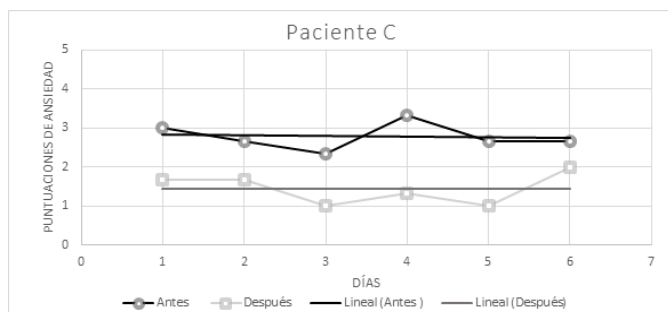


Figura 3. Promedio puntuaciones de ansiedad por día antes y después de realizar los ejercicios de respiración profunda e imaginación guiada, durante 6 días. Paciente C.

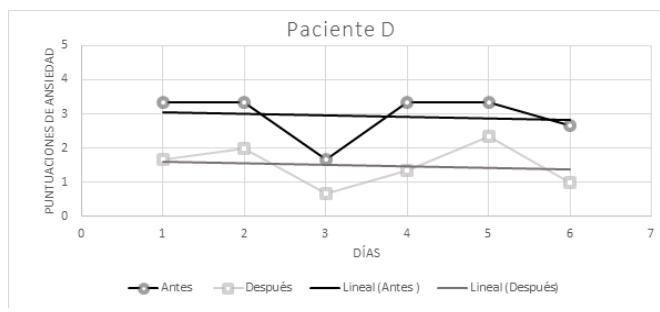


Figura 4. Promedio puntuaciones de ansiedad por día antes y después de realizar los ejercicios de respiración profunda e imaginación guiada, durante 6 días. Paciente D.

Como se puede observar en la Figura 1 los niveles de ansiedad de la Paciente A fueron disminuyendo a lo largo de los seis días de registro. Esta paciente registró un promedio máximo de 3.66 por día, y un mínimo de 2.33 previo a realizar los ejercicios, y un promedio máximo de 2 y un mínimo de 0.33, posterior a la ejecución de los ejercicios; de igual manera se observa una tendencia al decremento en los niveles de ansiedad a lo largo de las ejecuciones. La Figura 2 muestra un proceso similar respecto a la Paciente B, en la cual se observa un promedio máximo de 4.33 y un mínimo de 2.66, previo a realizar los ejercicios; y un promedio máximo de 3 y un mínimo de 1.33 en las puntuaciones de ansiedad posterior a la ejecución de los ejercicios.

Por otro lado, la Figura 3 ejemplifica un proceso diferente al mostrado anteriormente. Como se puede observar, las puntuaciones promedio de la Paciente C van de un máximo de 3.33 y un mínimo de 2.33 previo a realizar los ejercicios; a un promedio máximo de 2 y un mínimo de 1, posterior a la ejecución de los ejercicios; sin embargo, en este caso no se observa tendencia a la disminución de los niveles de ansiedad. Una situación similar se puede observar en la Figura 4, donde a pesar de que promedios de ansiedad diarios se observan con una mayor fluctuación en las puntuaciones, es mínima la tendencia a la reducción de ansiedad en la paciente D.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la efectividad de un tratamiento multicomponente para la reducción de ansiedad previo al procedimiento quirúrgico; al respecto, el grupo experimental presentó disminuciones en las puntuaciones de los instrumentos y mostró diferencias intra e inter grupos en los niveles de ansiedad de la escala HADS, estos cambios se asocian con la intervención y se apoyan en el tamaño del efecto que van de moderado a grande; sin embargo, no todas las comparaciones mostraron diferencias estadísticamente significativas. En casos como estos, valor de p en un contraste de hipótesis puede ser engañoso al momento de juzgar los hallazgos de una investigación (Branch, 2014), ya que el aceptar la hipótesis nula es sinónimo de que no existen diferencias, es decir, nada ha ocurrido (Cohen, 1992). Dado que el valor de p no indica la magnitud de una variable, y no es sinónimo de su relevancia (Cohen, 1994), reportar el tamaño del efecto permite interpretar la efectividad de una intervención (Coe, 2002), y en palabras de Kline (2002) es deseable que se reporte en todas las investigaciones, y más aún en el caso de aquellas donde no se evidencian diferencias estadísticamente significativas, ya que el hecho de que se rechace una hipótesis nula no significa que no haya efectos en los participantes.

Los resultados apoyan el argumento de que una intervención multicomponente breve basada en psicoeducación, respiración profunda e imaginación guiada resulta de utilidad en el contexto hospitalario. Estos resultados concuerdan con las intervenciones llevadas a cabo en contextos hospitalarios por el personal de enfermería (Álvarez et al., 2012; Bagés, et al., 2015; Carrascosa, Aguilar & Carrascosa, 2011), en los cuales ponderan el uso de las intervenciones educativas y psicoeducativas como un factor principal en los programas para la reducción de ansiedad prequirúrgica.

Por otro lado, el estudio de Becerra, Reynoso-Erazo, García y Ramírez (2016) guarda similitudes con el presente trabajo, ya que reportan efectividad al emplear el mismo conjunto de técnicas, en un contexto y con una población equiparable; aunque se enfoca en atender la ansiedad ante la toma de biopsia incisional, ésta es considerada como procedimiento médico invasivo y, por lo tanto, los hallazgos pueden ser contrastados. En ese sentido, los resultados del presente estudio aportan datos sobre la efectividad de las técnicas de psicoeducación, respiración e imaginación guiada para el manejo de la ansiedad dentro del contexto hospitalario en pacientes con cáncer de mama, como lo sugieren Carapia-Sadurni, Mejía-Terrazas, Nacif-Gobera y Hernández-Ordóñez (2011).

En los hallazgos de este estudio, es necesario discutir las diferencias iniciales entre los grupos; ya que como muestran las tablas de resultados, las diferencias en los niveles de ansiedad fueron significativas desde el inicio. Esto se debe a la selección de las participantes y la asignación a los grupos, como se describió en el procedimiento, los criterios de asignación se rigieron por la fecha de cirugía, esto quiere decir que aquellas pacientes con necesidad de atención psicológica, que no cumplían el criterio de temporalidad para la aplicación del protocolo, se atendieron de manera clínica fuera de éste, lo que generó un sesgo en el grupo control, ya que las características de las participantes que se incluyeron en este grupo, no representaban un riesgo inicial o aparente (ni psicológico ni médico) al momento de la evaluación inicial. A pesar de que esta situación pueda ser considerada una amenaza a la validez de los datos, el Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009) puntualiza la obligación del psicólogo a diferenciar entre los daños y beneficios derivados de sus métodos y procedimientos, así como predecir los posibles daños, por lo tanto, se ponderó el bienestar de las pacientes que requirieron atención psicológica, por encima de los intereses de la investigación (Del Río, 2005).

Pese a este sesgo inicial en las participantes asignadas al grupo control, sus puntuaciones mostraron el incremento de los niveles de ansiedad al paso del tiempo, a tal grado de representar un problema clínico en algunos casos, lo cual es un hallazgo para la investigación ya que se esperaba que el grupo control se mantuviera en los niveles iniciales. Ante esta situación, resulta complicado poder contrastar lo mencionado con otros autores, ya que diversos estudios centran sus argumentos en lo ocurrido con el grupo experimental, o bien, en el tiempo que se considera previo a la cirugía, que oscila entre 24 a 72 horas

(Quintero et al., 2017). Sin embargo, Aviado (2014) afirma que los pacientes se someten a diversos elementos ansiógenos antes de una intervención quirúrgica, entre ellos la cercanía de la cirugía; de manera similar, Bailey (2010) comenta que el tiempo de espera prolongado, en conjunto con información deficiente o inadecuada, pueden ser elementos fundamentales para la aparición e incremento de la ansiedad. Estos argumentos pueden dar una explicación a lo ocurrido con el grupo control; a pesar de que no se registraron de manera sistemática los elementos a los que se enfrentan los pacientes ante la programación de un procedimiento quirúrgico, estos factores son variados y pueden jugar un papel fundamental para comprender el incremento de los niveles de ansiedad al paso del tiempo, lo cual sugiere una línea de investigación para profundizar en las variables asociadas con la generación e incremento de la ansiedad prequirúrgica.

A pesar de que los resultados mostrados en el presente estudio pueden ser considerados como favorables para los objetivos planteados, es necesario hacer hincapié en aquellos aspectos que pueden ser mejorados en beneficio de la investigación y los pacientes. En primer lugar, hay que señalar el modo de selección de las participantes a cada uno de los grupos. Dentro de un contexto hospitalario resulta poco ético conjuntar un grupo control de personas con necesidades de atención, y aún más si estas necesidades pueden tener repercusiones en el bienestar físico y psicológico de las personas. Sin embargo, si se llegase a conseguir tal rigor metodológico, podría aportar resultados relevantes para la psicología. Por ende, se propone que en futuras investigaciones puedan llegar a ser ajustadas las condiciones de los grupos, de tal manera que ambos tengan características similares e igualdad de condiciones.

Del mismo modo, para futuras investigaciones, se recomienda no restar importancia de análisis a lo que ocurre con el grupo control. Dentro del ámbito hospitalario, los pacientes se enfrentan a diversas situaciones que son generadoras de ansiedad, por lo que elaborar un registro sistemático, podría aportar datos relevantes para comprender diversos fenómenos psicológicos y así brindar atención de mejor calidad a las personas con intervenciones psicológicas más efectivas.

Hallazgos como los reportados en este estudio, remarcan la importancia de contar con intervenciones psicológicas prequirúrgicas breves y eficaces, que permitan mejorar la preparación y adaptación de las personas al procedimiento, lo cual puede favorecer una condición post quirúrgica con un mejor afrontamiento.



## REFERENCIAS

- Alonso, J. (2005). Programa de preparación psicológica en cirugía infantil programada. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo Conductual*, 3(1), 56-70. Recuperado de: <http://files.sld.cu/anestesiologia/files/2012/08/programa-de-pre-preop-psicologica-ninos.pdf>
- Álvarez, E., Arrospide, A., Mar, J., Álvarez, U., Belaustegui, A., Lizaur, B., Larrañaga, A., & Arana, J. (2012). Efectividad de una intervención preoperatoria de enfermería sobre el control de la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. *Enfermería Clínica*, 22(1), 18-26. doi: 10.1016/j.enfcli.2011.09.005
- American Cancer Society. (2014). *Aspectos básicos sobre el cáncer*. Recuperado de: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/aspectosbasicossobreealcancer/que-es-el-cancer>
- Aviado, J. (2014). Measuring preoperative anxiety in patients with breast cancer using the visual analog scale. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(5), 489-491. doi: 10.1188/14.CJON.489-491
- Bagés, C., Lleixá, M., Español, C., Imbernón, G., Munté, N., & Vázquez, D. (2015). Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar. *Enfermería Global*, 14(3), 29-40.
- Bailey, L. (2010). Strategies for decreasing patient anxiety in the perioperative setting. *AORN Journal*, 94(4), 445-460. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2010.04.017>
- Becerra, A., Reynoso-Erazo, L., García, F., & Ramírez, A. (2016). Intervención cognitivo-conductual para el control de ansiedad ante la biopsia insisional en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología*, 13(1), 85-99. doi: 10.5209/rev\_PSIC.2016.v13.n1.52489
- Bernal-Ochoa, A. C., & González-Cáceres, P. I. (2020). *Ansiedad preoperatoria en pacientes oncológicos de área de cirugía del instituto de cáncer SOLCA-Cuenca* (Tesis de licenciatura). Recuperada de: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/9655>
- Bragado, C., & Fernández, A. (1996). Tratamiento psicológico del dolor y la ansiedad evocados por procedimientos médicos invasivos en oncología pediátrica. *Psicothema*, 8(3), 625-656. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=60>
- Branch, M. (2014). Malignant side effects of null-hypothesis significance testing. *Theory & Psychology*, 24(2), 256-277. doi: <https://doi.org/10.1177/0959354314525282>
- Caballo, V., & Mateos, P. (2000). El tratamiento de los trastornos de ansiedad a las puertas del siglo XXI. *Psicología Conductual*, 8(2), 173-215. Recuperado de: <http://funveca.org/revista/PDFespanol/2000/art01.2.08.pdf>
- Carapia-Sadurni, A., Mejía-Terrazas, G., Nacif-Gobera, L., & Hernández-Ordóñez, N. (2011). Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 34(4), 260-263. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2011/cma114e.pdf>
- Carrascosa, M., Aguilar, R., & Carrascosa, C. (2011). Disminución de ansiedad en paciente quirúrgico mediante una intervención de enseñanza individual. *Asociación Española de Enfermería en Urología*, 118, 13-17. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3724055>
- Caumo, W., Schmidt, A., Schneider, C., Bergmann, J., Iwamoto, C., & Adamatti, L. (2001). Risk factors for postoperative anxiety in adults. *Anaesthesia*, 56(8), 720-728. doi: 10.1034/j.1399-6576.2001.045003298.x
- Coe, R. (2002). *It's the Effect Size, Stupid. What effect size is and why it is important*. Recuperado de: <https://www.leeds.ac.uk/educol/documents/00002182.htm>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). New York: Lawrence Earlbaum Associates.
- Cohen, J. (1992). Cosas que he aprendido (hasta ahora). *Anales de Psicología*, 8(1-2), 3-17. Recuperado de: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/28521>
- Cohen, J. (1994). The earth is round ( $p < .05$ ). *American Psychologist*, 49(12), 997-1003. doi: <https://doi.org/10.1037/0003-066x.49.12.997>
- Colom, F. (2011). Psicoeducación, el litio de las psicoterapias. Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(5), 147-165. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80622316010>
- Del Río, C. (2005). *Guía de ética profesional en psicología clínica*. Madrid: Pirámide.
- Feixas, G., & Saldivar-Maldonado, P. (2010). Eficacia de la intervención psicológica en la reducción de la ansiedad pacientes quirúrgicos de banda gástrica ajustable. *Boletín de Psicología*, 99(8), 71-78. Recuperado de: <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N99-4.pdf>
- Fernández, A. (2010). *Eficacia de un tratamiento psicológico multicomponente de aplicación individual para jugadores patológicos de máquinas recreativas con premio* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, España.
- Field, A. (2017). *Discovering statistics using SPSS* (5th ed.). London: SAGE Publications, Ltd.
- Galindo, O., Meneses, A., Herrera, A., Caballero, M., & Aguilar, J. (2015). Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer: propiedades psicométricas. *Psicooncología*, 12(2-3): 383-392. doi: 10.5209/rev\_PSIC.2015.v12.n2-3.51016
- GLOBOCAN. (2012). *Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012*. Recuperado de: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>
- Global Cancer Observatory. (2020). *Cancer today*. Recuperado de: <https://gco.iarc.fr/today/home>
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W. (1999). *Análisis Multivariante*. Madrid: Prentice Hall.
- IBM Corp. (2019). *IBM SPSS Statistics for Mac, Versión 26.0* [software de cómputo]. IBM Corp., Armonk, NY.

- Jallo, N., Jeanne, R., Elswick R., & French, E. (2014). Guided Imagery for Stress and Symptom Management in Pregnant African American Women. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 1-14. doi: 10.1155/2014/840923
- Johnsen, E., & Lutgendor, S. (2001). Contributions of Imagery Ability to Stress and Relaxation. *Annals of Behavioral Medicine*, 23(4), 273-281. doi: 10.1093/brief-treatment/mhh019
- Kline, R., (2002). *Beyond significance testing*. Washington: American Psychological Association.
- Maldonado, J., & Arévalo, G. (2004). *Psicoeducación en salud*. Recuperado de: <http://www.psicopedagogia.com/psicoeducacion-en-salud>
- Markland, D., & Hardy, L. (1993). Anxiety, relaxation and anaesthesia for day-case surgery. *British Journal of Clinical Psychology*, 32(4), 493-504. doi: 10.1111/j.2044-8260.1993.tb01085.x
- Martínez-Monteaquedo, M., Inglés, C., Cano-Vindel, A., & García-Fernández, J. (2012). Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang. *Ansiedad y Estrés*, 18(2), 201-219. Recuperado de: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/35859/1/2012\\_Martinez-Monteaquedo\\_et\\_al\\_AnsiedadEstres.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/35859/1/2012_Martinez-Monteaquedo_et_al_AnsiedadEstres.pdf)
- National Cancer Institute. (2015). *¿Qué es el cáncer?* Recuperado de: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018a). *Enfermedades no transmisibles. Nota descriptiva*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018b). *Cáncer*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Pedrosa, I., Juarros-Basterretxea, J., Robles-Fernández, A., Basteiro, J., & García-Cueto, E. (2015). Pruebas de bondad de ajuste en distribuciones simétricas ¿qué estadístico utilizar? *Universitas Psychologica*, 14(1), 15-24. doi: 10.11144/Javeriana.upsy14-1.pbad
- Quintero, A., Yasnó, D., Riveros, O., Castillo, J., & Borrás, B., (2017). Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos. *Revista colombiana de Cirugía*, 32, 115:120. doi: <https://doi.org/10.30944/20117582.15>
- Ramírez, L., & Domínguez, B. (2011) Tratamiento psicológico del dolor por procedimientos en un paciente pediátrico oncológico. *Psicología y Salud*, 21(1), 65-71. Recuperado de: <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-21-1/21-1/Laura-Miriam-Ramirez-Zamora.pdf>
- Rivera-Fong, L., Rojas Castillo, E., Gálvez-Hernández, L., Méndez-Meneses, K. J., Aguilar-Ponce, J. L., Galindo Vázquez, O., & Riveros-Rosas, A. (2018). Ansiedad ante la cirugía en pacientes oncológicos: Revisión de su evaluación, factores de riesgo e intervención psicológica. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 9(2), 38. doi: <https://doi.org/10.22201/fesi.20070780.2017.9.2.68378>
- Roca, E. (2004). *Cómo superar el pánico: (con o sin agorafobia)*. España: Psicología (ACDE).
- Siegel, S. & Castellan, N. J. (1995). *Estadística no paramétrica, aplicada a las ciencias de la conducta* (4a. ed.). México: Editorial Trillas
- Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, J. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista malestar e subjetividade / fortaleza*, 3(1), 10-59. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v3n1/02.pdf>
- SINAIS/SINAVE/DGE/SALUD, (2011). *Perfil epidemiológico de los tumores malignos en México*. Recuperado de: <http://docplayer.es/11449544-Perfil-epidemiologico-de-los-tumores-malignos-en-mexico.html>
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2009). *Código ético del psicólogo*. 4a ed. México: Trillas.
- Spielberger, C., & Díaz-Guerrero, R. (1975). *IDARE Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado*. México: Manual Moderno.
- Stirling, L., Raab, G., Alder, E., & Robertson, F. (2007) Randomized trial of essential oils to reduce perioperative patient anxiety: feasibility study. *Journal of Advanced Nursing*, 60(5), 494–50. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04461.x
- Suinn, R. (1993). *Entrenamiento en manejo de la ansiedad*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Sukantarat, K., Williamson, R., & Brett, S. (2007) Psychological assessment of ICU survivors: a comparison between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the Depression, Anxiety and Stress Scale. *Anaesthesia*, 62(3), 239-243. doi: 10.1111/j.1365-2044.2006.04948.x
- Valenzuela-Millán, J., Barrera-Serrano, J., & Ornelas-Aguirre, J. (2010). Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. *Cirugía y Cirujanos*, 78(2), 151-156. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2010/cc102h.pdf>
- Viedma, M. (2008). *Mecanismo psicofisiológicos de la ansiedad patológica: implicaciones clínicas* (Tesis doctoral). Universidad de Granada, España.
- Zigmond, A., & Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x