

## Nivel de ansiedad versus autocuidados en el preoperatorio y postoperatorio del paciente con laringectomía total<sup>1</sup>

Clara Inés Flórez Almonacid<sup>2</sup>

Alfredo Jurado Ramos<sup>3</sup>

María-Aurora Rodríguez-Borrego<sup>4</sup>

Objetivo: estimar la prevalencia de ansiedad del paciente laringectomizado, en el preoperatorio y postoperatorio y su relación con el nivel de autocuidados. Método: investigación observacional de 40 pacientes con cáncer de laringe estadio IV. Se realizaron 3 observaciones: en el preoperatorio, a los 7 y 14 días del postoperatorio; en el periodo junio 2010 a diciembre de 2012. Se definieron dos niveles de autocuidados: autosuficientes y necesitar ayuda para las actividades de la vida diaria y derivadas del tratamiento; para evaluar la ansiedad se utilizó la escala de ansiedad hospitalaria de Zigmond (1983). Resultados: en el preoperatorio y postoperatorio los pacientes presentaron niveles elevados de ansiedad. En relación a los autocuidados, los pacientes autosuficientes presentaron en media niveles más bajos de ansiedad que los pacientes que necesitaban ayuda para realizar las actividades de la vida diaria y las derivadas de la cirugía, sin llegar a ser significativas estas diferencias. Conclusión: la ansiedad está presente en todo momento en el paciente con laringectomía y la disminución del déficit de autocuidados parece disminuirla sin terminar definitivamente con ella.

Descriptores: Neoplasias; Mucosa Laríngea; Laringectomía; Ansiedad; Trastornos de Adaptación; Actividades Cotidianas.

<sup>1</sup> Artículo parte de la tesis doctoral "Nivel de ansiedad versus nivel de autocuidados en el paciente laringectomizado", presentada a la Universidad de Córdoba, Córdoba, Andalucía, España.

<sup>2</sup> PhD, Profesor Asociado, Departamento de Enfermería, Universidad de Córdoba, Córdoba, Andalucía, España.

<sup>3</sup> PhD, Profesor Titular, Departamento de Medicina, Universidad de Córdoba, Córdoba, Andalucía, España.

<sup>4</sup> PhD, Profesor Titular, Departamento de Enfermería, Universidad de Córdoba, Córdoba, Andalucía, España.

## Introducción

El Cáncer de laringe es emocionalmente traumático, debido a la alteración de la imagen corporal y deterioro funcional como resultado tanto del cáncer como de su tratamiento quirúrgico; ya que los pacientes temen a un mal pronóstico, al dolor, a la disminución de la dignidad, la desfiguración física y al deterioro de la comunicación; la pérdida de esta función puede provocar sentimientos de vulnerabilidad, tristeza y miedo<sup>(1)</sup>

Por su parte, la ansiedad es una respuesta emocional o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos: displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del Sistema Nervioso Autónomo (SNA) y aspectos motores, que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos<sup>(2)</sup>. La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) estableció una etiqueta diagnóstica denominada Ansiedad, que se define como: "La sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta automática; sentimiento de aprehensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza"<sup>(3)</sup>

La morbilidad psicológica es a menudo subdiagnosticada, mientras que la mayoría de los pacientes son capaces de hacer frente a su angustia y adaptarse a los cambios que se producen, algunos experimenta mas angustia, ansiedad y depresión<sup>(4)</sup>. La prevalencia de la ansiedad en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello oscila en un amplio rango; varios autores han estimado que la prevalencia de ansiedad se sitúa entre 5% y 87%<sup>(4-6)</sup>.

A pesar de considerables avances en las técnicas quirúrgicas diseñadas para minimizar la disfunción y cambio de imagen en el postoperatorio, los resultados son traumáticos para el paciente<sup>(7-8)</sup>.

Algunos autores<sup>(1,9)</sup> han demostrado que la recuperación en la cirugía por cáncer de cabeza y cuello puede incluir debilitantes secuelas físicas, emocionales, sociales y de conducta a largo plazo, y que la ansiedad puede continuar aumentando de forma lineal después de que haya terminado el tratamiento.

Otro aspecto a destacar en el paciente con laringectomía total es que requiere de cuidados específicos derivados de la cirugía, que el enfermo debe aprender para su autocuidado diario. El paciente con laringectomía experimenta diversas modificaciones, ocasionando necesidades de autocuidado y déficit de autocuidado, que deben ser resueltos o compensados para prevenir las complicaciones, convivir con su enfermedad y desarrollarse de una forma adecuada,

incorporando a su vida diaria los autocuidados como herramienta fundamental para contribuir al mantenimiento de la salud y mejora de la calidad de vida<sup>(10-11)</sup>.

Analizando la información descrita parece haber escasez de investigaciones sobre las consecuencias psicológicas y el autocuidado de los enfermos con cáncer de laringe durante el preoperatorio y postoperatorio inmediato. Aunque varios estudios han examinado los aspectos psicosociales como la reacción ante el cáncer, amenaza de muerte, problemas de imagen corporal, los temores al tratamiento (cirugía, radiación y quimioterapia), la reacción de la familia ante el potencial cambio de imagen, los problemas sociales y profesionales, y las respuestas psicológicas como la ansiedad y la depresión de los enfermos con cáncer de laringe durante la quimioterapia/ radioterapia o durante el periodo de rehabilitación, sin embargo la investigación durante el tratamiento quirúrgico inmediato es escasa. Razón por la que se llevó a cabo el estudio que se presenta, en respuesta a la pregunta de si el paciente con mayores niveles de ansiedad tiene mayor déficit de autocuidados; y con el objetivo de estimar la prevalencia de ansiedad en el preoperatorio y postoperatorio inmediato en el paciente laringectomizado y su relación con el nivel de autocuidados.

El Marco de referencia en el cuidado de estos pacientes fue: la teoría general de Orem que está compuesta por la Teoría del Autocuidado (TAC), Teoría del Déficit del Autocuidado (TDAC) y Teoría de los Sistemas de Enfermería (TSE)<sup>(12-13)</sup>.

La teoría del Autocuidado de Orem tiene un desarrollo ordenado y sistemático que proporciona una valoración global del paciente que además permite el abordaje en cualquier etapa del cáncer; define el campo de actuación de la enfermera, el paciente y sus cuidadores, para la satisfacción de sus Demandas de Autocuidado<sup>(12)</sup>.

El Autocuidado (AC) es el conjunto de acciones que realiza la persona para controlar factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y su desarrollo posterior. Orem partió de la premisa de que todo individuo está en capacidad de satisfacer su autocuidado<sup>(12)</sup>. El Déficit de Autocuidado (DAC) explica la relación entre las capacidades y el poder del individuo para alcanzar los objetivos del AC. El déficit de autocuidado (DAC) no se refiere a una limitación específica, sino establece la relación entre lo que el individuo es capaz y la necesidad que posee. Cuando se establece el DAC, se realizan intervenciones profesionales de enfermería durante algún tiempo para compensarlo; a esto Orem lo llama Demanda Terapéutica de Autocuidado (DTAC)<sup>(12-13)</sup>.

Cuando existe el déficit de autocuidados (DAC), la enfermera logra compensarlo por medio del Sistema

de Enfermería (SE), que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo<sup>(12)</sup>.

## Método

Estudio observacional de pacientes con criterio médico quirúrgico de laringectomía total, con el diagnóstico final de carcinoma epidermoide de células escamosas (estadio T4), durante su estancia hospitalaria en la Unidad de Gestión Clínica de Otorrinolaringología de un Hospital de 3º nivel del sur de España, entre Junio de 2010 a diciembre del 2012. El tamaño de la muestra se calculó para la estimación de una proporción en poblaciones finitas, (tomando como referencia el número de pacientes con laringectomía total, en los años 2008-2009, ingresados en el hospital ámbito de estudio, que fueron en promedio 45 personas) con una prevalencia de 3.4% de cáncer de laringe en España, una precisión 2% y un nivel de confianza del 95%, el tamaño muestral fue de 40 casos; el muestreo se realizó de forma consecutiva al ingreso de los pacientes para intervención en el hospital ámbito de estudio.

Las variables estudiadas fueron: la ansiedad en el preoperatorio [ $t_0$ ], a los 7 [ $t_1$ ] y 14 [ $t_2$ ], días postquirúrgicos, datos demográficos [género, edad, estancia hospitalaria] hábito tabáquico [fumador, ex fumador (haber dejado de fumar un año antes del comienzo del estudio) y no fumador], consumo de alcohol [bebedor, ex bebedor (haber dejado de beber un año antes del comienzo del estudio) no bebedor], nivel de autocuidados [autosuficiente, necesita ayuda para las actividades de cuidado: déficit de autocuidados (si-no) ] y redes de apoyo [ si-no].

Para medir la ansiedad se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión de Zigmond (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)<sup>(14)</sup>, desarrollada para detectar trastornos ansiosos (subescala de ansiedad HADS-A) y depresivos en servicios hospitalarios no psiquiátricos, evitando la superposición con sintomatología por enfermedad física. Esta escala es un auto informe que consta de 14 ítems, de los cuales 7 de ellos miden ansiedad. El formato de respuesta es una escala Likert de 4 grados de frecuencia. Una de sus ventajas es que se contesta en corto espacio de tiempo. En la puntuación de la sub escala de ansiedad no se consideran casos si está entre 0-7 puntos, son casos dudosos con puntuación entre 8 y 10 y se consideran casos con puntuación entre 11 y 21 puntos. La subescala de ansiedad (HADS-A) contiene siete ítems que puntúan de 0 (nunca, normal) a 3 (continuo, muy intenso), considerando "caso definido" una puntuación de 11 o más. Sin embargo varios estudios sitúan el corte en diferentes puntos, refieren que una menor puntuación

de punto corte, proporciona propiedades óptimas para la detección de los problemas psicológicos<sup>(15)</sup>. En el presente estudio se consideró que en el punto de corte mayor de 8 los pacientes tenían ansiedad<sup>(15)</sup>. La subescala de ansiedad (HADS-A) fue validada en la población española, contando con una sensibilidad del 78% y especificidad del 74%<sup>(16)</sup>.

Para valorar las redes de apoyo se consideraron: si el paciente tuvo una persona para todo lo necesario, si ocasionalmente, solo para cosas concretas o no tenía redes sociales.

Para la medida del autocuidado se utilizó la teoría de Orem. Se definieron dos niveles de autocuidados: autosuficientes y necesitar ayuda para la realización de actividades (déficit de autocuidados), definidas operacionalmente como el desempeño de las actividades de la vida diaria (AVD) valoradas mediante el índice de Barthel<sup>(17)</sup>, que es un cuestionario heretoadministrado, el cual mide la capacidad de independencia en el autocuidado del paciente. Con un índice de fiabilidad alto (coeficiente alpha de Cronbach de 0.86-0.92. Su reproducibilidad es excelente, con coeficientes de correlación kappa ponderado de 0.98 intraobservador y mayores de 0.88 interobservador, consistencia interna, alfa de Cronbach de 0.86-0.92<sup>(18)</sup>. El índice de Barthel evalúa 10 actividades de la vida diaria: el desempeño al comer, bañarse, vestirse, alimentarse, en la micción, en el control del intestino, de la vejiga, en las transferencias de la silla, la de ambulación y al subir la escalera. La puntuación total oscila entre 0 y 100. La dependencia es leve con 91-99 puntos, moderada con 61 a 90, grave con 21 a 60 y total si resulta menor de 20<sup>(17)</sup>. En este estudio los pacientes se clasificaron según la puntuación en: autosuficientes si el índice Barthel era de 90-100; necesitan ayuda si el índice Barthel era de 21-90 y dependencia si el índice Barthel era menor de 21.

Las actividades de autocuidado específicamente relacionadas con el procedimiento quirúrgico se agruparon como independientes o con necesidad de ayuda para realizarlas; se valoraron mediante la clasificación de resultados de enfermería, con el resultado: aceptación del estado de salud, y con el indicador: realiza cuidados derivados de la cirugía: movilización de secreciones traqueo bronquiales (tos efectiva), cuidados del estoma (cura, cambio de cánula de traqueotomía), dormir semisentado, comunicarse por escrito y alimentación por sonda nasogástrica. Se clasificaron como independientes y necesidad de ayuda para realizar las actividades<sup>(19)</sup>.

El día del ingreso del paciente para la intervención quirúrgica, definido en este estudio como prequirúrgico ( $t_0$ ), se realizó una entrevista al paciente para proporcionarle una explicación detallada del propósito del estudio y solicitar

el consentimiento informado por escrito; si expresaba su acuerdo, se recogían los datos sociodemográficos, de filiación, antecedentes de enfermedad y tóxicos. A su vez, el paciente realizaba el autoinforme de la escala de ansiedad hospitalaria (HAD-A) y el autoinforme del nivel de autocuidados para las actividades de la vida diaria y las derivadas de la cirugía.

A los 7( $t_1$ ) y 14( $t_2$ ) días postoperatorios se realizaba nueva entrevista al enfermo a la vez que se revisaba el historial clínico, se valoraba el nivel de autocuidados (autosuficiencia o ayuda para las actividades de la vida diaria y las derivadas de la cirugía), se revaloraba la presencia de redes familiares y el paciente realizaba el autoinforme.

El protocolo de investigación fue aprobado por la comisión de ética de la Investigación del centro hospitalario. El estudio se llevó a cabo de acuerdo con los requerimientos expresados en la Declaración de Helsinki (revisión de Seúl, Octubre de 2008) y la legislación vigente en España, para el tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes, ajustándose a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y RD 1720/2007.

En el análisis estadístico las características del paciente se describen mediante frecuencias y porcentajes en el caso de variables cualitativas, o mediante la media, desviación típica (SD), máximo y mínimo en el caso de variable cuantitativa.

Para las variables ansiedad y nivel de autocuidados, al ser medidas en repetidas ocasiones en un mismo paciente (preoperatorio, a los 7 y 14 días postoperatorio), las técnicas de descripción y de análisis estadístico usado fueron técnicas para datos repetidos. Las variables cuantitativas se describen como diferencia de medias entre los diferentes momentos del estudio (entre  $t_0$ - $t_1$ - $t_2$ ), SD para las diferencias e intervalos de confianza al 95%, y las variables cualitativas se describen mediante las frecuencias y el cambio del estado de la categoría entre los distintos momentos del estudio. Las relaciones bivariantes entre las variables cualitativas de interés y la variable ansiedad y nivel de autocuidados se estudiaron mediante tablas de contingencia en cada momento clínico, prueba de chi-cuadrado o test exacto de Fisher (en los casos en el que el porcentaje de cruces con frecuencia esperada inferior a 5 fuese superior al 20%). Adicionalmente, para estudiar la variación o relación de las variables entre el prequirúrgico y a los 7 y 14 días postoperatorios se utilizó el Modelo de Estimación de Ecuaciones (GEE).

## Resultados

De los cuarenta pacientes con laringectomía total estudiados, 38 (95%) fueron hombres. La edad

promedio de todos fue de 61.73 (SD 11.08) años, donde la edad máxima fue de 82 y la mínima 42; siendo en los hombres de 61.8 años (SD 11.2) y en las mujeres de 59.0 (SD 8.48). La estancia hospitalaria en promedio fue de 18.5 (SD 4.8) días, con un mínimo de 14 y un máximo de 38; el 100% de los pacientes refirieron haber sido informados sobre la cirugía y sus consecuencias.

En la Tabla 1 se reflejan las características socio-económicas, clínicas y antecedentes de los pacientes en el preoperatorio.

Tabla 1 - Descripción socio-demográfica, y antecedentes en el preoperatorio de laringectomía (n=40). Córdoba, CAA, España, 2014

Variables	Categoría	N	%
Género	Hombre	38.0	95
	Mujer	2.0	5
Estudios	Primarios	28.0	70
	Secundarios	7.0	17.5
	Universitarios	1.0	2.5
	Otros	4.0	10
Estado Civil	Con pareja*	29.0	72.5
	Separado	8.0	20
	Soltero	3	7.5
Situación Laboral	Trabaja	17	42.5
	Parado	1	2.5
	Invalidez	3	7.5
	Jubilado	19	47.5
Ansiedad	No	12	30.0
	Si	28	70.0
Consumo Tabaco	No fuma	1	2.5
	Fumador	26	65
	Ex fumador	13	32.5
Consumo alcohol	bebedor	25	62.6
	No bebe	10	25
	Ex bebedor	5	12.5
Redes de apoyo	Si	38	95
	No	2	5
Nivel autocuidados	Autosuficiente	34	85
	Ayuda AVD*	6	15

\*Con pareja (casados, unión libre). \*AVD (Ayuda para las actividades de la vida diaria)

Inicialmente los pacientes presentaron en la sub escala de ansiedad hospitalaria (HAD-A), una puntuación media 9.325 (SD 3.392) mínimo 4 y un máximo 18. Los pacientes ingresaron con ansiedad y esta se incrementó a 7 días del postquirúrgico, descendiendo casi a los niveles del ingreso a los 14 días postquirúrgicos (Tabla 2).

Tabla 2 - Frecuencia y Porcentaje de pacientes con ansiedad (n=40). Córdoba, CAA, España, 2014

	Ansiedad	P
Preoperatorio ( $t_0$ )	28(70%)	
Postoperatorio 7 días ( $t_1$ )	39 (97.5%)	p=0.001
Postoperatorio 14 días ( $t_2$ )	29(72.5%)	p=0.001

En promedio la ansiedad aumento 2.175 puntos, entre el preoperatorio y los 7 días postoperatorios. Entre el día 7 y 14, la ansiedad disminuyó en media 1.925. Globalmente, en el intervalo [t<sub>0</sub>, t<sub>2</sub>], la ansiedad ascendió en 0.25. Los niveles de ansiedad fueron mayores entre el prequirúrgico y los 7 días, que en entre el 7º y 14ª día postquirúrgico (Tabla 3).

Tabla 3 - Diferencia en la ansiedad entre el preoperatorio y a los 7 y 14 días postoperatorios por laringectomía (n=40). Córdoba, CAA, España, 2014

	Media	SD	Intervalo de confianza 95%	
			Inferior	superior
Diferencias entre el t <sub>0</sub> y t <sub>1</sub> (t <sub>0</sub> - t <sub>1</sub> )	-2.17	2.65	-3.02	-1.32
Diferencias entre el t <sub>1</sub> y t <sub>2</sub> (t <sub>1</sub> -t <sub>2</sub> )	1.92	2.16	1.23	2.61
Diferencias entre el t <sub>0</sub> y t <sub>2</sub> (t <sub>0</sub> -t <sub>2</sub> )	-0.25	3.44	-1.35	1.35

Ansiedad Significación estadística entre (t<sub>0</sub>- t<sub>1</sub>) p=0.001 en entre (t<sub>1</sub>-t<sub>2</sub>) p=0.002

La variable ansiedad no se relacionó estadísticamente con el género, edad, situación laboral, consumo de tabaco, alcohol, nivel funcional, presencia de red familiar. En relación al nivel de autocuidados, al ingreso el 85% de los pacientes eran autosuficientes para realizar las actividades de la vida diaria, sin embargo a los 7 días postoperatorios el 97.5% necesitaban ayuda para la alimentación, movilización de secreciones, cuidados de la herida y de la cánula de laringectomía, comunicación, movilización y actividad. A los 14 días postoperatorios el 70% continuaba necesitando ayuda para el cambio de cánula (Tabla 4).

Tabla 4 - Frecuencia y porcentaje del nivel funcional de los pacientes, en el preoperatorio y postoperatorio por laringectomía. (n=40), Córdoba, CAA. España 2014

	Preoperatorio	Postoperatorio		P
		7 Días	14 Días	
Autosuficiente	34(85%)	1 (2.5%)	12(30%)	<0.0001*
Necesita ayuda	6(15%)	9(97.5%)	28(70%)	<0.0001†

Significación estadística Entre [t<sub>0</sub>-t<sub>1</sub>]

\* p <0.0001 Entre [t<sub>1</sub>-t<sub>2</sub>]

† p<0.0001

En el preoperatorio el 71.4% (n=25) de pacientes eran autosuficientes para realizar las actividades de la vida diaria (AVD) y a la vez presentaban ansiedad, por su parte a los 7 días postquirúrgicos el 97.2 % (n=35) necesitaba ayuda para los autocuidados como la higiene, movilización de secreciones traqueo bronquiales (aspiración vías respiratorias), cambio de cánula de traqueotomía, comunicarse por escrito y alimentarse por la sonda nasogástrica y continuaban presentando ansiedad; al igual que a los 14 días en que el 68.9% (n=21), necesitaba ayuda para los cuidados del traqueostoma y continuaba teniendo ansiedad aunque menos que a los 7 días. Los pacientes autosuficientes presentaron en media niveles más bajos de ansiedad que los pacientes que necesitaban ayuda para realizar las actividades de la vida diaria y las derivadas de la cirugía, sin llegar a ser significativas estas diferencias (Figura 1).

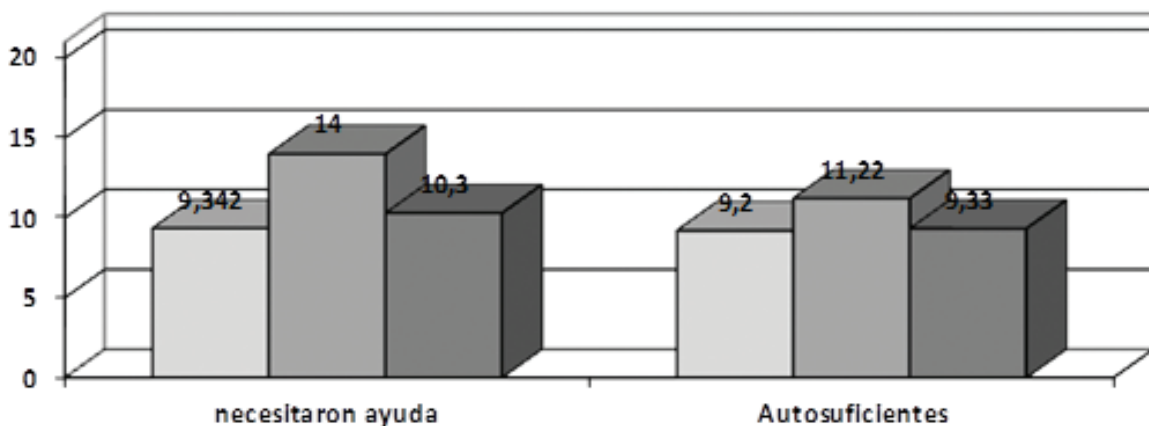


Figura 1 - Autocuidados y ansiedad en el preoperatorio y postoperatorio por laringectomía (n=40). Córdoba, CAA, España, 2014

## Discusión

Los resultados del presente estudio han de tomarse con cautela, dado que el tamaño de la muestra limita el peso de los datos obtenidos; si bien las escasas investigaciones al respecto de los niveles de ansiedad en el postoperatorio inmediato de laringectomía total apoyan su publicación.

Algunos estudios<sup>(7-9)</sup> han demostrado que la prevalencia de ansiedad en pacientes con cáncer en general es alta. Sin embargo, la prevalencia difiere ampliamente, con cifras que van del 5% hasta el 87%; ésta variedad puede deberse a diferencias metodológicas como el uso de diferentes instrumentos, diferentes puntos de corte, al estadio del cáncer, diferentes tipo de diagnósticos de cáncer o la etapa en que fue realizada la evaluación. Aunque aparentemente contradictorios algunos estudios, incluyendo meta-análisis, han demostrado que en comparación con una población general la prevalencia de la ansiedad en pacientes con cáncer es menor<sup>(5-6)</sup>

El presente estudio ha puesto en evidencia que los pacientes en el periodo preoperatorio tienen un alto nivel de ansiedad que ni decrece ni se ve marcadamente aumentada en el postoperatorio. La elevada prevalencia de ansiedad preoperatoria encontrada fue similar a la de recientes estudios<sup>(8,20)</sup>. Sin embargo en otros estudios la prevalencia es baja no superando el 50%<sup>(21-22)</sup>.

En relación a la presencia de ansiedad en el postoperatorio hay escasez de estudios, estos generalmente se han realizado en pacientes en radioterapia; en la mayoría de ellos han utilizado mediciones de duración determinada que no consideran la variación del tiempo y sus efectos.

En la presente investigación el aumento de la ansiedad no se relacionó estadísticamente con ninguna de las variables estudiadas, si bien es de relevancia clínica que los pacientes que presentaban ansiedad en el preoperatorio, probablemente condicionada por el diagnóstico, a los 7 días postoperatorios, presentaron niveles aún más altos de ansiedad y se detectó disminución de las actividades relacionadas con el autocuidado; en cambio a los 14 días postoperatorios los niveles de ansiedad disminuyeron y las actividades relacionadas con el autocuidado se incrementaron. Parece haber concordancia con autores<sup>(10-11)</sup> que indican que la ansiedad disminuye en los pacientes quirúrgicos de cáncer de cabeza y cuello, en momento punto específico en el tiempo (5º día postoperatorio). Por su parte, el aumento en el cuidado personal precede a la reducción de la ansiedad. El autocuidado y la ansiedad se han correlacionado significativamente en los días 4 y

5 postoperatorios, existiendo relación entre la ansiedad y los autocuidados; mayor nivel de autocuidados menor nivel de ansiedad.

En la primera semana postoperatoria la mayoría de los pacientes necesitan ayuda para las AVD, no tienen voz, tienen problemas para la comunicación, presencia de cánula de laringectomía y abundantes secreciones, edema en cuello, drenajes, líquidos parenterales y aparición de los tapones mucosos que obstruyen la cánula con la sensación de falta de aire, sin embargo a los 14 días, los niveles de ansiedad y de ayuda para las AVD disminuyeron, los pacientes habían retomado los autocuidados de la vida diaria y habían desarrollado las capacidades para la mayoría de los autocuidados derivados de la cirugía, exceptuando los cuidados de la cánula de laringectomía, para los cuales seis de cada diez pacientes necesitaban ayuda para sus cuidados.

Este estudio pone de manifiesto que es el diagnóstico de cáncer de laringe el que produce la ansiedad, si bien, parece que los autocuidados contribuyen a disminuir los niveles de la misma. La alta prevalencia de ansiedad encontrada en el preoperatorio y postoperatorio del paciente laringectomizado sugiere que se precisa en la atención a este tipo de pacientes de un abordaje multiprofesional para atender adecuadamente las complejas necesidades psicológicas de estos pacientes y sus familias.

## Conclusión

Los resultados obtenidos en este estudio sobre prevalencia de ansiedad en el preoperatorio y postoperatorio inmediato en los pacientes laringectomizados, y su relación con el nivel de autocuidados, indican que la ansiedad está presente en todo momento en los pacientes con laringectomía total.

## Agradecimientos

A los pacientes, familias, médicos y personal de enfermería de la unidad clínica de otorrinolaringología

## Referencias

1. Moore KA, Ford PJ, Farah CS. "I have quality of life... but...": Exploring support needs important to quality of life in head and neck cancer. *Eur J Oncol Nurs*. 2014 Apr;18(2):192-200.
2. Torrents R, Ricart M, Ferreira M, López A, Renedo L, Lleixà M, et al. Ansiedad en los cuidados. Una mirada desde el modelo de Mishel. *Index Enferm*. 2013;22(1-2):60-4.

3. NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2010. p. 235-6.
4. Haisfield-Wolfe ME, McGuire DB, Soeken K, Geiger-Brown J, De Forge BR. Prevalence and correlates of depression among patients with head and neck cancer: a systematic review of implications for research. *Oncol Nurs Forum*. 2009;36(3):E107-25.
5. Deng YT, Zhong WN, Jiang Y. Measurement of distress and its alteration during treatment in patients with nasopharyngeal carcinoma. *Head Neck*. 2014;36(8):1077-86.
6. Lue BH, Huang TS, Chen HJ. Physical distress, emotional status, and quality of life in patients with nasopharyngeal cancer complicated by post-radiotherapy endocrinopathy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2008;70(1):28-34.
7. Johansson M, Rydén A, Finizia C. Mental adjustment to cancer and its relation to anxiety, depression, HRQL and survival in patients with laryngeal cancer - A longitudinal study. *BMC Cancer*. 2011;30(11):283-92.
8. Singer S, Krauss O, Keszte J, Siegl G, Papsdorf K, Severi E, et al. Predictors of emotional distress in patients with head and neck cancer. *Head Neck*. 2012; 34(2):180-7.
9. Yang HC1, Wang LF, Chang JT, Fang F. [The health-related quality of life and bio-psycho-social adaptation effects in patients with head and neck cancer: a longitudinal study]. *Hu Li Za Zhi*. 2013;60(5):41-52.
10. Erickson JM, Kim SL, Jenna KJ, Davis MA. Self-Care Strategies to Relieve Fatigue in Patients Receiving Radiation Therapy. *Clin J Oncol Nurs*. 2013;17(3):19-24.
11. Dropkin MJ. Anxiety, coping strategies, and coping behaviors in patients undergoing head and neck cancer surgery. *Cancer Nurs*. 2001;24(2):143-8.
12. López AL, Guerrero S. Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. *Invest. Educ. Enferm*. 2006;(24)2:90-100.
13. Santos R, Varez P, Abril S, Rocabert L, Ruiz M, Mañé B. Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. *Enferm Clin*. 2006;16(4):218-21.
14. Zigmond A, Snaith P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-70.
15. Singer S, Danker H, Dietz A, Hornemann B, Koscielny S, Oeken J, et al. Screening for mental disorders in laryngeal cancer patients: a comparison of 6 methods. *Psychooncology*. 2008;17(3):280-6.
16. Quintana JM, Padierna A, Esteban C, Arostegui I, Bilbao A, Ruiz I. Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 2003;107(3):216-21.
17. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the BARTHEL index. *Md State Med J*. 1965;14:61-5.
18. Cid Ruzafa J, Damián Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública*. 1997;71:127-37.
19. Hospital Universitario Reina Sofía (ES). Dirección de Enfermería. Catálogo de planes de Cuidados de Enfermería: Manual [Internet]. Córdoba; 2015. [Acceso 1 out 2015]. Disponible em: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/index.php?id=catalogo\\_planes\\_cuidados](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/index.php?id=catalogo_planes_cuidados).
20. Tang Y, Luo D, Rong X, Shi X, Peng Y. Psychological Disorders, Cognitive Dysfunction and Quality of Life in Nasopharyngeal Carcinoma Patients with Radiation-Induced Brain Injury. *PLoS One*. 2012;7(6):e36529.
21. Artal SR, Collado JI, Sebastián JM, Bondia A, Valles H. Valoración del grado de afectación sobre la salud psíquica en el paciente prelaríngectomizado. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2011;62(3):220-7.
22. Neilson KA, Pollard AC, Boonzaier AM, Corry J, Castle DJ, Mead KR, et al. Psychological distress (depression and anxiety) in people with head and neck cancers. *Med J Aust*. 2010 Sep 6;193(5 Suppl):S48-51.

Recibido: 3.4.2015

Aceptado: 26.11.2015

## Correspondencia:

Clara Inés Flórez Almonacid  
 Universidad de Córdoba. Facultad de Medicina y Enfermería.  
 Departamento de Enfermería  
 Edificio Sur  
 14004, Córdoba, Andalucía, España  
 E-mail: en1flalc@uco.es

**Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.