

El efecto de la escucha terapéutica sobre la ansiedad y los miedos de pacientes quirúrgicos: ensayo clínico aleatorizado¹

Ana Cláudia Mesquita Garcia²
Talita Prado Simão-Miranda³
Ana Maria Pimenta Carvalho⁴
Paula Condé Lamparelli Elias⁵
Maria da Graça Pereira⁶
Emília Campos de Carvalho⁴

Objetivo: Investigar el efecto de la escucha terapéutica sobre la ansiedad-estado y los miedos de pacientes relativos a la cirugía de cáncer colorrectal en el preoperatorio. **Método:** Se trata de un ensayo clínico, aleatorizado y controlado, realizado entre 50 pacientes designados aleatoriamente para el grupo intervención (escucha terapéutica) (n=25) o para el grupo control (n=25). El estudio evaluó los cambios en los niveles de ansiedad de las variables ansiedad-estado, miedos relativos a la cirugía y variables fisiológicas (alfa-amilasa salival, cortisol salival, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y presión arterial). **Resultados:** Al comparar las variables entre los grupos control e intervención en los momentos pre y post-intervención, se constataron diferencias en el grupo control para las variables cortisol (p=0,043), frecuencia cardiaca (p=0,034) y miedos relacionados a la cirugía (p=0,030), con reducción de los valores de esas variables. **Conclusión:** No hubo reducción en los niveles de las variables ansiedad-estado y miedos relacionados a la cirugía derivado de la realización de la escucha terapéutica, ya sea mediante indicadores fisiológicos o psicológicos. Sin embargo, la acogida propiciada por la investigadora en la colecta de datos, sin estímulo reflexivo a la situación, podría haber generado los resultados del grupo control. Registro de Ensayo Clínico: NCT02455128.

Descriptor: Relaciones Interpersonales; Atención de Enfermería; Ansiedad; Miedo; Cuidados Preoperatorios; Neoplasias Colorrectales.

¹ Artículo parte de tesis de doctorado "La influencia de la escucha terapéutica sobre la ansiedad y los temores relacionados con la cirugía en pacientes sometidos a cirugía antes de la cirugía colorrectal: ensayo clínico randomizado", presentada en la Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Apoyo financiero de lo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, proceso nº 305531/2013-1.

² PhD, Profesor Adjunto, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, Brasil.

³ Estudiante de doctorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Becaria de lo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

⁴ PhD, Profesor Senior, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁵ PhD, Médica, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁶ PhD, Profesor Asociado, Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Cómo citar este artículo

Garcia ACM, Simão-Miranda TP, Carvalho AMP, Elias PCL, Pereira MG, Carvalho EC. The effect of therapeutic listening on anxiety and fear among surgical patients: randomized controlled trial. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e3027. [Access ____-____-____]; Available in: _____. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2438.3027>.

mes día año

URL

Introducción

Las muertes globales debidas al cáncer aumentaron el 57% entre los años 1990 y 2013⁽¹⁾. Una de las principales clases de cáncer que termina en fallecimiento, es el colorrectal, aunque la mayoría de los casos pueda tratarse quirúrgicamente⁽²⁾. La hospitalización para la realización de cirugías puede ser vista como un factor generador de ansiedad y miedo en los pacientes, ya que los procedimientos quirúrgicos aliados a la internación del individuo representan una amenaza para el enfermo y su familia debido a las alteraciones físicas que conllevan reacciones psicológicas y sociales procedentes de tal situación⁽³⁻⁴⁾. El cuadro se agrava cuando se trata de un paciente que va a ser sometido a una cirugía oncológica, ya que el cáncer trae consigo un sufrimiento clínicamente significativo⁽⁵⁾.

La ansiedad preoperatoria es una preocupación constante, que trae efectos deletéreos en la recuperación del paciente y puede acarrear muchos problemas como, por ejemplo, utilización de agentes anestésicos, aumento del dolor en el postoperatorio y hospitalización prolongada⁽⁶⁾. De acuerdo con la literatura, la presencia de un sentimiento de miedo en el preoperatorio está asociada a índices más altos de dolor, mala recuperación global, peor calidad de vida y menor vitalidad después de la realización de la cirugía⁽⁷⁻⁸⁾.

Las habilidades para administrar respuestas emocionales negativas y síntomas angustiantes como la ansiedad y el miedo, son esenciales para la calidad de vida de un paciente con cáncer. Hay indicios de que intervenciones psicoterapéuticas pueden contribuir a la reducción del sufrimiento emocional y a la mejora de la calidad de vida en personas con cáncer⁽⁹⁾. Es posible manejar la ansiedad y el miedo como síntomas y no como trastornos que exigirían tratamientos de efectos más duraderos, mediante una intervención breve⁽¹⁰⁾. Esto puede lograrse a través de diferentes acciones comprobablemente eficaces para la reducción de las comorbilidades psicológicas, como, por ejemplo, la escucha terapéutica, también conocida como escucha activa⁽¹¹⁾, que puede ser realizada por enfermeros⁽¹²⁾.

La escucha terapéutica es un recurso comunicacional que puede ser de mucho valor en la acción de ayudar⁽¹³⁾. Está caracterizada por el conjunto de interacciones que se desarrollan en la relación entre el profesional y el paciente cuando éste tiene la oportunidad de abordar libremente sus aprensiones. Es un proceso por el cual el profesional busca ayudar al paciente a aliviar su ansiedad y a aumentar su capacidad adaptativa⁽¹⁴⁾. Con el intuito de utilizar la escucha como soporte para la comunicación terapéutica, este estudio tuvo como base el modelo de Enfoque Centrado en la Persona⁽¹⁵⁾.

Pese a ser reconocido el valor terapéutico de la escucha⁽¹⁶⁾, los estudios sobre esta temática aún son escasos⁽¹⁷⁾, motivo que ocasionó la búsqueda de su efecto en una situación específica, el preoperatorio, durante el proceso terapéutico del cáncer colorrectal. La importancia de este trabajo está relacionada con la necesidad de un estudio que amplíe el conocimiento y la discusión sobre la utilización de la escucha terapéutica como una manera de reducir la ansiedad y los miedos relativos a la cirugía, sentimientos comprobadamente presentes en pacientes que son sometidos a un procedimiento quirúrgico. El objetivo de este estudio fue investigar el efecto de la escucha terapéutica sobre la ansiedad-estado y sobre los miedos relacionados con la cirugía en el preoperatorio de pacientes prestes a una cirugía de cáncer colorrectal. Con este fin, se compararon en ambos momentos del estudio (pre y post-intervención), así como entre los grupos control (GC) e intervención (GI), las variables fisiológicas (cortisol y amilasa salival, frecuencias cardíaca, respiratoria y presión arterial) y las psicológicas (puntuaciones de la ansiedad-estado y de los miedos relativos a la cirugía) asociadas a los sentimientos de ansiedad y miedo.

Método

Se trata de un ensayo clínico controlado, aleatorizado, prospectivo, paralelo, de tipo abierto y de asignación igualitaria (1:1).

Los participantes del estudio estaban hospitalizados en la clínica quirúrgica de un hospital universitario ubicado en el interior de São Paulo (Brasil) para tratamiento quirúrgico de cáncer colorrectal. Para el cálculo del tamaño de la muestra, se optó por el uso de la escala numérica Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). Considerando que se deseaba detectar una diferencia de 10 puntos (δ) en el puntaje del Inventario de Ansiedad Estado (IDARE-E), con un nivel de significación del 5% ($z_{1-\alpha}=1,96$) y un poder del 80% ($z_{1-\beta}=1,96$); el resultado obtenido fue 25 individuos para cada grupo. Las informaciones relacionadas con las variaciones de los grupos se obtuvieron mediante la prueba de procedimientos, asumiendo una correlación de 0,5.

Los participantes eran elegibles para inclusión si (a) eran mayores de 18 años, (b) estaban hospitalizados para realizar la cirugía colorrectal oncológica, (c) no estaban haciendo otra clase de tratamiento contra el cáncer, (d) no participaban de otra investigación, (e) tenían un nivel de educación que les permitía leer e interpretar los instrumentos utilizados en el estudio, todos auto aplicables, (f) estaban clínicamente bien y/o estables (puntaje menor o igual a 3 por la escala ECOG,

Eastern Cooperative Oncology Group), y (g) presentaban puntuación de ansiedad-estado mayor o igual a 25 por el IDARE-E en el primer abordaje, que había sido realizado de forma independiente y con anterioridad a la colecta de datos del momento pre-intervención. El punto de corte de 25 establecido para el IDARE -E está basado en los hallazgos de un estudio sobre los efectos de terapias complementarias en los resultados clínicos de pacientes tratados con radioterapia para cáncer de próstata⁽¹⁸⁾.

Los criterios de exclusión fueron: (a) ser portador de trastornos psiquiátricos (identificación realizada por medio de consulta al prontuario médico del paciente), (b) presentar metástasis y (c) estar usando medicamentos que contengan corticoide.

El criterio de discontinuidad adoptado para este estudio durante el proceso de recolección de datos, estaba relacionado a pacientes que pasaban por los procedimientos necesarios para la realización de la cirugía, como, por ejemplo, la preparación del tracto intestinal. Tales pacientes serían descontinuados del estudio.

En el GI, los pacientes recibían la información que tendrían 30 minutos para hablar con la encuestadora sobre su experiencia acerca de la hospitalización para el tratamiento del cáncer (preocupaciones, miedos, dudas o cualquier otro asunto sobre el cual el paciente quisiera tratar). La interacción se iniciaba con la siguiente pregunta orientadora: "¿Cómo ha sido su experiencia con relación a la hospitalización para el tratamiento de su enfermedad?". Antes de finalizar el procedimiento de la escucha terapéutica, se realizaba la siguiente pregunta al paciente: "¿Hay alguna cosa más de la que a usted le gustaría hablar?". En el GC, se les informaba a los pacientes que tendrían algunos datos recolectados. Posteriormente, la investigadora se ausentaría por 30 minutos y, después de dicho intervalo, volvería para concluir la encuesta.

Los datos se recogieron durante el período comprendido entre agosto de 2014 y octubre de 2015. Los horarios de recolección habían sido estipulados previamente, de acuerdo con la rutina de servicios del hospital. Los participantes fueron admitidos en una enfermería de cirugía preoperatoria, la mañana del día anterior a la realización de la cirugía. La recolección de datos ocurrió el día de admisión de los pacientes, que fueron invitados a participar del estudio, después de ser informados sobre el objetivo de la investigación.

La recolección de datos se desarrolló en tres momentos: primer abordaje, momento pre-intervención y momento post-intervención. En el primer abordaje, realizado a las 8h, tras comprobar si los pacientes estaban aptos o no para participar del estudio de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión, se

aplicó el cuestionario para la caracterización de los participantes y el IDARE. Después de dos horas y media, en el segundo momento del estudio (pre-intervención), se recogieron los siguientes datos: muestras de saliva para analizar el cortisol y el alfa amilasa salival (AAS), frecuencia cardíaca (FC) y respiratoria (FR), presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD), ansiedad-estado y miedos relacionados a la cirugía. Una hora después del momento pre-intervención, estas mismas variables fueron recolectadas en el tercer y último momento del estudio (post-intervención), luego de la realización de la intervención en el GI y el intervalo en el GC. Para comprobar la presencia del ritmo circadiano del cortisol en los participantes, se recolectaron dos muestras de saliva, a las 8h y a las 23h, el día anterior a la realización de la cirugía. La verificación del ritmo circadiano del cortisol tuvo como objetivo identificar si los participantes de este estudio, pacientes portadores de cáncer, presentarían diferencias en este ritmo.

Los participantes fueron aleatorizados en dos grupos: control e intervención. Para ello, una persona que no formaba parte de las actividades desarrolladas en esta investigación creó una lista aleatorizada en Excel 2007, la cual contemplaba el GC o el GI. Las fichas que contenían las descripciones "Grupo intervención" o "Grupo Control" fueron colocadas cada una en sobres marrones, lacrados y abiertos por la investigadora principal luego de la colecta de datos en el momento pre-intervención, quien decidió a qué grupo sería destinado el paciente. Los propios pacientes respondieron los instrumentos utilizados en este estudio y la investigadora recogió los datos referentes a las variables fisiológicas.

Durante el período de la recolección de datos hubo dos desistimientos y cinco individuos fueron descontinuados de la investigación por realización de actividades de cuidado de rutina del hospital durante la recolección de datos. En total, 50 participantes llegaron al final del estudio (Figura 1).

Para la colecta de datos, se utilizaron los siguientes instrumentos:

Cuestionario sociodemográfico: los datos sociodemográficos recogidos fueron edad, sexo, nivel de escolaridad, estado civil, ingreso familiar mensual y religión;

Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado: la ansiedad se evaluó mediante el IDARE⁽¹⁹⁾, validado en el Brasil⁽²⁰⁾. Este instrumento presenta 40 ítems de los cuales 20 evalúan la ansiedad-rasgo y 20, la ansiedad-estado en constructos distintos. Al responder el cuestionario, el individuo debe tener en cuenta una escala Likert de cuatro ítems que varían de 1 (en absoluto) a 4 (muchísimo). La puntuación de cada parte oscila entre 20 y 80 puntos, siendo que los puntajes pueden indicar

grado bajo de ansiedad(20-30), grado mediano de ansiedad (31-49) y alto grado de ansiedad (mayor o igual que 50). Con respecto a la confiabilidad del IDARE, en el primer abordaje, los resultados fueron $\alpha=0,89$ para el IDARE-E y $\alpha=0,83$ para el Inventario de Ansiedad Rasgo (IDARE-R), valores considerados aceptables para esta investigación⁽²⁰⁾;

Escala de Miedos Relativos a la Cirugía (EMRC): los miedos relacionados a la cirugía se midieron por medio de la EMRC, validada por las investigadoras con la debida autorización de la autora del instrumento, para poder ser utilizada en este estudio. La escala evalúa los temores quirúrgicos por medio de 8 afirmaciones descriptivas agregadas en dos sub-escalas: "miedo de consecuencias inmediatas de la cirugía" (5 ítems) y "miedo a las consecuencias a largo plazo de la cirugía" (3 ítems). La puntuación de cada ítem varía de 0 a 10, de modo que, para calcular el puntaje total de la escala, la suma de las puntuaciones de cada ítem debe ser dividida por el número de ítems del instrumento. De esta manera, los valores más altos reflejan niveles más elevados de miedo⁽²¹⁾. Acerca de la confiabilidad

de la EMRC, considerando el puntaje total de la escala de ambos grupos en el momento pre-intervención, el resultado fue $\alpha=0,77$, valor considerado aceptable para este estudio⁽²²⁾.

Respecto de las variables fisiológicas, la FC y la PAS/PAD se midieron con el monitor portátil de presión arterial y de frecuencia cardíaca Omron® (Japón). La FC se identificó por el conteo de los movimientos respiratorios torácicos durante el 8 período de 1 minuto. Para la colecta de saliva se utilizó el Tubo Salivette® (Sarstedt - Alemania) y un hisopo de algodón para determinar el cortisol salival. El análisis de las muestras se realizó con el Kit de Inmunoensayo Enzimático de Cortisol Salival de Alta Sensibilidad (1-3002; Salimetrics LLC, State College, PA), método ELISA/EIA. Para la colecta y análisis de la saliva, se utilizó un sistema constituido por una cinta de test descartable y un analizador portátil, el Cocoro Meter® (Nipro Corporation - Japón) con el fin de identificar la AAS.

Los datos obtenidos a partir de los instrumentos de la investigación se digitalizaron doblemente y se organizaron en una planilla electrónica con el programa

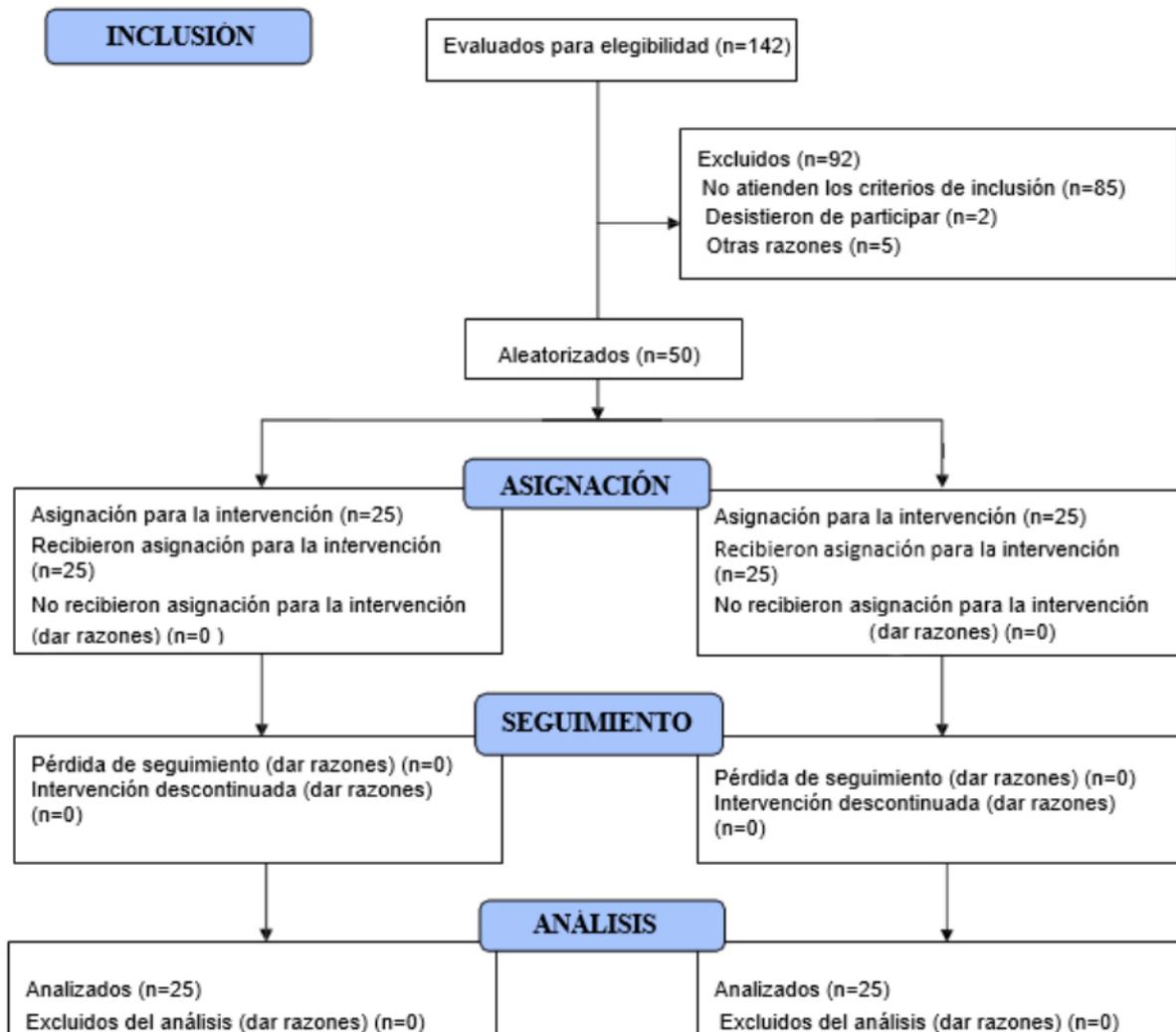


Figura 1 - Flujograma CONSORT 2010

Microsoft Office Excel 2007. A continuación, esta planilla se exportó al programa estadístico IBM SPSS versión 22, en el que se realizaron todos los análisis estadísticos de este estudio.

Las variables para la caracterización sociodemográfica de la muestra fueron examinadas a partir de estadística descriptiva, con análisis de distribuciones y frecuencias. La distribución de los datos se comprobó con la Prueba de Shapiro-Wilk. Todas las variables presentaron distribución no normal, de modo que se optó por la estadística no paramétrica para la realización de los demás análisis y se consideraron significativos los valores $p \leq 0,05$.

Para la comparación intragrupos de las variables fisiológicas, ansiedad-estado y miedos relacionados a la cirugía en los momentos pre y post-intervención, se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney; para la comparación intergrupos, se usó la prueba no paramétrica de Wilcoxon para medidas repetidas en dos momentos.

La investigación fue aprobada por los Comités de Ética de Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto y del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto (CAAE 11683313.9.0000.5393) y quedó registrada en la plataforma de Ensayos Clínicos (Clinical Trials, NCT02455128). Después de haberseles notificado a los participantes sobre el estudio, se les explicó también acerca del anonimato y de la confidencialidad de los datos y enseguida, firmaron el Consentimiento Previo, Libre e Informado.

Resultados

La edad promedio de los participantes del GI fue 58 años de edad ($dp = 11$) y del GC, 57 años ($dp = 15$). Los participantes, en su mayoría, eran de baja escolaridad (primario incompleto y completo), casados, católicos, con ingresos familiares mensuales entre uno y tres sueldos mínimos (Tabla 1).

Se comprobó la equivalencia de los grupos en el momento pre-intervención con relación a las variables AAS, cortisol, FC, FR PAS, PAD, ansiedad-estado y miedos relacionados con la cirugía. Cabe resaltar que la equivalencia entre los grupos intervención y control en el momento pre-intervención con relación a las variables de interés (AAS, cortisol, FC, FR, PAS, PAD, ansiedad-estado y miedos relativos a la cirugía) se comprobó con la prueba de U de Mann-Whitney y no se encontraron diferencias significativas entre los grupos. Los promedios de las variables analizadas en los momentos pre y post-intervención pueden visualizarse en la Tabla 2.

Tabla 1 – Características sociodemográficas de pacientes durante el preoperatorio de cirugía oncológica colorrectal. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2015

Variables	n%	
	GC*	GI†
Sexo		
Masculino	11 (44)	11 (44)
Femenino	14 (56)	14 (56)
Nivel de escolaridad		
≤ 4 años de estudio	9 (36)	15 (60)
5 - 11 años de estudio	14 (56)	9 (36)
> 11 años de estudio	2 (8)	1 (4)
Estado civil		
Soltero	5 (20)	3 (12)
Casado	13 (52)	17 (68)
Divorciado/viudo	7 (28)	5 (20)
Ingreso familiar mensual (sueldo mínimo‡)		
1	2 (8)	6 (24)
2 – 3	17 (68)	17 (68)
4 – 5	4 (16)	1 (4)
6 – 10	2 (8)	0
Sin ingresos	0	1 (4)
Religión		
Católica	18 (72)	15 (60)
Protestante / Espiritista y otras	6 (24)	8 (32)
Sin religión, aunque espiritualizado	1 (4)	2 (8)

* GC - Grupo Control; † GI - Grupo Intervención; ‡ Sueldo mínimo equivalente a R\$880,00 (reales brasileños) durante el período de la recolección de los datos.

Tabla 2 - Promedios y desviación típica (DP) de las variables analizadas en los grupos control e intervención en los momentos pre y post-intervención. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2015

Variables	GC*		GI†	
	Promedio (DP‡)		Promedio (DP‡)	
	Pre	Post	Pre	Post
Alfa-Amilasa Salival (kU/L§)	137 (146,5)	123 (143)	174 (172,3)	163 (134)
Cortisol salival (µg/dL□)	0,39 (0,39)	0,29 (0,3)	0,33 (0,27)	0,30 (0,33)
Frecuencia Cardíaca (lpm¶)	80,32 (15)	76,44 (15)	77,48 (13)	77,44 (15)
Frecuencia Respiratoria (irpm**)	20,32 (5)	20,48 (4)	20,24 (5)	19,04 (5)
Presión Arterial Sistólica (mmHg††)	124,5 (16)	122,2 (16)	119,5 (13)	122,6 (19)
Presión Arterial Diastólica (mmHg††)	77,2 (12)	76,3 (10)	75,4 (8)	77,8 (9)
Ansiedad-estado	37,4 (10,7)	36,2 (11,2)	37 (10,3)	36,3 (10,1)
Miedos relacionados a la cirugía	22,5 (18,9)	20,1 (19,6)	21,1 (19,8)	21,1 (19,7)

* GC - Grupo Control; † GI - Grupo Intervención; ‡ DP - Desviación-Típica; § kU/L - Kilo unidades por litro; □ µg/dL - Microgramo por decilitro; ¶ lpm - latidos por minuto; ** irpm - Incursiones respiratorias por minuto; †† mmHg - Milímetros de mercurio

Se observa que no hubo diferencias significativas entre los grupos en el momento post-intervención, ya que se mostraron equivalentes también en ese momento

con relación a las variables estudiadas. Por lo tanto, se nota que la intervención de escucha terapéutica no ocasionó diferencias entre ambos grupos en las condiciones en que fue aplicada entre los participantes (Tabla 3).

Tabla 3 - Resultados de la prueba Mann-Whitney para comparar los grupos control e intervención en el momento post-intervención. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2015

Variables	Puestos de Promedio		U [‡]	p [§]
	GC*	GI [†]		
Alfa-Amilasa Salival	19,57	26,28	177,5	0,086
Cortisol salival	14,13	12,64	73	0,966
Frecuencia Cardíaca	25,26	25,74	306,5	0,907
Frecuencia Respiratoria	28,32	22,68	242	0,157
Presión Arterial Sistólica	25,68	25,32	308	0,930
Presión Arterial Diastólica	24,26	26,74	281,5	0,545
Ansiedad-estado	24,86	26,14	296,5	0,756
Miedos relacionados con la cirugía	24,96	26,04	299	0,793

* GC - Grupo Control; † GI - Grupo Intervención; ‡ U - Mann Whitney U; § p - Nivel de significación

Dos pacientes del GI y tres del GC no tenían cantidad de saliva suficiente para la realización del análisis de la AAS. Lo mismo ocurrió con el cortisol con un participante del GI y uno del GC.

De acuerdo con los resultados de la Tabla 4, se comprueba que los cambios desde la pre-intervención a la post-intervención no fueron significativos en el GI,

aunque se sí lo fueron en el GC. En este grupo, en el momento pre-intervención, se obtuvieron los siguientes promedios para las variables cortisol salival, FC y miedos relacionados a la cirugía: 0,39 µg/dL (dp=0,39), 80,32 lpm (dp=15) y 22,5 (dp=18,9), respectivamente. Por otro lado, en el momento post-intervención, los promedios fueron 0,29 µg/dL (dp=0,3), 76,44 lpm (dp=15) y 20,1 (dp=19,6). Por lo tanto, ocurrió una reducción de los valores de las variables arriba citadas desde la pre-intervención a la post-intervención en el GC (Tabla 4).

De los 50 participantes del estudio, 36 (72%) tuvieron las muestras recogidas de forma completa en los períodos matutino y nocturno, con el volumen de saliva suficiente para los respectivos análisis. No fue posible evaluar el ritmo circadiano del cortisol salival en los catorce individuos, por diferentes razones: la cantidad de saliva recogida no era suficiente en 3 pacientes (6%), la recolección del período nocturno no fue realizada en 10 pacientes (20%) y uno (2%) presentó la muestra contaminada. De acuerdo con las especificaciones del kit utilizado para analizar el cortisol, el valor de referencia del cortisol salival en sujetos normales a las 23h estaba entre 0,007 y 0,115 µg/dL. Por esta razón, de las 36 personas evaluadas, 15 (41,6%) presentaban ritmo circadiano y 21 (58,3%) no presentaban ritmo circadiano del cortisol.

Tabla 4 - Resultados de la prueba de Wilcoxon para las medidas repetidas (pre y post-intervención) de las variables fisiológicas, ansiedad-estado y miedos relacionados a la cirugía. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2015

Grupos	Variables	CN*	CP [†]	V [‡]	Puestos de Promedio		Z [§]	p [¶]
					Orden Negativo	Orden Positivo		
GC [¶]	Alfa-Amilasa Salival (n=22)	15	7	0	10,93	12,71	-1,218	0,223
	Cortisol salival (n=23)	17	6	0	12,03	11,92	-2,023	0,043
	Frecuencia Cardíaca (n=25)	15	8	2	13,83	8,56	-2,121	0,034
	Frecuencia Respiratoria (n=25)	5	9	11	9,30	6,50	-0,406	0,684
	Presión Arterial Sistólica (n=25)	13	8	4	11,35	10,44	-1,114	0,265
	Presión Arterial Diastólica (n=25)	11	11	3	12,64	10,36	-0,406	0,684
	Ansiedad-estado (n=25)	17	8	0	13,50	11,94	-1,817	0,069
	Miedos relacionados a la cirugía (n=25)	15	5	5	10,87	9,40	-2,171	0,030
GI ^{**}	Alfa Amilasa Salival (n=23)	11	12	0	12,68	11,38	-0,046	0,964
	Cortisol salival (n=24)	8	3	0	5,88	6,33	-1,245	0,141
	Frecuencia Cardíaca (n=25)	10	12	3	11,75	11,29	-0,293	0,769
	Frecuencia Respiratoria (n=25)	9	5	11	8,22	6,20	-1,456	0,145
	Presión Arterial Sistólica (n=25)	8	12	5	8,38	11,92	-1,423	0,155
	Presión Arterial Diastólica (n=25)	8	14	3	10,31	12,18	-1,435	0,151
	Ansiedad-estado (n=25)	11	9	5	11,14	9,72	-0,656	0,512
	Miedos relacionados a la cirugía (n=25)	10	10	5	11,60	9,40	-0,411	0,681

*CN - Clasificaciones Negativas; †CP - Clasificaciones Positivas; ‡V - Vínculos; §Z - Estadística Z; ¶p - Nivel de significación; ¶ GC - Grupo Control; ** GI - Grupo Intervención

Discusión

En este estudio, se investigó la eficacia de la escucha terapéutica sobre la ansiedad-estado y los miedos relacionados a la cirugía de pacientes en preoperatorio de cirugía de cáncer colorrectal. Otras intervenciones no farmacológicas también fueron testadas respecto a su eficacia en la reducción de ansiedad en pacientes con cáncer que no influyeron en la reducción de este sentimiento en las circunstancias en que fueron realizadas, resultados que corroboran este estudio. Un estudio de la clase ensayo clínico aleatorizado controlado había sido realizado con el objetivo de probar la hipótesis de que un abordaje multidisciplinario podría mejorar la comprensión de las informaciones brindadas por el anestesiista y, a su vez, reducir la ansiedad de mujeres que pasarían por un cirugía de cáncer de mama⁽²³⁾. De acuerdo con los resultados, no hubo diferencias significativas entre los grupos evaluados en la puntuación promedio de ansiedad, antes y después de la intervención probada. Sin embargo, sólo para las pacientes altamente ansiosas ($IDARE \geq 51$) la puntuación del IDARE disminuyó significativamente en el grupo de enfoque multidisciplinario en comparación con el grupo que no recibió esta intervención ($p=0,024$).

Cabe resaltar que tanto en el presente estudio como en el citado anteriormente,⁽²³⁾ las intervenciones se realizaron una única vez, a diferencia de otros en los que las intervenciones se realizaron en un período mayor, como por ejemplo, durante siete días⁽²⁴⁾ o tres semanas⁽²⁵⁾, con resultados positivos al respecto de las intervenciones no-farmacológicas testadas. Otro factor a ser tenido en cuenta es la dinámica del servicio de atención de los pacientes en el recinto donde se realizó el estudio. Antes de participar en la investigación, los pacientes que presentaban una puntuación de ansiedad mediana (Tabla 2), ya habían conversado con el equipo médico sobre el tratamiento al que serían sometidos. De acuerdo con la literatura, la conversación con el equipo médico se presenta como una estrategia de enfrentamiento bastante utilizada por pacientes que están ansiosos respecto al procedimiento quirúrgico al que serán sometidos⁽²⁶⁾. Por lo tanto, es posible que las aclaraciones ofrecidas por el equipo médico hayan contribuido con los niveles de ansiedad encontrados entre los participantes del estudio.

En un estudio que tuvo como objetivo identificar las preocupaciones más comunes sobre la anestesia general durante la clínica anestésica preoperatoria en diferentes configuraciones de la salud, el 88% de los pacientes sintieron miedo en el preoperatorio. Las causas principales de sus miedos eran: miedo al dolor posoperatorio (77,3%), o al de conciencia intraoperatoria

(73,7%) y el de continuar "durmiendo" tras la cirugía (69,5%)⁽²⁷⁾. Excluyendo los pacientes que obtuvieron valor cero en la EMRC, las medias de los puntajes en ambos grupos del estudio en los momentos pre y post-intervención variaban entre 20,1 y 22,5, respectivamente (Tabla 2). Una explicación plausible para este resultado, de que la escucha terapéutica no haya sido eficaz para la reducción de los miedos relacionados a la cirugía de los pacientes, puede atribuirse al hecho de que el tiempo de 30 minutos para la realización de la intervención seguido de la recolección de los datos post-intervención, no haya sido suficiente para que el paciente, después de la reflexión sobre sus miedos relacionados al procedimiento quirúrgico, restableciera su estado emocional.

De acuerdo con los resultados de este estudio, en el momento pre-intervención, los pacientes presentaban puntajes medianos de ansiedad-estado y niveles bajos de miedos relacionados a la cirugía (Tabla 2). Es posible que en pacientes con puntuaciones más elevadas, la escucha terapéutica pueda tener un efecto diferenciado, como ha sido descrito en un estudio ya citado, en el cual la intervención testada se mostró eficaz para la reducción de la ansiedad solamente en pacientes que presentaban niveles altos de ansiedad⁽²³⁾.

Existen relatos de que la comunicación entre el investigador y el paciente durante los momentos de la recolección de datos puede contribuir para la disminución de los niveles de ansiedad de los pacientes, inclusive en individuos del grupo control⁽²⁸⁾. Se cree que la relación establecida entre la investigadora y los pacientes en esos momentos, ha contribuido con los datos obtenidos en el presente estudio, con disminución de las variables cortisol salival, FC y miedos relacionados a la cirugía en el GC (Tabla 4). En el proceso del cuidado de enfermería, es importante que las acciones vayan más allá del acto técnico, es decir, que haya una relación permanente con el otro, que se transmita el toque, la comunicación, el cuidado físico y el respeto, ya que estos aspectos son fundamentales para la promoción del bienestar del paciente⁽²⁹⁾.

Una posible justificación para que lo ocurrido en el GC no haya sido observado en el GI, es que en este grupo se discutieron cuestiones que suscitaron reflexión acerca de la experiencia del paciente con relación a la hospitalización para el tratamiento de la enfermedad, lo que puede haber llevado al participante de la investigación a repensar sus preocupaciones sobre tal situación o que el período de 30 minutos para evaluar estos parámetros sea corto para procesar las emociones sentidas en la interacción enfermero-paciente, repercutiendo en los parámetros observados en la segunda evaluación. Para poder auxiliar al paciente en la gestión de sus sentimientos, como la ansiedad y el

miedo, es necesario un tiempo mayor para la realización de la escucha terapéutica, con más encuentros entre el enfermero y el paciente.

En cuanto al ritmo circadiano del cortisol, hay que tener en cuenta que los portadores de tumores pueden exhibir ritmos circadianos casi normales o marcadamente alterados⁽³⁰⁾. Las variaciones en el ritmo circadiano del cortisol en pacientes con cáncer colorrectal ya fueron relatadas en la literatura⁽³¹⁻³²⁾. Dichas variaciones en pacientes con cáncer pueden derivarse de factores físicos como la fatiga⁽³³⁾ o la desregulación del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal⁽³⁴⁾, por ejemplo. Además, deben considerarse las alteraciones en los patrones de secreción del cortisol tanto en los casos de enfermedades agudas como de las crónicas, como resultado de la acción de mediadores inflamatorios⁽³⁵⁾. Por esta razón, las alteraciones del ritmo circadiano del cortisol de pacientes oncológicos pueden deberse a la propia enfermedad, la cual sería la responsable por modificaciones en los componentes del sistema circadiano⁽³⁶⁾.

Conclusión

El objetivo de este estudio consistió en evaluar el efecto de la escucha terapéutica sobre la ansiedad-estado y los miedos relacionados a la cirugía de pacientes en el preoperatorio, hospitalizados para tratamiento quirúrgico de cáncer colorrectal. En las condiciones en que fue realizada la investigación y considerando el perfil ansiedad-estado y los miedos relacionados a la cirugía en el momento pre-intervención de los participantes, no ha sido posible observar una reducción de los niveles de tales variables derivadas de la realización de la escucha terapéutica, ni por medio de los indicadores fisiológicos ni de los psicológicos.

Sin embargo, el contacto que la investigadora tuvo con los pacientes del GC para la recolección de los datos, cuando hubo sólo la acogida sin el estímulo a la reflexión de la situación vivida (intervención), habría propiciado la reducción de los valores de las variables cortisol salival, FC y miedos relacionados con la cirugía. De esta forma, en la víspera del procedimiento quirúrgico, las actitudes de atención y de acogida ofrecidas por el enfermero demuestran haber sido eficientes para propiciar la reducción de las variables destacadas en este estudio.

Un factor a ser tenido en cuenta fue el tiempo de interacción con la investigadora para la realización de la escucha terapéutica, compuesto del período entre el primer momento de recolección de datos (pre-intervención) y el segundo momento (post-intervención), ocasión en que el paciente era invitado a reflexionar sobre su situación y exponer sus sentimientos y

pensamientos. El tiempo de 30 minutos puede haber sido insuficiente para que el paciente efectuara tales tareas y restableciera su estado emocional, lo que puede haber interferido en los resultados de las variables investigadas y, como consecuencia, en su medición. Es posible que en más cantidad de sesiones se presentaran resultados diferentes. No obstante, cabe destacar que esto no sería viable en el contexto preoperatorio en el que se desarrolló este estudio visto que los pacientes eran hospitalizados un día antes de la cirugía. En otro contexto, como, por ejemplo, en un servicio ambulatorio de atención, sería posible tener más encuentros con el paciente.

Además, es muy probable que un período mayor que 30 minutos, entre la realización de la intervención y la recolección de los datos post-intervención, sea capaz de reflejar puntajes menores de las variables estudiadas, ya que habiendo un intervalo mayor después de la realización de la escucha terapéutica, el paciente tendría un tiempo para procesar sus emociones y la posibilidad de presentar condiciones emocionales más cercanas a lo deseable. Estos aspectos merecen nuevos estudios.

La presente investigación destaca la utilización de la escucha terapéutica como una intervención de enfermería en pacientes con cáncer colorrectal durante el período preoperatorio; el uso de esta intervención posibilita una recolección de informaciones centrada en el paciente, ya que la escucha terapéutica tiene al paciente, y no a la enfermedad, como centro de sus acciones.

Referencias

1. Global Burden of Disease 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015 Jan 10;385(9963):117-71. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61682-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61682-2)
2. Medeiros M, Oshima CT, Forones NM. Depression and anxiety in colorectal cancer patients. *J Gastrointest Cancer*. 2010 Sep;41(3):179-84. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s12029-010-9132-5>
3. Santos MA, Rossi LA, Paiva L, Dantas RAS, Pompeo DA, Machado ECB. Measure of anxiety and depression in postoperative patients undergoing elective surgeries. *REE*. [Internet]. 2012 [cited Jul 22, 2017];14(4):922-7. Available from: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n4/pdf/v14n4a21.pdf

4. Suriano MLF, Lopes DCF, Macedo GPOS, Michel JLM, Barros ABL. Identification of the defining characteristics of fear and anxiety in patients scheduled for gynecological surgery. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(spe):928-34. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000700016>
5. Best M, Aldridge L, Butow P, Olver I, Price M, Webster F. Assessment of spiritual suffering in the cancer context: A systematic literature review. *Palliat Support Care.* 2015 Oct;13(5):1335-61. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1478951514001217>
6. Aviado-Langer J. Measuring preoperative anxiety in patients with breast cancer using the visual analog scale. *Clin J Oncol Nurs.* 2014 Oct;18(5):489-91. doi: <http://dx.doi.org/10.1188/14.CJON.489-491>
7. Peters ML, Sommer M, de Rijke JM, Kessels F, Heineman E, Patijn J, et al. Somatic and psychologic predictors of long-term unfavorable outcome after surgical intervention. *Ann Surg.* [Internet]. 2007 [cited Jun 22, 2017];245(3):487-94. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1877005/>
8. Peters ML, Sommer M, Kleef M, Marcus MA. Predictors of physical and emotional recovery 6 and 12 months after surgery. *Br J Surg.* 2010;97(10):1518-27. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.7152>
9. Faller H, Schuler M, Richard M, Heckl U, Weis J, Küffner R. Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol.* 2013 Feb 20;31(6):782-93. doi: <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2011.40.8922>
10. Traeger L, Greer JA, Fernandez-Robles C, Temel JS, Pirl WF. Evidence-Based Treatment of anxiety in patients with cancer. *J Clin Oncol.* 2012;30(11):1197-205. doi: <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2011.39.5632>
11. Segre LS, Stasik SM, O'hara MW, Arndt S. Listening visits: an evaluation of the effectiveness and acceptability of a home-based depression treatment. *Psychother Res.* 2010;20(6):712-21. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2010.518636>
12. Gélinas C, Arbour C, Michaud C, Robar L, Côté J. Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management. *Nurs Crit Care.* 2013 Nov;18(6):307-18. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.14785153.2012.00531.x>
13. Souza RC, Pereira MA, Kantorski LP. Therapeutic listening: an essential instrument in nursing care. *Rev Enferm UERJ.* [Internet]. 2003 [cited Jul 18, 2017];11(1):92-7. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v11n1/v11n1a15.pdf>
14. Mariutti MG, Furegato ARF, Scatena MCM. A nurse's relationship of help with a women in pre-mastectomy. *REME.* [Internet]. 2007 [cited Jul 20, 2017];11(2):144-8. Available from: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622007000200006&lng=pt&xxlng=pt&nrm=iso&tln g=pt
15. Rogers CR. *A way of being.* New York: Mariner Books; 1995.
16. Fassaert T, van Dulmen S, Schellevis F, Bensing J. Active listening in medical consultations: development of the Active Listening Observation Scale (ALOS-global). *Patient Educ Couns.* [Internet]. 2007 [cited Jul 20, 2017];68(3):258-64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17689042>
17. Mesquita AC, Carvalho EC. Therapeutic listening as a health intervention strategy: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(6):1127-36. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000700022>
18. Beard C, Stason WB, Wang Q, Manola J, Dean-Clower E, Dusek JA et al. Effects of complementary therapies on clinical outcomes in patients being treated with radiation therapy for prostate cancer. *Cancer.* 2011;117(1):96-102. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/cncr.25291>
19. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE, Vagg PR, Jacobs GA. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1983.
20. Biaggio AMB, Natalício L, Spielberger CD. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)* de Spielberger. *Arq Bras Psicol apl.* [Internet]. 1977 [cited Jun 20, 2017];29(3):31-44. Available from: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abpa/article/view/17827>
21. Pinto PR, McIntyre T, Nogueira-Silva C, Almeida A, Araújo-Soares V. Risk factors for persistent postsurgical pain in women undergoing hysterectomy due to benign causes: a prospective predictive study. *J Pain.* 2012;13(11):1045-57. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2012.07.014>
22. Terwee CB, Bot SD, de Boer MR, Windt DA, Knol DL, Dekker J et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol.* [Internet]. 2007 [cited Jun 21, 2017];60(1):34-42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17161752>

23. Granziera E, Guglieri I, Del Bianco P, Capovilla E, Dona B, Ciccarese AA, et al. A multidisciplinary approach to improve preoperative understanding and reduce anxiety: a randomised study. *Eur J Anaesthesiol*. 2013;30(12):734-42. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/EJA.0b013e3283652c0c>
24. Pinar R, Afsar F. Back massage to decrease state anxiety, cortisol level, blood pressure, heart rate and increase sleep quality in family caregivers of patients with Cancer: A Randomised Controlled Trial. *Asian Pac J Cancer Prev*. [Internet]. 2015 [cited Jun 23, 2017];16(18):8127-33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26745049>
25. Charalambous A, Giannakopoulou M, Bozas E, Paikousis L. A randomized controlled trial for the effectiveness of progressive muscle relaxation and guided imagery as anxiety reducing interventions in breast and prostate cancer patients undergoing chemotherapy. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/270876>
26. Aust H, Rüsck D, Schuster M, Sturm T, Brehm F, Nestoriuc Y. Coping strategies in anxious surgical patients. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(250). doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1492-5>
27. Ruhaiyem ME, Alshehri AA, Saade M, Shoabi TA, Zahoor H, Tawfeeq NA. Fear of going under general anesthesia: a cross-sectional study. *Saudi J Anaesth*. 2016;10(3): 317-21. doi: <http://dx.doi.org/10.4103/1658-354X.179094>
28. Erci B, Sezgin S, Kaçmaz Z. The impact of therapeutic relationship on preoperative and postoperative patient anxiety. *Aust J Adv Nurs*. [Internet]. 2008 [cited Jun 24, 2017];26(1):59-66. Available from: http://ajan.com.au/Vol26/26-1v2_Erci.pdf
29. Silva FLF, Oliveira RCC, Sá LD, Lima AS, Oliveira AAV, Collet N. Humanization of nursing care in a hospital environment: the user's perception. *Cienc Cuid Saude*. 2014;13(2):210-18. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v13i2.22015>
30. Mormont MC, Lévi F. Circadian-system alterations during cancer processes: a review. *Int J Cancer*. [Internet]. 1997 [cited Jun 24, 2017];70(2):241-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9009166>
31. Mormont MC, Hecquet B, Bogdan A, Benavides M, Tuitou Y, Lévi F. Non-invasive estimation of the circadian rhythm in serum cortisol in patients with ovarian or colorectal cancer. *Int J Cancer*. [Internet]. 1998 [cited Jun 24, 2017];78(4):421-4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9797128>
32. Mussi C, Angelini C, Crippa S, Caprotti R, Fumagalli L, Motta V, Uggeri F. Alteration of hypothalamus-pituitary-adrenal glands axis in colorectal cancer patients. *Hepatogastroenterology*. [Internet]. 2003 [cited Jun 24, 2017];50(2):228-31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/15244187/>
33. Schmidt ME, Semik J, Habermann N, Wiskemann J, Ulrich CM, Steindorf K. Cancer-related fatigue shows a stable association with diurnal cortisol dysregulation in breast cancer patients. *Brain Behav Immun*. 2016 Feb;52(2016):98-105. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2015.10.005>
34. Bränström R, Kvillemo P, Akerstedt T. Effects of mindfulness training on levels of cortisol in cancer patients. *Psychosomatics*. 2013;54(2):158-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psym.2012.04.007>
35. Gibbison B, Angelini GD, Lightman SL. Dynamic output and control of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in critical illness and major surgery. *Br J Anaesth*. 2013;111(3):347-60. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/bja/aet077>
36. Mormont MC, Langouët AM, Claustrat B, Bogdan A, Marion S, Waterhouse J et al. Marker rhythms of circadian system function: a study of patients with metastatic colorectal cancer and good performance status. *Chronobiol Int*. [Internet]. 2002 [cited Jun 25, 2017];19(1):141-55. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11962672>

Recibido: 06.09.2017

Aceptado: 06.05.2018

Correspondencia:

Emilia Campos de Carvalho
 Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
 Av dos Bandeirantes, 3900
 Bairro: Monte Alegre
 CEP14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil
 E-mail: ecdcava@eerp.usp.br

Copyright © 2018 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.