



Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Ansiedad en pacientes con neoplasias malignas en el postoperatorio mediato: estudio correlacional

Mariana Alves Firmeza¹, Kelyne Benevides Rios França Myra de Moraes¹,
Patrícia Peres de Oliveira², Andrea Bezerra Rodrigues¹, Livia Coelho da Rocha¹,
Alex Sandro de Moura Grangeiro³

1 Universidad Federal de Ceará

2 Universidad Federal de São João del-Rei

3 Universidad Federal de Paraíba

RESUMEN

Objetivo: investigar la ansiedad en pacientes oncológicos hospitalizados en el Postoperatorio mediato, por medio del Inventario de ansiedad Trazo-Estado, y verificar la correlación entre la ansiedad y las neoplasias malignas de la cabeza y el cuello, de estómago y colorrectal. **Método:** estudio descriptivo, cuantitativo y correlacional, realizado en un hospital localizado en el estado de Ceará. Se utilizó el análisis de variancia, test ANOVA-F, para evaluar la existencia de diferencia en las puntuaciones de las escalas. **Resultados:** participaron 80 pacientes con media de edad de 50,9 años, la mayoría formada por hombres (53,8%) con cáncer de cabeza y cuello (40,0%). El nivel del estado y del trazo de ansiedad fue moderado, y la ansiedad-estado fue ligeramente superior a la ansiedad-trazo en los tres grupos evaluados. Los participantes con neoplasia maligna en la cabeza y cuello presentaron puntuaciones medias superiores de ansiedad-estado y de ansiedad-trazo. **Conclusión:** no hubo diferencia estadísticamente significativa entre la ansiedad y los tres grupos quirúrgicos oncológicos evaluados.

Descriptores: Neoplasias; ansiedad; Oncología; Período Postoperatorio.

INTRODUCCIÓN

La palabra ansiedad se deriva de una palabra alemana, cuya raíz *angst* significa “estrechamiento” o “constricción, aprieto”. En latín, su sinónimo es *angor*, que expresa falta de aire, opresión. De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales: DSM-5, a partir de 1980 la ansiedad patológica pasó a ser clasificada y admitida como enfermedad mental. La ansiedad puede ser definida como un estado emocional desagradable con la calidad del miedo, apuntando hacia un futuro, desproporcional y con incomodidad subjetiva, repercutiendo tanto en manifestaciones corporales involuntarias y voluntarias como en alteraciones biológicas y químicas⁽¹⁾.

La ansiedad y la depresión son los trastornos mentales más rutinariamente asociados a las enfermedades clínicas⁽²⁾. El cáncer es una de esas enfermedades clínicas en la que gran parte de los pacientes sienten ansiedad, pues la consciencia de la neoplasia maligna impacta fuertemente la vida de las personas, ocasionando alteraciones físicas, emocionales y mentales. Es importante destacar que la historia de vida de cada individuo, sus creencias, sus valores y experiencias pasadas influyen de forma negativa o positiva para enfrentar las señales o síntoma, por eso algunas personas enfrentan mejor determinada circunstancia que otras^(2,3).

En la trayectoria de un individuo con cáncer, la ansiedad relativa a las enfermedades se manifiesta desde el diagnóstico hasta el fin del tratamiento y está fuertemente asociada a la salud mental de esos pacientes⁽²⁾. Para los pacientes oncológicos, la condición del diagnóstico y su asociación con la muerte, y los efectos colaterales de los tratamientos pueden desencadenar ansiedad y depresión⁽³⁾. La cirugía es uno de los tratamientos, muy utilizado para cánceres sólidos, como los de colorrectal, estó-

magoy y los de cabeza y cuello. El procedimiento quirúrgico, el miedo de sentir dolor y las posibles alteraciones anatómico-funcionales advenidas de la cirugía oncológica pueden también provocar ansiedad⁽⁴⁾.

Paralelamente, son necesarios diversos procedimientos invasivos, como sondas nasointerales y drenajes. En relación al cáncer de colon, muchas veces es necesaria también la confección de estomas, que causan la pérdida del control de eliminación fecal y consecuentemente, alteración en la autoimagen y autoestima. Sentimientos de no aceptación, vergüenza o rabia también ocurren y pueden contribuir para cuadros ansiosos⁽⁴⁾.

También en el período perioperatorio, puede haber preocupación respecto a los futuros tratamientos necesarios para controlar el cáncer, porque los protocolos de tratamiento envuelven, en la gran mayoría de las veces, tratamientos adyuvantes, o sea, realizados después de la cirugía. Entre esos tratamientos se encuentra la radioterapia y la quimioterapia, realizadas para que se obtener mayores tasas de control de la enfermedad⁽⁵⁾. Siendo así, la preocupación con el futuro puede volverse una fuente de estrés en el período perioperatorio.

La ansiedad causa síntomas desagradables, como sensación de inquietud, cansancio, dificultad de concentración, irritabilidad, tensión muscular, taquicardia, palpitaciones, sudores, insomnio, entre otros⁽¹⁾. La evaluación de la ansiedad y de la depresión debería ser rutina en las instituciones de salud, ya que ha sido documentada en la literatura la efectividad de intervenciones cognitivo-comportamentales para su control⁽⁶⁾.

Existen diversos instrumentos para evaluar la ansiedad. Uno de ellos es el Inventario de Ansiedad Trazo-Estado (IDATE), que mide dos concepciones: el estado de ansiedad, que se refiere a un estado emocional transitorio caracterizado

por sentimientos subjetivos o tensión, pudiendo variar en intensidad a lo largo del tiempo; y el trazo de ansiedad, o sea, una disposición relativamente estable de la persona para responder al estrés con ansiedad y una tendencia a observar una mayor gama de situaciones como amenazadoras⁽⁷⁾.

El profesional enfermero, al tomar conocimiento sobre la presencia de ese cuadro clínico en los pacientes bajo sus cuidados (ansiedad-estado) y del potencial del individuo de poder desarrollar ansiedad (ansiedad-trazo), puede intervenir, junto con el equipo para su prevención y control.

A partir de estos presupuestos, se lanzó la hipótesis de que los individuos oncológicos en el Postoperatorio mediato presentan ansiedad y de que puede haber diferencia cuando se compara el local anatómico de la neoplasia maligna y el grado de ansiedad.

Se escogió la fase posoperatoria mediata debido al sufrimiento psicológico, que incluye la ansiedad, lo que puede influenciar negativamente en la satisfacción del paciente y prolongar su permanencia en el hospital, como apuntado en estudios^(8,9).

Aunque hay discusión sobre la ansiedad en el período perioperatorio, se realizó una extensa búsqueda por literaturas cuyo cerne de discusión se pautase en las temáticas relativas a la ansiedad en pacientes con neoplasias malignas en el Postoperatorio.

Dicho esto, se realizaron búsquedas de pesquisas/trabajos en la Biblioteca Virtual en Salud que discurriesen sobre esta temática, utilizándose todas las bases de datos nacionales e internacionales disponibles - MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) vía PubMed y CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature) - y la combinación de diversos descriptores en idiomas diferentes relacionados a la ansiedad,

Postoperatorio y cirugía oncológica. Se encontraron algunos estudios internacionales, pero observamos la ausencia de literatura nacional sobre ansiedad en pacientes con neoplasias malignas en el Postoperatorio.

Frente a lo expuesto, se pretendió, investigar la ansiedad en pacientes oncológicos hospitalizados en el Postoperatorio mediato por medio de la aplicación del Inventario de Ansiedad Trazo-Estado, y verificar la correlación entre la ansiedad y las neoplasias malignas de cabeza y cuello, de estómago y colorrectal.

MÉTODO

Se trata de un estudio transversal, correlacional, con abordaje cuantitativo, utilizándose como referencial metodológico los conceptos de investigación cuantitativa propuestos por algunos autores^(10,11). Fue realizado en una unidad de clínica quirúrgica de un hospital universitario del estado de Ceará, compuesta por lechos distribuidos en enfermarías conforme la especialidad quirúrgica: cirugía ortopédica, de cabeza y cuello, mama y plástica, cardíaca y vascular, tracto digestivo, oftalmológicas y otorrinolaringológicas, colon-proctológicas y urológicas.

Los participantes fueron captados por un proceso de muestreo consecutivo, o sea, a medida que iban siendo admitidos en la unidad de internación y que atendían a los criterios establecidos. El muestreo consecutivo es importante porque incluye a toda la población (con variaciones sazonales o cambios temporales relevantes a la cuestión de pesquisa) accesibles en un período de tiempo⁽¹⁰⁾.

Participaron pacientes oncológicos internados de marzo de 2014 a mayo de 2015 en la unidad mencionada, en el Postoperatorio mediato, con cáncer de cabeza y cuello, de es-

tómago (gástrico) o colorrectal (colon y recto). Los criterios de inclusión fueron: enfermos con edad superior a 18 años, sometidos a la cirugía oncológica y que estaban conscientes (siendo verificado el nivel de consciencia mediante la aplicación de la Escala de Coma Glasgow), con score igual a 15. Se excluyeron los individuos no alfabetizados – porque el instrumento es auto aplicable- y también a los pacientes que usaban medicamentos ansiolíticos y que tenían algún tipo de diagnóstico psiquiátrico. Totalizaron 80 participantes en el estudio, conforme descrito en la **Figura 1**.

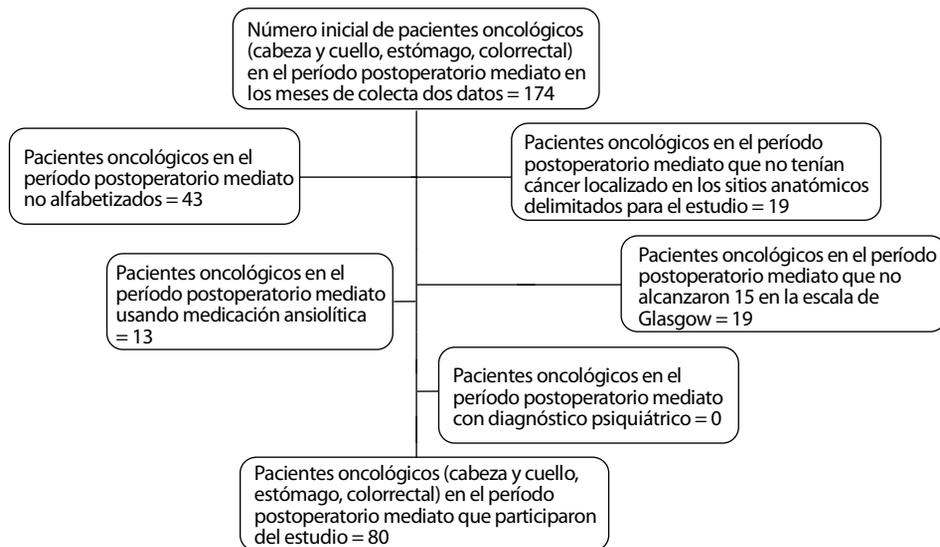
Para coleccionar los datos, se utilizó un cuestionario elaborado por los autores de la investigación. Este contenía datos de caracterización de los participantes, incluyendo sexo, edad, presencia de un familiar acompañante, local de ocurrencia de la enfermedad oncológica y condiciones clínicas asociadas, y el Inventario de Ansiedad Trazo-Estado (IDATE), una de las medidas de autorrelato de ansiedad más utilizada en la pesquisa y en la clínica en diferentes culturas⁽¹²⁾.

El IDATE es constituido por dos escalas: ansiedad-trazo, que presenta asertivas para que

el individuo describa como generalmente se siente; y la ansiedad-estado, que requiere que la persona responda como se siente en un determinado momento, o sea, en este estudio, en el Postoperatorio mediato de la cirugía oncológica^(7,13). Cada una de esas escalas es formada por 20 afirmaciones con un formato de respuestas tipo *Likert*, de la siguiente forma: 1- casi nunca; 2- a veces; 3- bastante; 4- casi siempre. El score de cada parte varia de 20 a 80 puntos, siendo que puntuaciones más altas indican mayores niveles de ansiedad⁽¹²⁾, pudiendo indicar, en ansiedad-trazo y ansiedad-estado, bajo grado (0-34), grado moderado (35-49), grado elevado (50-64) y grado muy elevado (65-80)⁽¹²⁾.

Se resalta que el IDATE, considerado patrón-oro internacionalmente para evaluar la ansiedad, consta en la lista del Sistema de Evaluación de Testes Psicológicos (SATEPSI) como un instrumento desfavorable (plenaria de 2003), o sea, se explana que el mismo, todavía necesita de estudios de validez y de precisión. No obstante, posteriormente, se realizaron pesquisas que posibilitaron su aplicación en estudios clínicos y no clínicos como un instrumento confiable para

Figura 1 - Diagrama de flujo de constitución de la población del estudio. Fortaleza, 2015.



Fuente: Elaboración de los autores, 2015.

evaluar la ansiedad en su modalidad ansiedad-trazo y ansiedad-estado en diversas áreas del conocimiento, mostrándose útil y eficaz para evaluar la ansiedad^(12,13).

El análisis de los datos fue precedido por la elaboración de una base de datos, utilizándose el aplicativo *Microsoft® Office Excel (2013)*, para codificar las variables y su validación, mediante doble digitación y analizados con el auxilio del *SPSS® 13.0 for Windows®*. Para exponer las variables estudiadas, se empleó la estadística descriptiva envolviendo la obtención de distribuciones absolutas, porcentuales, medias y desvío estándar.

Se utilizó el análisis de variancia test ANOVA-F para evaluar la existencia de diferencia en las puntuaciones de las escalas del IDATE entre los tres grupos quirúrgicos oncológicos evaluados y para la correlación entre ellos y las variables de la caracterización de los participantes. El margen de error utilizado para la decisión de los testes estadísticos fue de 5,0% ($p > 0,05$).

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Pesquisas de la Universidad Federal de Ceará (CAAE nº 32961314.0.3001.5045) y los datos fueron colectados tras la firma del Término de Consentimiento Libre y Aclarado.

RESULTADOS

Participaron 80 pacientes oncológicos con cáncer de cabeza y cuello, de estómago (gástrico) y colorrectal (colon y recto) hospitalizados en el período Postoperatorio mediato, como edad variando entre 18 y 84 años (media de 50,9; desvío estándar de 15,1), en su mayoría del sexo masculino (53,8%), sin presencia de un acompañante de la familia (71,2%) y sin comorbilidades (73,7%). En lo referente al local de ocurrencia de la enfermedad oncológica, 40% tenían cáncer en la región de la cabeza y cuello, 38,7% cáncer de estómago y 21,3% cáncer colorrectal. Vale

resaltar que, de los que tenían cáncer colorrectal (21,3%), la mayoría (11 pacientes) fue sometida a la confección de colostomía.

Se destaca que, para mayores detalles de los resultados relacionados a la caracterización de los participantes cuanto al sexo, presencia de familiar, acompañante y comorbilidad, los datos se agruparon de acuerdo al tipo de enfermedad oncológica, como se puede visualizar en la **Tabla 1**.

Los participantes con cáncer colorrectal presentaron media de edad (m 53,8; desvío estándar de 17,1) ligeramente superior a los pacientes con cáncer de cabeza y cuello (media de 51,6; desvío estándar de 15,2) y de cáncer de estómago (media de 48,6; desvío estándar de 13,9) - diferencia esta que, cuando analizada estadísticamente (Análisis de Variancia – ANOVA-F) no demostró ser significativa ($p > 0,05$).

Cuanto al sexo de los participantes, el grupo de los hombres fue la mayoría entre los casos de cabeza y cuello (23,7%) y neoplasia maligna colorrectal (13,8%). En los casos observados de estómago, las mujeres fueron la mayoría (22,4%). En relación a la presencia de un acompañante de la familia, los participantes con cáncer de cabeza y cuello y estómago fueron los que tuvieron el menor número de acompañantes familiares (30,0% cada).

Como expuesto en el método, para la caracterización de los respondientes según su grado de ansiedad, se empleó el Inventario de Ansiedad Trazo-Estado (IDATE). Se constató, considerando el total de 80 respondientes, que la puntuación media de los participantes, presentadas en ansiedad-estado (media de 40,8; desvío estándar de 9,7; amplitud de 21 a 77), fue ligeramente superior a las observadas para ansiedad-trazo (media de 39,9; desvío estándar de 8,9; amplitud de 24 a 71). Cuando comparadas a las puntuaciones exhibidas en ansiedad-trazo por los tipos de neoplasias malignas

considerados en este estudio, se puede observar que, aunque los participantes con neoplasias malignas de cabeza y cuello hayan presentado puntuaciones medias superiores en ansiedad-trazo (media de 41; desvío estándar de 10,1), cuando se comparan a los del tipo colorrectal (media de 39,4; desvío estándar de 9,2) y a los de estómago (media de 38,9; desvío estándar de 7,3), esa diferencia no fue estadísticamente significativa (Frecuencia de 0,45; $p > 0,05$) (Tabla 2).

A semejanza de lo que ocurrió con la evaluación de la ansiedad-trazo, cuando consideradas las puntuaciones medias presentadas en ansiedad-estado, a pesar de que los pacientes con cáncer de cabeza y cuello hayan presentado medias superiores a los otros dos grupos quirúrgicos oncológicos evaluados, esta diferencia no fue estadísticamente significativa, conforme verificado en la **Tabla 2**.

Detalles gráficos del comportamiento de las diferencias de medias presentadas

Tabla 1 - Características de los participantes con cáncer de cabeza y cuello, estómago y colorrectal cuando el sexo, la presencia de familia acompañante y comorbilidad. Fortaleza, 2015.

Tipo de cáncer		Cabeça y cuello		Colorrectal		Estômago		Total	
		Fre- quência abso- luta (n=80)	Fre- quência relativa (%)	Fre- quência abso- luta (n=80)	Fre- quência relativa (%)	Fre- quência abso- luta (n=80)	Fre- quência relativa (%)	Fre- quência abso- luta (n=80)	Fre- quência relativa (%)
Sexo	Masculino	19	23,7	11	13,8	13	16,3	43	53,8
	Femenino	13	16,3	6	7,5	18	22,4	37	46,2
Presencia compañero de la familia	No	24	30	9	11,2	24	30	57	71,2
	Si	8	10	8	10	7	8,7	23	28,7
Comorbilida- des	No tiene "	25	31,2	10	12,5	24	30	59	73,7
	enfermedad del corazón"	1	1,2	2	2,5	0	0	3	3,7
	Diabetes Mellitus	1	1,2	1	1,2	0	0	2	2,4
	Hipertensión arterial sisté- mica (HAS)	3	3,7	4	5,2	5	6,3	12	15,2
	HAS/Diabetes Mellitus	2	2,5	0	0	2	2,5	4	5

Fuente: propia creación 2015.

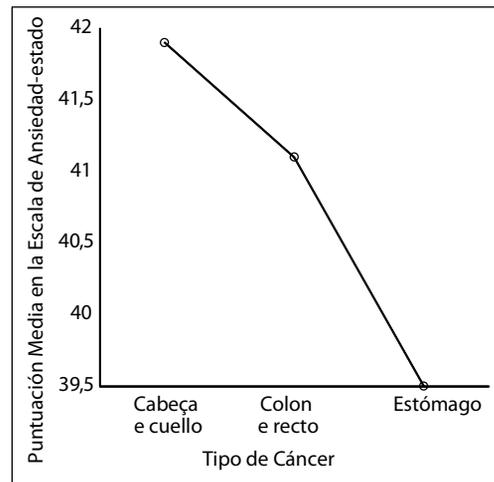
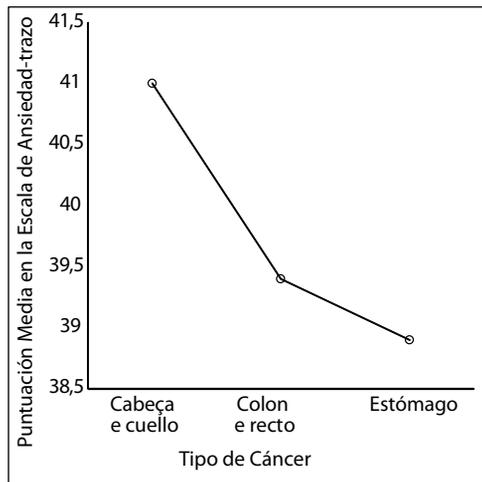
Tabla 2 - Diferencia en las puntuaciones medias en las escalas de ansiedad y ansiead-estado en los tres grupos quirúrgicos oncológicos evaluados. Fortaleza, 2015.

Tipo de cáncer	Cabeza y Cuello (n=24)		Colorrectal (n=14)		Estômago (n=22)		Frecuen- cia	P*
	Media	Desvío están- dar	Media	Desvío están- dar	Media	Desvío están- dar		
Ansiedad-estado	41,9	11,8	41,1	9,3	39,5	7,2	0,49	>0,05
Ansiedade-trazo	41	10,1	39,4	9,2	38,9	7,3	0,45	>0,05

*p-value - test ANOVA-F

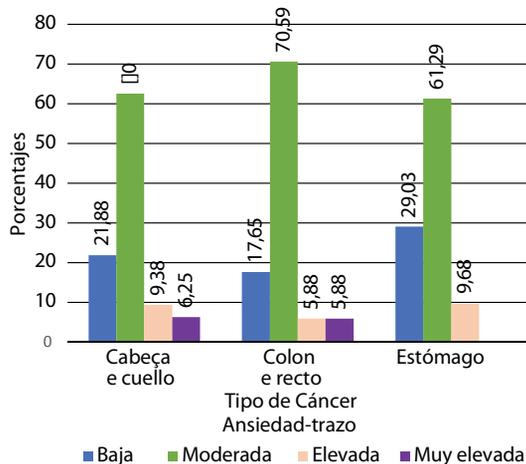
Fuente: propia creación, 2015.

Figura 2 - Detalles gráfico de las puntuaciones medias de los grupos oncológicos en ansiedad - trazo y ansiedad-estado. Fortaleza, 2015.



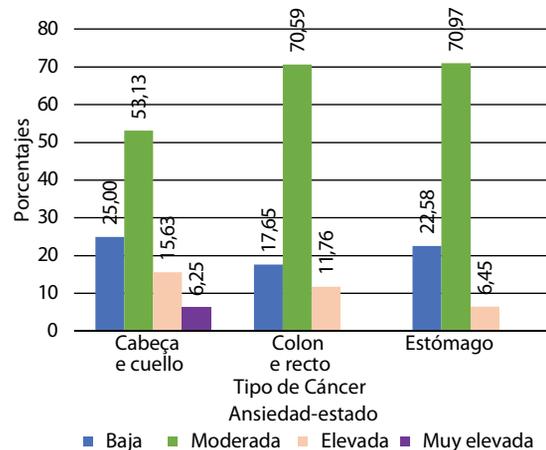
Fuente: Elaboración de los autores, 2015.

Figura 3 - Nivel de ansiedad-trazo en los tres grupos oncológicos estudiados. Fortaleza, 2015.



Fuente: Elaboración de los autores, 2015.

Figura 4 - Nivel de ansiedad-estado en los tres grupos oncológicos estudiados. Fortaleza, 2015.



Fuente: Elaboración de los autores, 2015.

por los tres grupos oncológicos estudiados puede ser visualizado en la **Figura 2**. Se observa que las medias de la ansiedad-trazo y ansiedad-estado fueron superiores en el grupo de pacientes con cáncer de cabeza y cuello y menores en el grupo de individuos con cáncer de estómago.

Adicionalmente, para verificar la distribución del nivel de ansiedad presentado por los pacientes de cada grupo oncológico, se procedió a la

clasificación en ansiedad-trazo y ansiedad-estado, bajo grado (0-34), grado moderado (35-49), grado elevado (50-64) y grado muy elevado (65-80), conforme expuesto en el método.

Como puede ser observado en la **Figura 3**, hubo predominancia de ansiedad-trazo moderada independientemente del grupo oncológico investigado. Se destaca también que el nivel muy elevado de ansiedad-trazo no fue observado en pacientes con cáncer de estómago.

De esta manera, en la evaluación de la ansiedad-estado, así como ocurrió con la de ansiedad-trazo, hubo predominancia de niveles de ansiedad moderada en todas las condiciones oncológicas (**Figura 4**), siendo inexistente la presencia de pacientes con ansiedad-estado muy elevada en los pacientes con cáncer colorrectal (colon y recto) y de estómago.

DISCUSIÓN

Los participantes del estudio fueron, mayormente compuestos por hombres, convergiendo con los datos encontrados en la literatura^(5,14,15), donde, según el Instituto Nacional del Cáncer (INCA), se estiman 395 mil casos nuevos de cáncer para el bienio 2014/2015, siendo 204 mil para el sexo masculino y 190 mil para el sexo femenino⁽¹⁶⁾.

Los tipos de cáncer más incidentes en la población brasileña, con excepción del cáncer de piel no melanoma, son los tumores de próstata (69 mil), mama femenina (57 mil), colorrectal (33 mil), pulmón (27 mil) y estómago (20 mil). En contrapartida, el cáncer más incidente en la población estudiada fue el de cabeza y cuello, cuyos sitios anatómicos que están incluidos en ese grupo son las neoplasias que constituyen la cavidad oral, comprendiendo la mucosa bucal, encías, paladar duro, lengua, suelo de lengua; faringe, que incluye orofaringe, nasofaringe, hipofaringe; cavidad nasal y senos paranasales; laringe glótica, subglotis y supraglotis; y glándulas salivares⁽¹⁵⁾. Se resalta que en la región Nordeste, local de la investigación, la incidencia de cáncer de cabeza y cuello es mayor que en las otras regiones de Brasil^(15,16).

Los datos referentes al sexo y al tipo de cáncer, encontrados en este estudio, corroboran con la literatura mostrando la predominancia de cáncer de cabeza y cuello en el sexo masculino⁽¹⁷⁾. Según el INCA, existe un riesgo estimado de 11,54

casos nuevos de cáncer de cabeza y cuello a cada 100 mil hombres, y 3,92 a cada 100 mil mujeres⁽¹⁶⁾. Eso se debe, en parte, a los factores de riesgo, como el tabaquismo y el etilismo, que a pesar de estar aumentando en ambos sexos, todavía son más frecuentemente asociados al sexo masculino.

El cáncer colorrectal ocurrió más en los hombres, lo que difiere de la estimativa del INCA para el bienio 2014-2015, donde, específicamente en el estado de Ceará, son previstos más casos de neoplasia maligna de colon y recto para mujeres de que para hombre (8,81 para cada 100 mil mujeres contra 7,51 para cada 100 mil hombres). También en relación al tipo de cáncer y al sexo, predominó, en el grupo de cáncer gástrico, mujeres, en desacuerdo con la estimativa, que estimaba 13,19 casos nuevos a cada 100 mil hombres y 7,41 a cada 100 mil mujeres para Brasil en el bienio 2014/2015, ocurrieron 750 casos nuevos en hombres en el estado de Ceará contra 480 casos en mujeres⁽¹⁶⁾.

Gran parte de los pacientes de este estudio se encontraba sin un acompañante familiar (71,2%). Pesquisas apuntan que la ansiedad en los pacientes con cáncer puede ser relacionada a una multiplicidad de razones, como respuesta al diagnóstico de neoplasia maligna, tratamientos de largo plazo, los efectos colaterales de la terapia, la mala adhesión al tratamiento, hospitalizaciones frecuentes, alteraciones del modelo normal de vida, disminución de la calidad de vida, posible desfiguración, posibilidad de muerte, cuestiones financieras y sociales y hasta la ausencia de familiares durante el tratamiento/hospitalización^(2,9,17-19). Otros estudios demostraron una fuerte relación entre la familia y el estado de salud-enfermedad de sus miembros hospitalizados, o sea, la familia es de extrema importancia en la manutención de la salud en todos los momentos del tratamiento, ayudando al paciente a superar sentimientos como la ansiedad^(6,17,19,20). Por eso, la ausencia de acompañante familiar puede

haber sido uno de los factores contribuyentes para ansiedad-trazo y ansiedad-estado en nivel moderado de los participantes de este estudio.

La comorbilidad más prevalente en el grupo estudiado fue la hipertensión arterial sistémica (15,2%). A pesar de la mayoría de los participantes (73,7%) no tener diagnóstico de otra enfermedad, este hecho es relevante, ya que la hipertensión arterial sistémica tiene estrecha relación con el tema estudiado, la ansiedad. Pacientes ansiosos pueden tener descompensación de los niveles de presión arterial, pudiendo perjudicar la evolución clínica en los períodos preoperatorio y Postoperatorio. Un estudio realizado en un hospital localizado en la región sur de Brasil obtuvo una diferencia estadísticamente significativa entre los individuos hipertensos y los controles, lo que demuestra asociación de la hipertensión arterial sistémica con la ansiedad⁽²⁰⁾.

Son varios los miedos y recelos que el paciente y la familia enfrentan con el diagnóstico, tratamiento e intervenciones en el cáncer (principalmente si él es portador de estoma), que van desde el rechazo de la sociedad hasta la dificultad en lidiar con el estoma, debido a la falta de conocimiento y barreras para la reintegración social - eso, favorece al desequilibrio emocional, culminando, entre otros, en ansiedad y depresión^(4,6). Un estudio relató que más de la mitad de los pacientes con cáncer colorrectal pasa a utilizar estomas⁽⁴⁾; y en caso de esta pesquisa, 13,8% de los participantes presentaban este tipo de neoplasia maligna y tenían colostomía.

En lo que se refiere a los resultados del inventario de Ansiedad Trazo-Estado, la ansiedad-estado se presentó discretamente más elevada de que la ansiedad-trazo en los tres grupos quirúrgicos oncológicos evaluados. Tanto la ansiedad-trazo como la ansiedad-estado presentaron un nivel moderado (puntuación entre 35 y 49) independientemente del tipo de cáncer. El proceso desgastante de hospitalización, que

envuelve cirugías muchas veces mutiladoras, principalmente en las resecciones de cánceres de cabeza y cuello y colorrectal, asociado a los procedimientos invasivos y dolorosos así como la separación del ambiente domiciliario, puede ser causa de ansiedad^(17,19). En un estudio realizado en un hospital universitario de Madrid, España, la ansiedad perioperatoria estuvo fuertemente correlacionada a la mayor incidencia de dolor post-quirúrgica, un aumento de la necesidad de analgésicos y anestésicos, además del atraso de la recuperación y del alta hospitalaria⁽¹⁴⁾.

El estrés, muchas veces, es un gatillo para la ansiedad y la depresión, y el cáncer es uno de los eventos más estresante que un individuo puede vivenciar. Esas condiciones pueden interferir con el tratamiento de la neoplasia maligna - por ejemplo, los pacientes con ansiedad o depresión no tratadas pueden estar menos propensos a tomar su medicamento, continuar con los buenos hábitos de salud por causa de la fatiga o falta de motivación, separarse de la familia u otros sistemas de apoyo social, lo que significa que ellos no van a solicitar apoyo emocional y financiero necesarios para lidiar con el cáncer. Todo eso, puede resultar en el aumento de la ansiedad^(17,19).

Se señala que un nivel moderado de ansiedad-trazo y ansiedad-estado, como fue identificado en la población estudiada, debe representar una preocupación por parte del equipo de salud en atender a esa demanda, ya que esos niveles pueden aumentar con el proceso desgastante de tratamiento de la enfermedad oncológica. Eso porque los tipos de cáncer envueltos en este estudio tienden a ser diagnosticados en fases más avanzadas, siendo necesarios tratamientos adyuvantes, como la quimioterapia y la radioterapia^(5,17).

A pesar de la mayor probabilidad de pacientes con cáncer sufrir disturbios psicológicos, entre ellos la ansiedad, estudios han relatado que los trabajadores de la salud no logran identificar

personas con neoplasia maligna con depresión y ansiedad, lo que lleva a la falta de tratamiento en más de la mitad de los casos^(3,6).

La *Canadian Association of Psychosocial Oncology* y la *American Society of Clinical Oncology* (ASCO) recomiendan que deben ser evaluados los síntomas de ansiedad y depresión, de todos los pacientes con neoplasia maligna, en varios momentos del cuidado. La evaluación necesita ser realizada utilizando medidas validadas y, dependiendo de los niveles de síntomas relatados, diferentes vías de tratamiento son recomendadas. La falla al identificar y tratar la ansiedad y la depresión en el contexto del cáncer aumenta el riesgo de reducir la calidad de vida y potencialmente, aumenta la morbilidad relacionada con la enfermedad y la mortalidad^(2,18).

Se puede destacar también que el nivel muy elevado de ansiedad-trazo no fue observado en pacientes con cáncer de estómago, contraponiéndose a lo que apunta la literatura que asocia el cáncer gástrico a la mayor prevalencia de ansiedad y síntomas depresivos del paciente⁽¹⁹⁾.

Del mismo modo, es importante destacar que solamente en los casos de cánceres de la cabeza y cuello hubo ansiedad-estado muy elevada. Además del estigma que acompaña el diagnóstico de la neoplasia maligna de la cabeza y cuello, las tecnologías terapéuticas en el área, todavía generan mucho miedo y ansiedad, pues el tratamiento de este tipo de cáncer es complejo, demanda el involucramiento de diversos profesionales de la salud y puede envolver cirugía, teleterapia, terapia biológica, quimioterapia antineoplásica o la combinación de dos o más de estos tratamientos⁽¹⁷⁾. Paralelamente, los procedimientos quirúrgicos más complejos comúnmente son indispensables, con resección de los huesos del rostro, partes blandas y muchas veces de la piel, necesitando cerrar con retazos. Estos pueden llevar a complicaciones como las alteraciones del habla, dificultad al masticar, cambios estéticos,

lo que contribuye para problemas sociales y psicológicos^(17,19).

Se destaca que pesquisas señalan que niveles más elevados de incerteza sobre el futuro fue asociada con niveles más elevados de ansiedad Postoperatorio^(8,12) y la mayor dificultad en lidiar con el tratamiento, fueron asociados con niveles más elevados de ansiedad-estado tras la cirugía y un declino ligeramente más acentuado en estado de ansiedad a lo largo del tiempo^(8,9).

La *Canadian Association of Psychosocial Oncology* y la *American Society of Clinical Oncology* (ASCO), indican que, el profesional de salud, en el proceso ininterrumpido y dinámico de cuidar de la persona con cáncer, principalmente el enfermero, pues él es el profesional que tiene mayor contacto con el paciente y por eso, puede constituir con él un vínculo y un diálogo asertivo, para detectar y evaluar la ansiedad/depresión, con la finalidad de darle apoyo y direccionamiento para que este adopte el mejor camino a ser seguido, en el desarrollo de intervenciones eficaces, incluyendo las no-farmacológicas como la musicoterapia, la acupuntura, la reflexología, el toque terapéutico, la meditación^(2,18).

Una de las metas a ser alcanzada en la prestación de cuidados ofrecido a los pacientes con cáncer es la de proporcionarles el mejor nivel de comodidad y calidad de vida posible, tanto a los que están en fase de tratamiento curativo, como a los que están en cuidados paliativos. Así, conocer el impacto de la enfermedad y del tratamiento en la vida de cada uno es de vital importancia para planificar acciones direccionadas al adecuado atendimento de sus necesidades, promoviendo la reducción de la ansiedad del paciente y su familia^(2,14).

A pesar de estar de acuerdo con los criterios estipulados en la metodología, una de las limitaciones del estudio fue el tamaño de la muestra, que impide la generalización de los sus resultados, pues fue constituida por pacientes oncológicos

adultos en el Postoperatorio mediato, internados en una unidad de clínica quirúrgica, con cáncer de cabeza y cuello, de estómago o de colon y recto. Otras limitaciones están relacionadas al IDATE, ya que sus escalas no poseen puntos de corte definidos, además de la contraindicación de la SATEPSI. Sin embargo, esa limitación no invalida el estudio y responde de forma satisfactoria a las propuestas del estudio. Los resultados estimulan la continuidad de ese tipo de investigación/evaluación con un grupo mayor de pacientes, para una posible confirmación de nuestros resultados preliminares.

CONCLUSIÓN

Los participantes del estudio sometidos a cirugías oncológicas tuvieron un nivel de ansiedad moderado en el período Postoperatorio mediato. La ansiedad-estado fue superior a la ansiedad-trazo, independientemente del tipo oncológico investigado.

Se verificó que los pacientes con cáncer de cabeza y cuello presentaron puntuaciones medias superiores de ansiedad-trazo y ansiedad-estado de que el grupo de participantes con neoplasia maligna de estómago y colorrectal, aunque no haya habido diferencia estadísticamente significativa.

São escasas las pesquisas nacionales sobre investigación de la ansiedad en pacientes oncológicos hospitalizados en el Postoperatorio mediato, por lo que es importante desarrollar más estudios sobre el tema, ampliándose el tamaño de la muestra.

No obstante, se espera que los resultados obtenidos auxilien en la organización de un registro de datos sobre ansiedad en los servicios de salud que atienden ese tipo de paciente, con el objetivo principal de determinar puntos de intervención, convirtiendo el cuidado ofrecido a

la persona con neoplasia maligna más eficiente e integral, pues al detectarse la ansiedad-trazo y la ansiedad-estado, el enfermero podrá planear una asistencia que posibilite la reducción de la misma y con eso mejorar la calidad de vida de ese enfermo.

CITAS

1. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. 5th ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. 992 p.
2. Andersen BL, Rowland JH, Somerfield MR. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an american society of clinical oncology guideline adaptation. *J Oncol Pract.* 2015 Mar; 11 (2): 133-4.
3. Mitchell AJ. Screening for cancer-related distress: when is implementation successful and when is it unsuccessful? *Acta Oncol.* 2013 Feb; 52 (2): 216-24.
4. Vieira LM, Ribeiro BNO, Gatti MAN, Simeão SFAP, Conti MHS, Vitta A. Câncer colorretal: entre o sofrimento e o repensar na vida. *Saúde debate.* 2013; 37 (97): 261-69.
5. Sá CU, Rodrigues AB, Oliveira PP, Andrade CT, Amaral JG. Quality of life and people using anti-neoplastic agents: a descriptive study. *Online Braz J Nurs (Online) [Internet].* 2014 Sep [Cited 2015 Aug 23]; 13(4). Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4979/pdf_330. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20144979>
6. Dudgeon D, King S, Howell D, Green E, Gilbert J, Hughes E, et al. Cancer Care Ontario's experience with implementation of routine physical and psychological symptom distress screening. *Psychooncology.* 2012 Apr; 21 (4): 357-64.
7. Julian LJ. Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2011 Nov; 63 Suppl 11: S467-72.
8. Fleckenstein J, Baeumler PI, Gurschler C, Weissenbacher T, Simang M, Annecke T, et al. Acupuncture for post anaesthetic recovery and postoperative

- pain: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2014 Jul 21;15:292.
9. Kyranou M, Puntillo K, Dunn LB, Aouizerat BE, Paul SM, Cooper BA, et al. Predictors of initial levels and trajectories of anxiety in women before and for 6 months after breast cancer surgery. *Cancer Nurs*. 2014 Nov-Dec;37(6):406-17.
 10. May T. *Social Research: Issues, Methods and Research*. 4 ed. London: British Library; 2011.
 11. Bryman A. *Social Research Methods*. 4 ed. Oxford: Oxford University Press; 2012.
 12. Kaipper MB, Chachamovich E, Hidalgo MP, Torres IL, Caumo W. Evaluation of the structure of Brazilian State-Trait Anxiety Inventory using a Rasch psychometric approach. *J Psychosom Res*. 2010 Mar;68(3):223-33.
 13. Fioravanti ACM, Santos LF, Maissonette S, Cruz APM, Landeira-Fernandez J. Avaliação da estrutura fatorial da escala de ansiedade-traço do IDATE. *Avaliação Psicológica*. 2006; 5(2): 217-224.
 14. Jiménez-Jiménez M, García-Escalona A, Martín-López A, De Vera-Vera R, De Haro J. Intraoperative stress and anxiety reduction with music therapy: A controlled randomized clinical trial of efficacy and safety. *J Vasc Nurs*. 2013 Sep; 31 (3): 101-6.
 15. DeLa Coleta JA, DeLa Coleta MF. *Escalas para medida de atitudes e outras variáveis psicossociais*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1996.
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Estimativas 2014: Incidência de Câncer no Brasil* [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2014. [Cited 2015 Jul 17]. Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>
 17. Pinto RMC, Rodrigues AB, Oliveira PP. Multiple symptoms in people with head and neck neoplasia: a descriptive study. *Online Braz J Nurs (Online)* [Internet]. 2014 Sep [Cited 2015 Aug 30]; 13(4). Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5091/pdf_331. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20145091>
 18. Howell D, Keshavarz H, Esplen MJ, Hack T, Hamel M, Howes J, et al. Cancer Journey Advisory Group of the Canadian Partnership Against Cancer. A Pan Canadian Practice Guideline: Screening, Assessment and Care of Psychosocial Distress, Depression, and Anxiety in Adults with Cancer Version 2-2015, Toronto: Canadian Partnership Against Cancer and the Canadian Association of Psychosocial Oncology [Internet]. 2015 July [Cited 2015 Aug 27]. Available from: http://www.capo.ca/wp-content/uploads/2015/11/FINAL_Disstress_Guideline1.pdf
 19. Beikmoradi A, Najafi F, Roshanaei G, Esmaeil ZP, Khatibian M, Ahmadi A. Acupressure and anxiety in cancer patients. *Iran Red Crescent Med J*. 2015 Mar; 17 (3): e25919.
 20. Gullich I, Ramos AB, Zan TRA, Scherer C, Mendoza-Sassi RA. Prevalence of anxiety in patients admitted to a university hospital in southern Brazil and associated factors. *Rev bras epidemiol*. 2013 Sept [Cited 2015 Apr 24]; 16 (3). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n3/1415-790X-rbepid-16-03-00644.pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000300009>

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 10/9/2015
 Revisado: 11/04/2016
 Aprobado: 17/04/2016