



Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



Autoestima y *angustia* en individuos sometidos a cirugías oncológicas: estudio correlacional

Luciana Regina Ferreira da Mata¹, Giannina Marcela Chávez¹,
Beatriz Simões Faria¹, Ana Cláudia Castro Antunes¹, Marcela Ribeiro da Silva¹,
Patrícia Peres de Oliveira¹

¹ Universidad Federal de São João del-Rei.

RESUMEN

Objetivo: evaluar, en pacientes en post-operatorio de cirugías oncológicas, la presencia de *angustia* y alteraciones del autoestima, y su posible relación con el tratamiento quirúrgico. **Método:** estudio transversal, cuantitativo, correlacional, realizado en un hospital localizado en el estado de Minas Gerais. Fue utilizado el termómetro de *angustia*, la Escala de Autoestima de Rosenberg es un cuestionario de caracterización de los participantes. **Resultados:** participaron 100 pacientes con media de edad de 59,56 años, con cáncer urológico (30%), la mayoría de hombres (54,0%). Se identificó la presencia de *angustia* en 65% de los pacientes, cuya media de puntuación fue de 5,05. La media del nivel de autoestima fue de 7,07. Las variables *angustia* y *autoestima* presentaron correlación significativa. **Conclusión:** cuanto mejor es el nivel de la autoestima, menor es el de *angustia*; las variables *edad* y *escolaridad* no tuvieron relación; no hubo diferencia significativa entre las variables *sexo* y *tipos de tumor*.

Descriptor: Neoplasias; Oncología Médica; Estrés Psicológico; Autoimagen; Periodo Posoperatorio.

INTRODUCCIÓN

Cáncer es el nombre dado al conjunto de más de 100 tipos de enfermedades caracterizadas por el crecimiento desordenado de células, que presentan mutaciones genéticas y tienen potencial invasivo^(1,2). Los tipos más frecuentes son el de pulmón, seguido por el de mama femenina^(2,3).

Se trata de un problema de salud pública mundial, cuya incidencia creció 20% en la última década. Solamente en 2012, fueron registrados 14,1 millones de casos. Para Brasil, en el año de 2014, se estima el apareamiento de 576 mil nuevos casos de la enfermedad, incluyendo casos de piel no melanoma⁽²⁾.

El tratamiento del cáncer puede ser realizado por medio de técnicas quirúrgicas, radioterápicas, quimioterápico, biológicas y terapia endócrina o hormonoterapia. Entre las técnicas utilizadas, se destaca la cirugía, primera modalidad de tratamiento y la más utilizada en pacientes diagnosticados con la enfermedad^(4,5). Procedimientos quirúrgicos pueden ser vistos por el individuo como un acto agresivo, pues la incerteza y el miedo de cambios en su imagen corporal y en el cotidiano pueden provocar alteraciones como el estrés y llevar a la experiencia de situaciones de conflicto⁽⁵⁾.

La mastectomía total o parcial es un ejemplo de cirugía en que las mujeres presentan síntomas de estrés y alteraciones de la autoestima que fueron proporcionadas por el miedo de la pérdida de un símbolo de femineidad y sexualidad⁽⁶⁾. Otros procedimientos quirúrgicos complejos son los relacionados al cáncer de cabeza y cuello, ocurre resecaamiento de partes moles, de huesos de la cara y, en determinadas veces, de la piel, necesitando del cierre con pedazos. Estos pueden llevar a complicaciones físicas, además de alteraciones estéticas que pueden llevar a problemas sociales, emociones como

miedo, rabia, resentimiento, agresividad y depresión^(4,7) extrapolan la capacidad de controlar (*eustress*), haciendo el estrés negativo, o sea, la angustia (experiencia emocional multifactorial y desagradable que interfiere en la capacidad de lidiar eficientemente con la neoplasia maligna, sus síntomas, cambios físicas y tratamiento)⁽⁸⁾.

Además de eso, pueden provocar alteraciones en su autoestima, factor determinante para garantizar el bienestar físico y psicológico, que influye positiva o negativamente sobre cómo el paciente enfrenta la enfermedad y su tratamiento⁽⁹⁾.

El profesional enfermero, al tomar conocimiento sobre la presencia de *angustia* y cambios en la autoestima, puede intervenir, juntamente con el equipo interdisciplinar, en el cuidado a los pacientes, en especial en el período perioperatorio, observando la disminución de los impactos causados por el estrés por medio de un cuidado que busque la objetividad técnica y la subjetividad en el relacionamiento con los actores involucrados, respetando el sentido dado a las acciones, reacciones y experiencias vividas.

A partir de esos presupuestos, se lanzó la hipótesis de que los individuos oncológicos, en las primeras 48 horas mediar postoperatorio, presentan *angustia* y alteraciones de la autoestima; y hay relación cuando se comparan las variables *angustia*, *autoestima*, *edad* y *escolaridad* con el tratamiento quirúrgico.

Aunque existan investigaciones internacionales sobre el tema, estudios que evalúan y correlacionan autoestima y *angustia* en pacientes sometidos a las cirugías oncológicas son raros y no existe ninguna publicación nacional, lo que justifica la realización de este estudio. Así, está dirigido a evaluar, en pacientes en postoperatorio de cirugías oncológicas, la presencia de *angustia* y alteraciones de la autoestima, bien como su posible relación con el tratamiento quirúrgico.

MÉTODO

Se trata de un cohorte del proyecto de investigación intitulado *Morbidad psicológica y implicaciones para la recuperación quirúrgica en oncología: subvención para la planificación de enfermería*. Se realizó un estudio transversal, correlacionar, con enfoque cuantitativo, utilizándose como referencial metodológico los conceptos de investigación cuantitativa⁽¹⁰⁾, en un hospital de grande porte habilitado como Unacon (Unidad de Asistencia de Alta Complejidad en Oncología), con servicio de radioterapia y de hematología y cirugía oncológica, localizado en el estado de Minas Gerais.

Inicialmente, el tamaño de la muestra fue definido por medio do test estadístico Z, de distribución normal, estimándose una proporción referente a la población de interés para un nivel de significancia de 5% y poder del test estadístico de 80%, resultando en tamaño mínimo de 92 pacientes.

Los participantes fueron captados por un proceso de muestreo consecutivo, o sea, en la medida en que fueron admitidos en las unidades de internación quirúrgicas y que atendieron a los criterios establecidos. El muestreo consecutivo es importante por incluir toda la población (con variaciones estacionales o cambios temporales relevantes a la cuestión de investigación) accesible en un período de tiempo⁽¹⁰⁾.

Se adopto como criterio de selección pacientes oncológicos internados de diciembre de 2014 a julio de 2015 para cirugías oncológicas, en el post-operatorio por más de 24 horas y menos de 72 horas. Se incluyeron pacientes con edad superior a 18 años, sometidos a cirugía para neoplasia maligna y con capacidad cognitiva preservada, verificada por medio de la aplicación del Mini Examen del Estado Mental, que consiste en un importante instrumento de detección y compromiso cognitivo para uso

clínico y en investigación, validado para la población brasileña⁽¹¹⁾. Fueron excluidos pacientes sometidos a cirugías oncológicas diagnóstico y reconstructora y enviado por enfermedad a la unidad de cuidados intensivos.

Totalizaron 100 participantes en el estudio, siendo pacientes en el post-operatorio de cirugías oncológicas de cabeza y cuello, ginecológicas, mastológicas, gastrointestinales, urológicas, torácicas y de pelvi.

Fueron utilizados tres instrumentos para la colecta de datos: un formulario elaborado por las autoras de la investigación dirigiendo la investigación de datos socio demográficos, económicos (edad, situación conyugal, procedencia, escolaridad, situación profesional, renta mensual familiar) y clínicos (conocimiento diagnóstico, tipo de cirugía realizada e comorbilidades); o Termómetro de *Angustia* (TD) y la Escala de Autoestima de Rosenberg.

Traducido y validado para el idioma portugués en el año de 2009⁽¹²⁾, el TD versa de una escala que tiene como objetivo identificar el nivel de angustia y sus posibles causas en el periodo de referencia a la semana anterior, incluyendo el día de la evaluación^(12,13). Permite que el paciente marque el nivel de *angustia* partiendo de cero (sin *angustia*) hasta 10 (*angustia* extrema), y es compuesto por 35 artículos direccionados para el reconocimiento de sus posibles causas, mismo que no estén relacionadas al diagnóstico o al tratamiento. La determinación de la angustia se efectúa siempre que la puntuación marcada en el TD por el paciente es igual o superior a cuatro^(6,8,12).

Quirúrgicos. Los datos fueron procesados y analizados por medio del programa estadístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versión 21.0 para *Windows*®. Se utilizo la técnica de dupla digitación para validación de los datos. Los resultados obtenidos para las variables explicativas (*caracterización socio demográfica,*

económicas y clínica) fueron analizados a partir de estadística descriptiva, medidas de posición y de variabilidad para las variables continuas, y de frecuencia simples para las variables categóricas. Los test de *Kolmogorov-Smirnov*, *Shapiro-Wilk* y *D'Agostino-Pearson* fueron utilizados para verificar la normalidad de las variables *angustia*, *autoestima*, *edad* y *escolaridad*.

Para verificar posible relación entre *angustia*, *autoestima*, *edad* y *escolaridad*, fue utilizado el coeficiente de correlación de *Spearman*, denominado por la letra griega ρ (rô). Las fuerzas de las correlaciones obtenidas fueron analizadas conforme categorización que clasifica valores debajo de 0,30 (mismo que estadísticamente significantes) como de magnitud débil y sin utilidad en la práctica clínica; entre 0,30 y 0,50 de moderada magnitud y arriba de 0,50 de fuerte magnitud. Para evaluar si hubo diferencia entre hombres y mujeres para las variables *de angustia* y *autoestima*, se utilizó el test *Mann-Whitney-Wilcoxon*. El análisis de la diferencia de la distribución de los participantes con relación al lugar de tumor/cirugía en relación a la autoestima y a la *angustia* fue realizada a partir del análisis de diferencia ANOVA *One-Way*. El margen de error utilizado para la decisión del test estadísticos fue de 5,0%, o sea, p -valor < 0,05.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de São João del-Rei y por el Comité de Ética de Investigación del Hospital escenario del estudio (parecer nº 660.597/2014). Es de destacar que los datos fueron colectados después de la firma del Término de Consentimiento Libre y Aclarado.

RESULTADOS

Participaron 100 pacientes en el post-operatorio de cirugía oncológica; la media de

edad fue de 59,56 ñ(desvío estándar de 13,57), variando entre 27 y 86 años. De estos, 54% eran del sexo masculino. La mayoría de la población era casada o vivía en unión consensual (56%), seguida por solteros (17%), viudos (17%) y separados/divorciados (10%). En relación a la procedencia, 89% de los entrevistados vivían en la zona urbana y 11% en la zona rural. Con relación a la religiosidad, 98% confirmaron practicar algún tipo de religión.

La escolaridad media de los participantes fue de 5,79 años (desvío estándar de 4,32), variando de cero a 17 años de edad. Con relación a la situación profesional, 46% de los pacientes eran jubilados, 25% activos, 10% recibían jubilación y mantenían trabajo informal, 10% eran amas de casa, 6% recibían auxilio-enfermedad y 3% estaban desempleados. La renta mensual familiar media de los pacientes fue de R\$1.182, siendo la renta mínima de cero reales y la máxima de R\$12 mil.

Los datos clínicos permitieron identificar que 92% tenían conocimiento del diagnóstico de cáncer. De estos, 41% descubrieron el diagnóstico entre cuatro a 12 meses antes de la fecha de la cirugía, 33% entre uno y tres meses, 11% más de 12 meses y 7% descubrieron el diagnóstico hace menos de un mes. Mayor detalle de los resultados relacionados a la caracterización de los participantes con relación al sitio de la neoplasia maligna/cirugía puede ser visualizado en la **Tabla 1**.

Tabla 1 - Caracterización de los participantes con relación al sitio de la neoplasia maligna/cirugía. Minas Gerais, 2015.

Sítio del cáncer/cirugía	Frecuencia absoluta (n=100)	Frecuencia relativa (%)
Cáncer ginecológico	12	12
Cáncer de cabeza y cuello	15	15
Cáncer gastrointestinal	21	21
Cáncer urológico	30	30

Cáncer de mama	16	16
Cáncer de piel	1	1
Linfoma	3	3
Cáncer de Pulmón	2	2

Fuente: elaboración de los autores, 2015.

Con relación a la realización del tratamiento para la enfermedad, 22% ya habían realizado algún otro tipo de tratamiento, como radioterapia o quimioterapia. actúan sobre la presencia de comorbidades, 57% de los pacientes que presentaban algún tipo de enfermedad crónica como hipertensión arterial sistémica (HAS) y diabetes mellitus (DM), siendo que 36% realizaban tratamiento para HAS, 9% poseían algún tipo de cardiopatía, 8% presentaban HAS y DM e 4% eran diabéticos.

Los resultados obtenidos por el TD indicaron un valor medio de 5,05 para la presencia de *angustia* (desvío estándar de 3,43), y 65% de los pacientes estaban con puntuación igual o superior a cuatro. Los principales problemas vividos por los pacientes, de acuerdo con el TD, en el

período referente a la última semana incluyendo el día de la entrevista, fueron problemas prácticos (64%), familiares (27%), emocionales (92%), involucrando lo espiritual/religioso (15%), físicos (98%), otros problemas (5%).

Para la Escala de Autoestima de Rosenberg, la puntuación media encontrada fue de 7,07 (desvío estándar de 5,03), siendo que la puntuación mínima fue de cero y la máxima de 27 puntos. La mayoría de los pacientes (57%) presento niveles de autoestima elevados en relación a la media.

El coeficiente de correlación de *Spearman* mostró que hay relación positiva entre las escalas de autoestima y *angustia* ($\rho = 0,389$; $p \leq 0,00$), o sea, cuanto mayor la puntuación de la escala de autoestima, mayor la puntuación del TD. Tal resultado implica en la interpretación de que, cuanto peor la autoestima, mayor el nivel de *angustia*. No hubo relación estadísticamente significativa entre las variables *edad* y *escolaridad* con la *angustia* ($p \leq 0,634$; $p \leq 0,971$) y la

Tabela 2 - Distribución de los valores de Coeficiente de correlación $R\hat{o}$ de Spearman referente a edad, escolaridad, Termómetro Angustia y Escala de Autoestima de Rosenberg. Minas Gerais, 2015.

		Edad	Escolaridade	Termómetro de Angustia - puntuación total	Escala de Autoestima de Rosenberg - puntuación total
Edad	coeficiente correlación	1,000	-,360**	,048	,131
	Sig.* (2 extremidades)		,000	,639	,195
	(n=100)	100	100	100	100
Escolaridad	coeficiente correlación	-,360**	1,000	,004	-,105
	Sig.* (2 extremidades)	,000	—	,971	,298
	(n=100)	100	100	100	100
Termómetro de Angustia puntuación	coeficiente correlación	,048	,004	1,000	,389**
	Sig.* (2 extremidades)	,639	,971	—	,000
	(n=100)	100	100	100	100
Escala de Autoestima de Rosenberg puntuación	coeficiente correlación	,131	-,105	,389**	1,000
	Sig.* (2 extremidades)	,195	,298	,000	—
	(n=100)	100	100	100	100

*Sig. - Significativa

**La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 extremidades).

Fuente: elaboración de los autores, 2015.

Mata LRF, Chávez GM, Faria BS, Antunes ACC, Silva MR, Oliveira PP. Self-esteem and distress in patients undergoing cancer surgery: a correlational study. Online braz j nurs [internet] 2016 Dec [cited year month day]; 15 (4):664-674. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5398>

autoestima ($p \leq 0,195$; $p \leq 0,298$), como se ve en la **Tabla 2**.

Los niveles de autoestima y *angustia*, cuando comparados con la variable *sexo*, no presentaron diferencia significativa ($p \leq 0,90$; $p \leq 0,19$). Lo mismo sucedió cuando fue utilizado el test de *Mann-Whitney-Wilcoxon* para comparar estadísticamente la diferencia entre hombres y mujeres investigados para las variables *angustia* y *autoestima*.

Adicionalmente, con el fin de verificar la correlación entre los niveles medios de *angustia* y autoestima mostrados por los pacientes en relación al sitio de la neoplasia maligna/cirugía, es de destacar que los participantes con cáncer de pulmón presentaron una media más elevada de *angustia* ($\pm 8,50$; desvío estándar de 0,71), así como peores niveles de autoestima ($\pm 13,00$; desvío estándar de 2,82), conforme verificado en la **Tabla 3**.

A partir del análisis de diferencia *One-Way* (ANOVA), fue posible concluir que no hubo diferencia del sitio de la neoplasia maligna/cirugía en relación a la *angustia* ($p \leq 0,70$) e autoestima ($p \leq 0,18$).

DISCUSIÓN

Los participantes del estudio fueron, en su mayoría, compuestos por hombres, convergente con los datos encontrados en la literatura^(2,15). Según el Instituto Nacional de Cáncer (INCA), se estiman 395 mil casos nuevos de cáncer para el bienio 2014/2015, siendo la mayoría (204 mil) para el sexo masculino y 190 mil para sexo femenino⁽²⁾.

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)⁽²⁾. Esos números confluyen a esta investigación, pues el cáncer más incidente en la población estudiada fue el urológico, cuyos sitios anatómicos que están incluidos en ese grupo son las neoplasias malignas de vejiga, próstata y riñones. Esas localizaciones corresponden a más de la mitad de los casos de cáncer en el hombre. Actualmente, con medidas apropiadas de detección precoz y prevención, se puede diagnosticar esos tumores en fases iniciales, consiguiéndose, con un tratamiento adecuado, cura en la mayor parte de los casos⁽¹⁶⁾.

Tabla 3 - Distribución de los niveles medios de *angustia* y autoestima presentados por los pacientes en relación al sitio de la neoplasia maligna/cirugía. Minas Gerais, 2015.

Sitio do cáncer/cirugía	Angustia			Autoestima		
	Frecuencia absoluta (n=100)	Media	Desvío estándar	Frecuencia absoluta (n=100)	Media	Desvío estándar
Cáncer ginecológico	12	6		12	9,58	7,68
Cáncer de cabeza y cuello	15	4,47		15	6,53	4,34
Cáncer gastrointestinal	21	4,9		21	7,52	3,86
Cáncer urológico	30	5,1		30	6,93	4,55
Cáncer de mama	16	4,38		16	5,13	4,81
Cáncer de piel	1	8		1	19,1	1,41
Linfoma	3	5		3	6,33	6,65
Cáncer de Pulmón	2	8,5		2	13	2,82

Fuente: elaboración dos autores, 2015.

Los datos encontrados en este estudio, en lo que se refiere a la media de edad de los investigados, escolaridad, renta mensual familiar situación conyugal y profesional, corroboran la literatura. Semejante encontrado fue descrito en un estudio realizado en la ciudad de Hanover, capital del estado de *Niedersachsen* (Alemania), con 80 individuos, cuyo objetivo fue evaluar la frecuencia de *angustia* en pacientes sometidos a la tele terapia. La media de edad encontrada fue de 59,8; la mayoría de los participantes era casada; 46,3% de los pacientes eran jubilados⁽¹⁷⁾. Ya otra investigación, desarrollada en el municipio de Campinas/SP, evaluó la calidad de vida de 80 pacientes con cáncer en tratamiento antineoplásico. La mayoría era formada por hombres, casados, con baja escolaridad y renta salario⁽¹⁸⁾.

Con relación a la religión, 98% de los pacientes afirmaron practicar algún tipo de religión. Las creencias religiosas, manifestadas por medio de rituales, oraciones y meditaciones, componen mecanismos diarios que los individuos se amparan en el momento de enfermedad^(9,19). Cuanto mayor la gravedad, pero se vuelve intensa la conexión religiosa, siendo influenciada por las creencias y valores del paciente. La busca por la religión se vuelve, entonces, una de las formas encontradas por las personas para disminuir el impacto del enfrentamiento de la neoplasia maligna, una vez que facilita la aceptación de la enfermedad y de las restricciones impuestas por ella⁽⁹⁾. La práctica religiosa, generalmente, es la principal estrategia de *coping* más utilizada por personas con cáncer. La creencias en una fuerza superior, el pensamiento positivo y el optimismo son grandes influencias en el incremento de respuestas adaptativas a las circunstancias difíciles y complejas debido a la enfermedad⁽¹⁾.

Referente a la realización de tratamiento para la neoplasia maligna, 22% de los entrevistados afirmaron que ya habían realizado radioterapia o quimioterapia. El tratamiento puede

ser entendido como una amenaza, una vez que puede distanciar al individuo de la convivencia social, por las frecuentes internaciones, llevando muchas veces al abandono de parientes y amigos. Los pacientes pueden adoptar una postura fatalista o volverse sugestionables en relación a la cura. Es una enfermedad que puede llevar a sentimientos negativos, dificultando la elaboración de los enfrentamientos que facilitan y pueden colaborar de forma más realista y positiva con el paciente^(6,13).

La comorbidad más prevalente en el grupo estudiado fue la HAS (36%). Este hecho es relevante, una vez que la patología tiene una estrecha relación con uno de los temas estudiados en esta investigación, la angustia. Pacientes estresados pueden tener descompensación de los niveles de presión arterial⁽⁶⁾, comprometiendo la evolución clínica en el período peri operatorio.

Es de destacar que la edad y la escolaridad de los pacientes no revelaron relaciones estadísticas significativas con relación a los niveles de autoestima y angustia. En estudios recientes, las variables socio demográficas, como edad, sexo y escolaridad, no se mostraron relacionadas a la angustia o a la autoestima^(6,17).

Con respecto al resultado relacionado a la correlación entre la variable *sitio de la neoplasia maligna/cirugía*, o angustia ($p \leq 0,70$) y la autoestima ($p \leq 0,18$), no hubo diferencia estadística. Sin embargo, hay que destacar que, en este estudio, los pacientes con cáncer de pulmón presentaron una media más elevada de *angustia* ($\pm 8,50$; desvío estándar de 0,71), bien como peores niveles de autoestima ($\pm 13,00$; desvío estándar de 2,82). Resultado semejante fue descrito en una investigación realizada en el Distrito Federal, que analizó la relación de la media del nivel de *angustia* con el tipo de diagnóstico. Los pacientes diagnosticados con neoplasia maligna de pulmón presentaron una media de *angustia* más elevada⁽²⁰⁾.

La relación positiva ($p=0,389$; $p \leq 0,00$) entre las variables *angustia* y *autoestima* mostró que hay significancia estadística, o sea, cuanto peor la autoestima, mayor el nivel de *angustia*. No fueron encontrados estudios previos relacionados a la correlación entre *angustia* y autoestima en pacientes oncológicos. Pero se cree que los pacientes con mejores niveles de autoestima están más adaptados a lidiar con síntomas de la angustia.

La incidencia de *angustia* presentada por los pacientes (65%) es semejante a de otras investigaciones, en que sus niveles tuvieron puntuación mayor o igual a cuatro^(13,17,20). Las exigencias de un tratamiento para el cáncer envolviendo hospitalización, exceso de exámenes, cirugías, complejos esquemas de antineoplásicos, nombres complicados de los medicamentos y efectos colaterales, pueden traer al paciente a sentimientos como miedo, angustia, impotencia y dolor^(2,5). Así, la angustia puede ser identificado decurrente de estas alteraciones influenciadas por la forma con que el paciente reaccionará al tratamiento, como verificado en este estudio.

En relación a la lista de problemas, compuesta por 35 artículos, mostró que los problemas físicos y emocionales fueron los más listados por los pacientes - 98% y 92% respectivamente. Mayores niveles de *angustia* del entrevistado relacionados a factores emocionales y físicos ya eran esperados, una vez que la experiencia de la enfermedad (especialmente la neoplasia maligna y los síntomas que la acompañan), la disminución de la calidad de vida, la posible desfiguración, la posibilidad de muerte, las cuestiones financieras y las sociales, ocasionan ansiedad y angustia que resultan en desgastes físicos y emocionales, ocasionando grande impacto en la vida diaria de la persona^(6,17).

Estudios apuntan que la calidad de vida es afectada por los síntomas de la *angustia*^(6,20). Una investigación longitudinal, prospectiva,

realizada con 200 pacientes, que evaluó la prevalencia de *angustia* y calidad de vida a lo largo del tratamiento antineoplásico, mostró que los enfermos con alto nivel de *angustia* presentaron peor calidad de vida⁽²⁰⁾. Este hecho demuestra la importancia de evaluaciones de los pacientes con cáncer durante todo el tratamiento, en todos sus aspectos, no se restringiendo solamente a evaluaciones y cuestionamientos sobre las señales y síntomas físicos, pero abarcando también aspectos psicosociales⁽¹⁵⁾.

En lo que se refiere a la autoestima, la mayoría de los participantes (57%) presento niveles de autoestima elevados. Tal dato está en acuerdo con lo que fue encontrado en otros estudios^(6,9).

A partir de los resultados encontrados, se dio cuenta de la necesidad de participación y comprometimiento del profesional de salud, en el proceso continuo y dinámico de cuidar da persona con neoplasia maligna - principalmente o enfermero, pues es el profesional que tiene mayor contacto con el paciente. Por este motivo, puede establecer con él un vínculo y un diálogo afirmativo en la evaluación de la angustia, con el fin de proporcionar apoyo y direccionamiento en la adopción del mejor camino a ser seguido, en el desarrollo de intervenciones efectivo^(4,13).

En una reflexión teórica sobre la importancia de las intervenciones no farmacológicas direccionadas a procedimientos de enfermería para pacientes con neoplasia, se discute y se hace hincapié a musicoterapia como recurso relevante en el área de enfermería⁽⁵⁾. Igualmente, es imperativa la inclusión de programas de educación permanente en los servicios de salud con entrenamiento para el uso de terapias complementares, con el fin de aumentar el interés de los equipos de profesionales que laboran en esa área, especialmente en sectores de oncología.

Una de las metas a ser alcanzada en la prestación de la asistencia a los pacientes con cáncer es la de proporcionar mejor nivel de comodidad

y calidad de vida posible, lo que podrá contribuir para el aumento de la autoestima tanto a los que están en fase de tratamiento curativo como los que están en cuidados paliativos. Por lo tanto, para conocer el impacto de la enfermedad y del tratamiento en la vida de cada uno es de vital importancia para la planificación de acciones que objetivan al adecuado atendimento de sus necesidades, promoviendo la reducción del estrés para el paciente y su familia^(5,13).

Aunque de estar de acuerdo con los criterios estipulados en la metodología, una de las limitaciones del estudio fue la población constituida solamente por pacientes oncológicos adultos en el post-operatorio internados en un hospital, lo que impide la generalización de sus resultados. A pesar de eso, esa limitación no invalida el estudio y responde de forma satisfactoria a las proposiciones de la investigación. Los resultados estimulan a la continuidad de ese tipo de investigación/evaluación con un grupo mayor de pacientes, para una posible confirmación de los resultados preliminares.

CONCLUSIÓN

La mayoría de los participantes del estudio sometidos a cirugías oncológicas, en el post-operatorio más de 24 horas y menos de 72 horas, presentó *angustia*, siendo que los principales problemas vividos por ellos, en el período referente a la última semana, incluyendo el día de la entrevista, fueron los físicos, emocionales y prácticos, respectivamente; a pesar de niveles de autoestima elevados.

Se encontró que cuanto mayor era la autoestima de los entrevistados, menor el nivel de *angustia*, y las variables socio demográficas *edad* y *escolaridad* no tuvieron relación con los niveles de autoestima y *angustia* presentados por los enfermos, así como no hubo diferencia

significativa entre las variables *sexo* y *tipos de neoplasia maligna* y la correlación entre la variable *sito de la neoplasia maligna/cirugía*, la *angustia* y la autoestima.

Al conocer las implicaciones de la *angustia* y de las alteraciones en el autoestima, este estudio puede servir como un subvención a la práctica del enfermero en la planificación de una asistencia enfocada no solo en los síntomas físicos, pero incluyendo los síntomas emocionales de los pacientes, así como ofrecer medios que permitan un menor impacto en la calidad de vida de las personas internadas con cáncer para tratamiento quirúrgico.

Por lo tanto, son necesarios más estudios sobre el tema y que el profesional de salud tenga una atención más amplia, para además de la naturaleza de los resultados y en transcurrir del proceso de tratamiento, implantando en los servicios la práctica de monitoreo y asistencia, incluyendo *angustia* y autoestima. Esa atención permite conocer experiencias y problemas vividos, que pueden estar presentes de forma velada o no en el cotidiano de la atención a la salud.

Sin embargo, se espera que los resultados auxilien en la organización de un registro de datos sobre *angustia* y evaluación de la autoestima en servicios de salud que atiendan pacientes con cáncer, con el objetivo principal de determinar objetivos de intervención, haciendo el cuidado más eficiente e integral. Al detectarse la *angustia* y la alteración en el autoestima, el enfermero podrá planear una asistencia que posibilite su reducción y, con eso, mejore la calidad de vida de esa persona.

CITAS

1. Alves PC, Santos MCL, Fernandes AFC. Estresse e coping em mulheres com câncer de mama: um estudo transversal. Online Braz J Nurs (Online)

- [Internet]. 2012 [cited 2015 Sept 12] 11(2). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3714/pdf>. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20120028>
2. 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 Sept 03]. Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>
 3. Stewart B, Wild CP. World Cancer Report 2014. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2014.
 4. 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 Sept [Cited 2015 Sept 29]; 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>
 5. 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 Sept; 31(3): 101-6.
 6. Bidstrup PE, Christensen J, Mertz BG, Rottmann N, Dalton SO, Johansen C. Trajectories of distress, anxiety, and depression among women with breast cancer: Looking beyond the mean. *Acta Oncol*. 2015 May; 54(5):789-96.
 7. Sharma A, Madan R, Kumar R, Sagar P, Kamal VK, Thakar A, et al. Compliance to therapy-elderly head and neck carcinoma patients. *Can Geriatr J*. 2014 Sept; 17(3):83-7.
 8. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®): distress Management. NCCN [Internet]. 2012 [cited 2015 Sept 30]. Available from: <http://www.oralcancerfoundation.org/treatment/pdf/distress.pdf>
 9. Gomes NS, Silva SR. Evaluation of the self-esteem of women who had undergone breast cancer surgery. *Texto Contexto Enferm*. 2013; 22(2): 509-16. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/en_v22n2a29.pdf
 10. Bryman A. *Social Research Methods*. 4 ed. Oxford: Oxford University Press; 2012.
 11. Souza J, Luis MAV, Corradi-Webster CM. Brief interventions and tools for nursing care: a quantitative, descriptive and exploratory study. *Online Braz J Nurs (Online)* [Internet]. 2013 Apr [Cited 2015 Sept 28]; 12(1): Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3504>. doi:<http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20133504>
 12. Decat CS, Laros JA, Araújo TCCF. Termômetro de Distress: validação de um instrumento breve para avaliação diagnóstica de pacientes oncológicos. *Psico USF*. 2009;14(3):253-60.
 13. Chiang AC, Amport SB, Corjulo D, Harvey KL, McCorkle R. Incorporating patient-reported outcomes to improve emotional distress screening and assessment in an ambulatory oncology clinic. *J Oncol Pract*. 2015 May; 11(3):219-22.
 14. Dini GM, Quaresma MR, Ferreira LM. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da Escala de Autoestima de Rosenberg. *Rev Soc Bras Cir Plast*. 2004 Jan-Abr; 19(1):41-52.
 15. Sá CU, Rodrigues AB, Oliveira PP, Andrade CT, Amaral JG. Quality of life and people using antineoplastic agents: a descriptive study. *Online Braz J Nurs (Online)* [Internet]. 2014 Sept [Cited 2015 Oct 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>
 16. Toğral G, Arıkan M, Aktaş E, Öztürk R, Güven O, Eksioğlu F. Surgical management of bone metastases from urological malignancies: an analysis of 70 cases. *Acta Orthop Traumatol Turc*. 2015; 49(6):634-40.
 17. Hess CB, Singer M, Khaku A, Malinou J, Juliano JJ, Varlotto JM, et al. Optimal Frequency of Psychosocial Distress Screening in Radiation Oncology. *J Oncol Pract*. 2015 Jul;11(4):298-302.
 18. Mansano-Schlosser TC, Ceolim MF. Quality of life of cancer patients during the chemotherapy period. *Texto Contexto Enferm*. 2012; 21(3): 600-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/en_v21n3a15.pdf
 19. Young WC, Nadarajah SR, Skeath PR, Berger NA. Spirituality in the context of life-threatening illness and life-transforming change. *Palliat Supportive Care*. 2015 Jun;13(3):653-60.

20. Bergerot CD, Araujo TCCF. Assessment of distress and quality of life of cancer patients over the course of chemotherapy. *Invest Educ Enferm.* 2014; 32(2): 216-24.

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: 16/11/2015
Revisado: 20/09/2016
Aprobado: 26/09/2016