

**Particularidades de la ansiedad en pacientes con cáncer de cabeza y cuello/
Characteristics of anxiety on patients with head and neck cancer**

Lic. Dayana Hernández Mederos,I Lic. Yeny Laura Pérez Guirado,I Dra. C. Vivian M. Guerra Morales,I Dr. Águedo Treto González,I Dr. C. Ricardo Grau Ábalol

I Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular

RESUMEN

Introducción: el cáncer de cabeza y cuello es una afección que puede dañar, además de la cara y la voz, funciones vitales como la ingestión de alimentos, la deglución y la respiración. Debido a ello se asocia con vivencias y estados psicológicos negativos como la ansiedad.

Objetivo: determinar las particularidades de la ansiedad en pacientes con cáncer de cabeza y cuello en etapa diagnóstica y de control de la enfermedad.

Métodos: se optó por un paradigma de investigación cuantitativo, con un diseño no experimental y un estudio correlacional. La muestra estuvo integrada por 15 pacientes recién diagnosticados, previos al tratamiento y 15 en etapa de control de la enfermedad. Se aplicó la entrevista psicológica, el inventario de autoevaluación de ansiedad rasgo-estado, el aprendizaje de diez palabras, la escala de ansiedad patológica, el test de completamiento de frases y el autorreporte vivencial. Se utilizaron el Test Exacto de Fisher, Test de Mann Withney y la Correlación no paramétrica de Kendall tau-c para el análisis de los datos.

Resultados: los resultados alcanzados permitieron caracterizar la presencia de ansiedad estado alta en los pacientes recién diagnosticados y media en los pacientes en etapa de control de la enfermedad, así como ansiedad rasgo media en ambos grupos.

Conclusiones: como tendencia general en los pacientes estudiados en ambas etapas, se manifiesta la ansiedad situacional.

Palabras Clave: ansiedad, cáncer de cabeza y cuello, imagen corporal.

ABSTRACT

Introduction: head and neck cancer is a suffering that can also hurt face and voice, vital functions such as food ingestion, swallowing and breathing. Negative psychological situations like anxiety and experiences are related to these harms.

Objective: To determine the characteristics of the anxiety on patients suffering from head and neck cancer in the diagnostic and control stage of the disease.

Methods: A quantity research prototype with a non experimental design and a correlation study was chosen. The sample was formed by fifteen newly diagnosed patients previous to receive the treatment and other fifteen patients in the disease control stage. Psychological interview, feature – state anxiety self evaluation, ten words learning, pathologic anxiety scale, completing phrases test and the experiences self report. To analyze data there were used Fisher test, Mann Whitney test and Kendall tau-c Non Parametric Correlation.

Results: The obtained results allowed characterizing the presence of high anxiety on newly diagnosed patients and mid stage of anxiety on patients in the control stage of the disease and as feature on both groups mid anxiety.

Conclusions: Situational anxiety is the general tendency on the studied patients on both stages.

Key words: anxiety, head and neck cancer, body image.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de ansiedad constituyen una de las formas de mayor prevalencia de enfermedad psiquiátrica en la sociedad actual, sin embargo, la gran mayoría de los pacientes que sufren estos trastornos, no son correctamente identificados ni reciben siempre el tratamiento adecuado. La ansiedad es por definición un estado de inquietud o de zozobra donde el sujeto experimenta la sensación subjetiva de malestar y de opresión y el sentimiento de que un peligro para él desconocido, frente al cual se siente inseguro; lo amenaza. Para comprender este concepto se pueden categorizar las diferentes formas de ansiedad en tres expresiones fundamentales: La ansiedad que se presenta como característica individual de la personalidad y que ha sido denominada tradicionalmente: ansiedad rasgo o personal. La ansiedad que se manifiesta como una reacción, como un estado de tensión ante determinadas situaciones estresantes o íntimamente dependientes de estas: ansiedad estado o situacional. La ansiedad que aparece como síntoma o más propiamente como un síndrome y que llamaremos: ansiedad patológica.¹ En función de ello, desde hace varios años la Psicooncología se ha venido encargando del estudio y la mejora de la calidad de vida y la salud mental de los pacientes con cáncer,² siendo estos víctimas de estados afectivos negativos tales como la ansiedad, una vez que sospechan o tienen conocimiento del diagnóstico de esta enfermedad.^{3,4} Las principales fuentes de ansiedad en los pacientes con cáncer giran entorno a la naturaleza de esta enfermedad, que como bien es sabido es crónica, por lo que el paciente debe realizar cambios en su estilo de vida y adoptar estrategias de afrontamiento eficaces que le garanticen una mejor y rápida adaptación a su nueva condición, algo difícil de entender por el que sufre la enfermedad. Sumado a ello se encuentra la problemática de los

tratamientos empleados, generalmente agresivos, cargados de efectos colaterales, que no aseguran la rehabilitación total, situación que se caracteriza por la constante incertidumbre y la escasa capacidad de control percibidas. Un tercer aspecto es el de las connotaciones psicosociales del cáncer.⁵ Significación de muerte, desfiguración y dolor son algunos de los estereotipos asociados a esta enfermedad. En el caso específico del cáncer de cabeza y cuello, existe el riesgo de que queden afectados seriamente dos elementos que son de gran importancia para la interacción humana: la cara y la voz, pudiendo verse afectadas la socialización, la autoestima, la autopercepción y la autovaloración del paciente.^{3,6,7}

En este caso se aborda el estudio del cáncer de cabeza y cuello, tratándose de una afección que puede dañar además de la cara y la voz, funciones vitales como la ingestión de alimentos, la deglución y la respiración. En función de esta problemática el objetivo general del estudio fue determinar las particularidades de la ansiedad en pacientes con cáncer de cabeza y cuello en etapa diagnóstica previa al tratamiento y en etapa de control de la enfermedad (post tratamiento). Dentro de los objetivos específicos estuvieron: caracterizar las principales manifestaciones de la ansiedad estado presente en los pacientes objeto de estudio, valorar la existencia de ansiedad rasgo y comparar las particularidades de la ansiedad en pacientes recién diagnosticados, y previo al tratamiento y en pacientes que se encuentran en etapa de control de la enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Bajo un paradigma cuantitativo, con un diseño no experimental y un estudio correlacional, se asumió una población asociada a todos los pacientes con cáncer de cabeza y cuello que cumplían con los criterios de inclusión, atendidos en el Hospital Universitario “Celestino Hernández Robau”, de la ciudad de Santa Clara, de noviembre del 2007 a mayo del 2008. Utilizando un muestreo sistemático aleatorio, se incorporaron a la muestra los 5 primeros pacientes de cada mes, con este diagnóstico, hasta completar 15 en el grupo recién diagnosticado (Grupo 1) y 15 en el grupo en la etapa de control de la enfermedad (Grupo 2).

Para la selección se tuvieron en cuenta los siguientes *Criterios de Inclusión*: ofrecer el Consentimiento Informado, entre los 40 y 70 años de edad, con un nivel mínimo de escolaridad de sexto grado (por las características de las pruebas psicológicas), portadores de cáncer de cabeza y cuello. *Criterios de Exclusión*: pacientes con problemas intelectuales. *Criterios de Eliminación*: pacientes no dispuestos a cooperar, pacientes que fallecieran durante el estudio. Se aplicaron métodos y pruebas psicológicas como: entrevista psicológica, inventario de autoevaluación de ansiedad rasgo-estado, aprendizaje de diez palabras, escala de ansiedad patológica, tests de completamiento de frases y el autorreporte vivencial; las cuales fueron evaluadas cuantitativamente a través del paquete estadístico SPSS Versión 11.0. Se utilizaron el

Test Exacto de Fisher, la prueba U de Mann Withney y la Correlación no paramétrica de Kendall tau-c para el análisis de los datos.

RESULTADOS

De los pacientes que pertenecían al grupo en etapa diagnóstica el 80 % reconoció la presencia de síntomas asociados con la ansiedad, tales como: preocupación, irritabilidad, temor a la muerte y a los tratamientos, dificultades en la memoria y sobreintranquilidad. En relación con ello los 12 pacientes afirmaron haber necesitado tratamiento psicológico aunque no acudieron nunca a consulta. De igual forma en el grupo en la etapa de control de la enfermedad, el 80 % de los pacientes identificaron síntomas como: sobreintranquilidad, preocupación, cambio frecuente de actividad sin acabarla, dificultades en el sueño y en la memoria y temor o miedo a la muerte; se percataron de la necesidad de tratamiento psicológico pero tampoco recurrieron al mismo, de ellos 3 afirmaron automedicarse. El 100 % de los pacientes de la muestra refirió sentir preocupación por la salud y la enfermedad, con la particularidad de que en los pacientes del Grupo 1 estas recaían sobre el éxito de los tratamientos y en los pacientes del Grupo 2 se relacionaban con el riesgo de metástasis o la aparición de alguna nueva complicación que pudiera ocasionar la muerte. Al centrarnos en el análisis de los niveles de ansiedad en ambos grupos muestrales se obtuvieron los resultados siguientes:

Tabla 1. Ansiedad estado en niveles, por grupos.

			Grupos		Total
			Pacientes recién diagnosticados	Pacientes en etapa de control	
Nivel de ansiedad estado	Alta	Cantidad	8	5	13
		% de Grupos	53.3%	33.3%	43.3%
	Media	Cantidad	7	8	15
		% de Grupos	46.7%	53.3%	50.0%
	Baja	Cantidad	0	2	2
		% de Grupos	.0%	13.3%	6.7%
Total	Cantidad	15	15	30	
	% de Grupos	100.0%	100.0%	100.0%	

Sig del test exacto de Fisher: 0.296

Al valorar la presencia de ansiedad estado como podemos observar no existen diferencias entre ambos grupos (Test Exacto de Fisher: probabilidad 0,296 > 0,05). Sin embargo, cabe señalar que el nivel alto se manifiesta con cierta superioridad en el Grupo 1, esta tendencia predominante se asoció en el Grupo 2 al nivel medio⁸. Por su parte la ansiedad rasgo se comportó de la forma siguiente:

Tabla 2. Ansiedad rasgo en niveles, por grupos.

			Grupos		Total
			Pacientes recién diagnosticados	Pacientes en etapa de control	
Nivel de ansiedad rasgo	Alta	Cantidad	5	3	8
		% de Grupos	33.3%	20.0%	26.7%
	Media	Cantidad	7	10	17
		% de Grupos	46.7%	66.7%	56.7%
	Baja	Cantidad	3	2	5
		% de Grupos	20.0%	13.3%	16.7%
Total	Cantidad	15	15	30	
	% de Grupos	100.0%	100.0%	100.0%	

Sig del test exacto de Fisher: 0.605

La ansiedad rasgo para ambos grupos se manifestó con un porcentaje más elevado en el nivel medio, siendo más significativo en el Grupo 2 con un 66,7 %, sin embargo se constató una ligera primacía de la presencia de ansiedad rasgo en pacientes recién diagnosticados. En relación con el análisis de la Escala de Ansiedad Patológica para ambos grupos, se obtuvo:

Tabla 3. Ansiedad patológica en niveles, por grupos.

			Grupos		Total
			Pacientes recién diagnosticados	Pacientes en etapa de control	
Escala de ansiedad patológica	Alta	Cantidad	1	1	2
		% de Grupos	6.7%	6.7%	6.7%
	Baja	Cantidad	14	14	28
		% de Grupos	93.3%	93.3%	93.3%
Total		Cantidad	15	15	30
		% de Grupos	100.0%	100.0%	100.0%

Sig. del test exacto de Fisher: 1.000

La categoría que predominó en ambos grupos fue baja. Así las medias de cada uno fueron casi coincidentes: Grupo 1 igual a 6,93 y Grupo 2 igual a 6,87 con una desviación de datos de 7,7 con respecto a la media. Al realizar un análisis entre la puntuación de la ansiedad rasgo y estado se obtuvo el resultado siguiente:

Tabla 4. Relación entre el nivel de ansiedad estado y el nivel de ansiedad rasgo.

			Nivel de ansiedad rasgo			Total
			Alta	Media	Baja	
Nivel de ansiedad estado	Alta	Cantidad	7	6	0	13
		% del Total	23.3%	20.0%	.0%	43.3%
	Media	Cantidad	1	9	5	15
		% del Total	3.3%	30.0%	16.7%	50.0%
	Baja	Cantidad	0	2	0	2
		% del Total	.0%	6.7%	.0%	6.7%
Total	Cantidad	8	17	5	30	
	% del Total	26.7%	56.7%	16.7%	100.0%	

Sig. del test exacto de Fisher: 0.010.

Como datos significativos se obtuvo que 9 pacientes poseían ansiedad estado y rasgo media, 7 se ubicaron en ansiedad estado y rasgo alta y 6 en ansiedad estado alta y rasgo media. El coeficiente de correlación no paramétrico de Kendall obtuvo una significación de 0,002, lo cual permitió afirmar que existe correlación entre ambas variables.

En cuanto a la correlación entre la ansiedad estado y la patológica, 15 pacientes se identificaron con ansiedad estado media y ansiedad patológica baja, 11 con ansiedad estado alta y patológica baja. La correlación no paramétrica a través del Coeficiente de Correlación de rangos de Kendall obtuvo significación de 0,251 lo cual habla a favor de una correlación no significativa entre las variables estudiadas. Por otro lado la curva de regresión evidenció que existe una relación directa entre las variables ansiedad rasgo y ansiedad patológica con tendencia a la intensidad ($R=0,551$), a través de lo cual se evidenció que en la medida que aumentan los valores de la primera variable aumentan los de la segunda (es válido aclarar que aunque los valores de la ansiedad patológica aumentan, en su mayoría no sobrepasan el nivel bajo). Como resultado de la técnica Autorreporte Vivencial, el grupo en etapa diagnóstica evidenció una tendencia a experimentar “escasamente” los estados psíquicos referidos. Como excepción de ello estuvo la ansiedad, vivenciada “intensamente” en 9 de los pacientes (60 %) y la inquietud, vivenciada “moderadamente” para 7 de los mismos (46,7 %). De igual forma en el grupo en etapa de control prevalecen las respuestas “escasamente”, exceptuando nuevamente la ansiedad, vivenciada “moderadamente” en 9 de los pacientes (60 %) y la tristeza que resultó ser “moderadamente” para 7 de los pacientes (46,7 %) de este segundo grupo. Respecto al Completamiento de Frases se observó que predominaban las respuestas de conflicto para ambos grupos. En el Grupo 1, se observó una tendencia a la aparición de preocupaciones relacionadas con la salud y la enfermedad (en los 15 pacientes del grupo, para un 100 % de los mismos), así como la limitación que esta última pueda representar en el trabajo (en nueve

pacientes para un 60 % de los integrantes del grupo), esto se observa en frases como: “mi mayor problema es mi salud”, “sufro no poder trabajar en este momento”. En el Grupo 2 predominaron también las preocupaciones asociadas con la salud y la enfermedad (en los 15 pacientes del grupo, para un 100 % de los mismos), así como con la familia (expresadas por 12 pacientes del grupo, para un 80 %), tales como: “yo necesito tener salud” “la preocupación principal es salir bien de esta enfermedad y que no aparezca una nueva complicación” ,“mi mayor problema es el complejo por el cáncer”, “me pone nervioso cualquier problema de salud que tengan mis hijos”. En el grupo en etapa diagnóstica se apreció que la generalidad de las respuestas positivas (14 pacientes del grupo, para un 93,3 %) se dirigen hacia las relaciones interpersonales y el área laboral, como por ejemplo: “las otras personas se preocupan por mí”, “el trabajo reconforta”; y en el grupo en etapa de control de la enfermedad este tipo de respuestas se relacionan también con el grupo de amigos y con la familia (14 pacientes del grupo, para un 93,3 %), como por ejemplo: “las otras personas me son muy afines, en especial mi familia”, “las otras personas me aprecian mucho”, “la felicidad son mis hijos y mi casa”. Al analizar la técnica Aprendizaje de 10 Palabras se obtuvo que el total de los pacientes de la muestra mostraron dificultades en la actividad mnémica, con un rango de palabras recordadas de 23 a 49, en muy pocos casos el criterio mínimo de normalidad, con predominio del tipo de curva baja en zigzag y con índices de fatigabilidad.

DISCUSIÓN

La atención psicológica continua siendo fundamental en la atención al paciente oncológico. En nuestro estudio logramos constatar que tanto en la etapa diagnóstica, como en la de control de la enfermedad persiste esta necesidad, sin embargo, ninguno de los pacientes asistió a consulta, acudiendo en algunos casos a la automedicación. Las principales fuentes de ansiedad en este tipo de pacientes son las preocupaciones por la salud y la enfermedad con la particularidad de que en los pacientes del Grupo 1 se relacionan con el temor a la muerte y a los tratamientos y en el Grupo 2 con el riesgo de metástasis o la aparición de alguna nueva complicación que pudiera ocasionar la muerte. Sin embargo, esta diferencia en cuanto a un nivel más bajo de ansiedad estado en los pacientes en etapa de control se justifica en que existe la tendencia a percibirse más fuertes a la hora de enfrentar situaciones difíciles relacionadas con la enfermedad, así como pérdida del temor a los tratamientos y al propio hospital, no así en el tema de la imagen corporal donde persisten complejos asociados a la enfermedad y la sensación de inspirar lástima debido a las visibles secuelas de los tratamientos a que fueron sometidos.

En un estudio realizado en Melbourne en el año 2009 con 102 pacientes con cáncer de cabeza y cuello también se observó un declive de la ansiedad en el período pre hasta el post tratamiento, reduciéndose respectivamente los síntomas más severos de un 30 % hasta un 17 %.⁹ En ambos grupos las principales aspiraciones giraron en torno a recuperar la salud aunque coexisten otras relacionadas con la familia, el trabajo, las necesidades económicas y materiales. No obstante, para ambos grupos tienen vital importancia las redes de apoyo social, como la familia y los amigos, ya que precisamente estas le brindan la ayuda y la comprensión que necesitan para un mejor afrontamiento de su enfermedad.

Una vez más queda demostrada la estrecha relación que existe entre la ansiedad estado y la ansiedad rasgo, donde a mayor puntuación de una mayor puntuación de la otra. Resultados similares obtuvo C. Spielberger al ratificar que las personas con ansiedad rasgo alta tienden a ver mayor peligro en el mundo comparado con los que la tienen baja, como resultado de ello responden a su percepción de amenaza con un mayor incremento de sus estados de ansiedad.¹⁰

De manera general, podemos concluir que los resultados alcanzados permitieron caracterizar la presencia de ansiedad estado alta en los pacientes recién diagnosticados y media en los pacientes en etapa de control de la enfermedad. Predominaron síntomas comunes como preocupación, irritabilidad, temor a la muerte y a los tratamientos, afectaciones en la dinámica de la actividad mnémica y sobreintranquilidad, relacionados con la situación demandante. Se evidenció la existencia de una ansiedad rasgo media en ambos grupos, con cierta prevalencia en los pacientes en etapa de control de la enfermedad y asociada a la vivencia de la ansiedad estado. Como tendencia general en los pacientes estudiados en ambas etapas, se manifiesta la ansiedad situacional, en la cual se constató una estructura menos compleja e internalizada, asociada a las limitantes que la enfermedad impone a la realización sociopsicológica de la personalidad. Resultados similares obtuvo Pérez C. en su estudio "Evaluación Psicológica del paciente con cáncer en la APS", constatando la presencia de ansiedad en todos los pacientes de la muestra.¹¹ Se recomendó continuar la línea de investigación logrando ampliar la muestra en estudio. Divulgar los resultados obtenidos dentro de los profesionales del equipo de salud que asume la atención del paciente oncológico, así como elaborar estrategias de intervención psicológica focalizadas en el apoyo emocional, necesidad altamente vivenciada por los pacientes con enfermedades oncológicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grau J. Perspectivas del estudio del cuadro interno en las enfermedades. Revista Cubana de Psicología. 1984; 1:53-62.

2. Dura E, Ibáñez E. Psicología oncológica: Perspectivas futuras de investigación e intervención profesional. *Revista Saúde & Doenças* 2000; 1(1):27-43.
3. **Mochizuki Y, Matsushima E, Omura K.** Perioperative assessment of psychological state and quality of life of head and neck cancer patients undergoing surgery. **Int J Oral Maxillofac Surg.** 2009 Feb; 38(2):151-9. Disponible en: <http://hinari-gw.who.int/whalecomwww.sciencedirect.com/whalecom0/science/article/pii/S0901502708003895>
4. Baade PD, Youlden DR, Chambers SK. **When do I know I am cured? Using conditional estimates to provide better information about cancer survival prospects.** *Med J Aust.* 2011 Jan; 194(2):73-7.
5. Ferrel R, Peña A, Gómez N, Pérez K. Esquemas maladaptativos tempranos en pacientes diagnosticados con cáncer atendidos en tres centros oncológicos de la ciudad de Santa Marta (Colombia) *Psicol. Caribe.* 2009 Dic (Citado el 14 de Marzo 2012); 24. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2009000200009&lng=es&nrm=iso
6. Dropkin MJ. Anxiety, coping strategies, and coping behaviors in patients undergoing head and neck cancer surgery. **Cancer Nurs.** (Internet) 2001 Abril; 24 (2):143-8. Disponible en: http://hinari-gw.who.int/whalecomovidsp.tx.ovid.com/whalecom0/sp-3.5.1a/ovidweb.cgi?&S=AFJKFPMCKMDDNEPMNCALAHMCOABHAA00&Link+Set=S.sh.15.16.20.24%7c10%7csl_10
7. Aarstad AK, Beisland E, Osthus AA, Aarstad HJ. **Distress, quality of life, neuroticism and psychological coping are related in head and neck cancer patients during follow-up.** *Acta Oncol.* 2011 Apr; 50(3):390-8. Disponible en: <http://preview.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20843173>.
8. Mehta CR, Patel NR. A hybrid algorithm for Fisher's exact test in unordered r x c contingency tables. *Communications in Statistics.* 1986; 15 (2): 387-403.
9. **Neilson KA, Pollard AC, Boonzaier AM, Corry J, Castle DJ, Mead KR, et al.** Psychological distress (depression and anxiety) in people with head and neck cancers. **Medical Journal Aust.** 2010; 193:48-51.
10. Spielberger CD. State-Trait Anxiety Inventory for children. Madrid: TEA; 1973.

11. Pérez C. Evaluación psicológica del paciente con cáncer en la APS. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005; 21(1-2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100011&lng=es&nrm=iso .

Recibido: 15 de diciembre de 2012.

Aceptado: 12 de julio de 2013.

Dayana Hernández Mederos. Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Calzada de Managua 59 B entre Luna y Alegría. Reparto La Lira. Arroyo Naranjo, La Habana. Teléfono: 838 6146 (trabajo). Dirección Electrónica: dayana@icccv.sld.cu