



ARTÍCULO ORIGINAL

Alteraciones emocionales y psicopatológicas en pacientes oncológicos laringectomizados



Nuria Blanco-Piñero^a, Rosario Antequera-Jurado^b, Luis Rodríguez-Franco^b,
Elena Ibáñez-Guerra^c, Tomás F. Herrero-Salado^d y Serafín Sánchez-Gómez^{d,*}

^a Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

^b Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

^c Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia, Valencia, España

^d Unidad de Gestión Clínica de Otorrinolaringología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

Recibido el 31 de julio de 2014; aceptado el 17 de septiembre de 2014

Disponible en Internet el 21 de noviembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Cáncer de laringe;
Laringectomía total;
Alteraciones
emocionales

Resumen

Introducción y objetivos: Se desconoce si afrontar un cáncer de laringe y someterse a laringectomía total son experiencias tan impactantes emocionalmente para el paciente como los cánceres de otras localizaciones. El objetivo del estudio fue identificar la incidencia de sufrimiento emocional y psicológico en pacientes laringectomizados y describir sus matices sintomatológicos.

Métodos: Estudio transversal descriptivo de la respuesta emocional y psicopatológica de 100 pacientes oncológicos sometidos a laringectomía total, evaluados inmediatamente tras la cirugía (N=35), al iniciar la rehabilitación comunicativa (N=23) y a los 5 años del diagnóstico (N=42) frente a un grupo control de 55 sujetos sanos. La batería de evaluación psicopatológica para ansiedad, depresión, trastorno por estrés postraumático, intrusión, evitación y excitación constó de una entrevista específica, la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) y el Inventario de Estrés Postraumático (IES-R).

Resultados: Los pacientes laringectomizados presentaron baja incidencia de alteraciones emocionales y psicológicas como ansiedad (6,9%), depresión (5,9%) y/o trastorno por estrés postraumático (28,4%) con intensidad suficiente para constituir un diagnóstico psicopatológico. Un 57,4% de los pacientes presentaba malestar emocional difuso de carácter postraumático (el 52,6% de ellos), más prevalente e intenso en el grupo en rehabilitación.

Conclusiones: Los síntomas de ansiedad, depresión y trastorno por estrés postraumático tras una laringectomía total no son de suficiente intensidad y cualidad para constituir entidades

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sanchezsg@us.es (S. Sánchez-Gómez).

clínicas diagnosticables, sino cuadros de trastorno adaptativo. Son menores que los de pacientes afectados por cáncer de otras localizaciones y se presentan fundamentalmente en la fase de rehabilitación, donde deberían centrarse las actuaciones psicológicas preventivas y de apoyo. © 2014 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Laryngeal cancer;
Total laryngectomy;
Emotional disorders

Emotional and psychopathological disorders in laryngectomized oncological patients

Abstract

Introduction and objectives: It is unknown if patients who suffer from laryngeal cancer and undergo total laryngectomy experience as much emotional shock and psychological distress as patients with cancers in other locations do. The aim of the study was to identify the incidence of emotional and psychological disorders in laryngectomized patients and describe their symptomatological nuances.

Methods: A descriptive cross-sectional study of emotional and psychopathological response of 100 cancer patients undergoing total laryngectomy was performed. The patients were evaluated immediately after surgery (n = 35), when initiating communicative rehabilitation (n = 23) and 5 years after diagnosis (n = 42), versus a control of 55 healthy subjects. Psychopathological assessment battery for anxiety, depression, intrusion, avoidance, arousal and posttraumatic stress disorder consisted of a specific interview, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the Impact of Event Scale-Revised (IES-R).

Results: Laryngectomized patients had low incidence of emotional and psychological disorders such as anxiety (6.9%), depression (5.9%) and/or posttraumatic stress disorder (28.4%), but with sufficient intensity to constitute a psychopathological diagnosis. A significant level of distress was found in 57.4% of patients, with clear diffuse traumatic nature in 52.6% of them, which was more prevalent and intense in the rehabilitation group.

Conclusions: Symptoms of anxiety, depression and posttraumatic stress disorder during different stages after total laryngectomy are not of sufficient intensity and quality to be diagnosable clinical entities; they can be considered an adaptive disorder. The symptoms are less than those of patients with cancer in other locations and appear mostly in the rehabilitation stage, where preventive performances and psychological support should be focused.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial. All rights reserved.

Introducción

El diagnóstico y padecimiento de una enfermedad oncológica enfrentan al paciente a su propia muerte y finitud, y constituyen una vivencia traumática de tal intensidad y rapidez que puede desestabilizarlo emocional y psicológicamente, dificultando considerablemente su facultad de adaptación y control¹⁻⁶. Desde el momento del diagnóstico y durante todo el proceso de tratamiento y recuperación suelen aparecer en la vida cotidiana de los pacientes y sus familiares gran variedad de reacciones emocionales disruptivas, encontrándose altas tasas de estrés y alteraciones emocionales y psicológicas. Tras el diagnóstico se observa un aumento de la prevalencia de cuadros ansiosos en pacientes que presentan una escasa adaptación a esta etapa^{7,8} y la sintomatología depresiva es más prevalente tras el inicio de los tratamientos médicos activos contra la enfermedad^{9,10}. Cuando el paciente oncológico sufre sintomatología postraumática, esta tiende a presentar una evolución paralela al proceso de tratamiento y recuperación del cáncer desde que se produce la situación que lo desencadenó. En cualquier caso, el paso del tiempo

suele hacer que la sintomatología detectada inicialmente en los pacientes oncológicos vaya disminuyendo en intensidad, aunque pueden sufrirse períodos de reagudización ante el afrontamiento de situaciones puntuales como las revisiones y controles médicos. En muchos casos la sintomatología emocional que manifiestan algunos pacientes oncológicos es confundida con las consecuencias físicas del tratamiento, conduciendo a una baja tasa de detección y, por tanto, de abordaje terapéutico.

Así, síntomas propios de cuadros depresivos o ansiosos como el aislamiento social, irritabilidad, falta de apetito, síntomas vegetativos, problemas de respiración o de sueño, pueden ser confundidos con los síntomas provocados por una laringectomía total vinculados a la pérdida del habla y los problemas para la deglución y para la respiración¹¹⁻¹⁴. No obstante, no hay estudios de calidad que permitan afirmar que los pacientes laringectomizados sean más vulnerables al padecimiento de alteraciones emocionales que lleguen a alcanzar relevancia clínica² en comparación con la población normal o con otros tipos de cánceres¹⁵. Incluso relevantes documentos orientados hacia el manejo integral de los pacientes afectados de cáncer de cabeza y cuello como el del

National Institute for Clinical Excellence (NICE)¹⁶ o el de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)¹⁷ no han encontrado evidencias que hayan explorado la necesidad de incorporar psicólogos clínicos a los equipos multidisciplinares que los atienden o que hayan utilizado instrumentos de medición de la ansiedad y la depresión.

Hemos llevado a cabo un estudio para analizar las características de la respuesta emocional e identificar patologías psicológicas tras el tratamiento quirúrgico radical del cáncer de laringe, así como del efecto de los procesos de tratamiento y de recuperación, con objeto de obtener conclusiones sólidas y generalizables para la valoración del potencial desestabilizador de cada una de las etapas de la enfermedad^{2,18} y determinar aquellas características personales de los pacientes que les puedan facilitar o dificultar el afrontamiento de la enfermedad de forma adaptativa.

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio transversal de cohortes sobre 2 grupos muestrales durante los años 2010 a 2013:

1. *Grupo oncológico*: Compuesto por 100 pacientes varones diagnosticados de cáncer de laringe avanzado en estadios III y IV cuya primera línea de tratamiento fue la laringectomía total y que no habían recibido otros tratamientos activos contra el cáncer previos a la laringectomía total, como con láser o tratamientos quimio- o radioterápicos y/o que no hubiesen padecido un proceso metastásico o de recidiva. Este grupo se subdividió en 3 cohortes temporales según las etapas del proceso en que se encontraban después de la cirugía radical:
 - 1.1. *Subgrupo de la etapa posquirúrgica*: Formado por 35 pacientes evaluados entre los días 5 y 7 tras la cirugía.
 - 1.2. *Subgrupo de la etapa de rehabilitación*: Compuesto por 23 pacientes que, una vez recuperados de la cirugía y tras finalizar los tratamientos posteriores, se encontraban en la fase de rehabilitación de la funcionalidad y aprendizaje del habla esofágica/prótesis fonatoria.
 - 1.3. *Subgrupo de supervivientes*: Formado por 42 pacientes clínicamente curados que llevaban más de 5 años libres de tumor. Todos ellos soportaban un traqueostoma permeable sin problemas y habían logrado recuperar un nivel adecuado de funcionalidad y comunicación a través del habla esofágica o prótesis fonatoria.
2. *Grupo control*: Compuesto por 55 sujetos que no habían padecido ninguna afectación oncológica ni incapacitante a lo largo de su vida con un rango de edad y sexo similar al del grupo oncológico.

Los criterios de inclusión comunes a los distintos grupos muestrales han sido ser varón mayor de 45 años y no padecer otra enfermedad mental ni limitación de las facultades mentales que impidiese la correcta cumplimentación de las pruebas de evaluación.

La muestra oncológica (N=100) presentaba una edad media de 62,76 años (DE=8,14), y la sana (N=55) de 60,15 años (DE=7,09), sin que mostraran diferencias

estadísticamente significativas (F de Fisher = 3,77; p=0,054). El 84% de los sujetos del grupo oncológico estaban casados o vivían en pareja, al igual que el 92,7% de los sujetos sanos, sin que se apreciaran diferencias en su distribución ($\chi^2 = 2,56$; p=0,463).

Todos los sujetos que participaron en este estudio lo hicieron de forma voluntaria y tras haber sido pertinentemente informados de los objetivos y características de la investigación, ante los cuales mostraron su consentimiento.

Instrumentos

Se ha recogido información a través de una batería de pruebas:

1. *Entrevista estructurada* elaborada con el fin de recoger de forma sistematizada información relevante en relación con las características sociodemográficas y médicas particulares de los sujetos de cada grupo.
2. *Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión* (HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale)¹⁹ para el screening de sintomatología ansiosa o depresiva, cuyas características psicométricas se han confirmado en estudios previos²⁰⁻²³ y que obvia las manifestaciones físicas consecuentes a la enfermedad y sus tratamientos.
3. *Escala Revisada del Impacto del Estrésor* (IES-R, Impact of Event Scale-Revised)²⁴, o Inventario de Estrés Posttraumático, en la versión española realizada en la Universidad de Valencia²⁵.

Procedimiento

La evaluación de las distintas pruebas utilizadas se realizó de forma informatizada y el análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS.15.

Las puntuaciones directas obtenidas en el HADS se ajustaron a los puntos de corte ofrecidos por los autores originales^{22,23}.

Para la corrección del IES-R y el cálculo de la prevalencia del trastorno por estrés posttraumático (TEP) en función de los criterios de la DSM-IV y de las respuestas dadas por los pacientes en las pruebas de autoinforme se empleó el «procedimiento del síntoma»²⁶, muy utilizado en estudios de población oncológica²⁷. Siguiendo el sistema de Carlier y Gersons^{28,29}, los casos que cumplieron 2 criterios de los estipulados en los manuales diagnósticos al uso fueron considerados como TEP subclínico, y con 3 fueron diagnosticados de TEP clínico^{30,31}.

Para dar respuesta a los objetivos propuestos en este trabajo, el procedimiento estadístico partía de una metodología descriptiva, comparativa, diferencial y factorial. Se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, siguiendo como criterios de extracción autovalores iguales o superiores a 1 y saturaciones factoriales de 0,30 o superiores con objeto de comprobar si las sintomatologías ansiosa, depresiva y de estrés posttraumático evaluadas por las pruebas aplicadas correspondían a sintomatologías diferentes aunque relacionadas o si, por el contrario, constituían un único cuadro de alteración emocional menos diferenciado.

Tabla 1 Distribución de sujetos en función del cumplimiento de criterios diagnósticos con síntomas emocionales y psicológicos

	Grupo oncológico			Grupo sano			χ^2	g.l.	p
	Cumplen N (%)	Subclínico N (%)	No cumplen N (%)	Cumplen N (%)	Subclínico N (%)	No cumplen N (%)			
Depresión	6 (5,9)	12 (11,8)	84 (82,49)	0 (0)	3 (5,6)	51 (94,4)	5,18	2	0,075
Ansiedad	7 (6,9)	14 (13,7)	81 (79,4)	2 (3,7)	7 (12,7)	45 (83,3)	0,69	2	0,707
Intrusión	68 (67,3)	0 (0)	33 (32,7)	20 (40)	0 (0)	30 (60)	10,27	1	0,001*
Evitación	42 (41,6)	0 (0)	59 (58,4)	11 (22)	0 (0)	39 (78)	5,63	1	0,013*
Excitación	48 (47,5)	0 (0)	53 (52,5)	11 (22)	0 (0)	39 (78)	9,15	1	0,002*
TEP	29 (28,4)	24 (23,5)	49 (48,1)	7 (12,7)	7 (12,7)	41 (74,6)	14,36	2	0,002*

g.l.: grados de libertad; TEP: trastorno por estrés postraumático.

* Diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

Resultados

Comparación de alteraciones emocionales y psicológicas entre el grupo de pacientes oncológicos y el de sujetos sanos

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en las repercusiones emocionales consecuentes al tratamiento de la enfermedad, valoradas a través del HADS, ni en la ansiedad (F de Fisher = 0,01; $p = 0,897$) ni en la depresión (F de Fisher = 2,61; $p = 0,108$). En la escala de ansiedad la puntuación media obtenida en el grupo clínico fue de 4,35 (DE = 3,65), mientras que en el grupo control fue de 4,27 (DE = 2,98). La puntuación media alcanzada por el grupo clínico en la escala de depresión fue de 4 (DE = 3,93), mientras que en el grupo control fue de 3,07 (DE = 2,18). Al aplicar las correcciones propuestas por los autores originales de la prueba²² para determinar los sujetos que constituían un caso clínico, volvimos a confirmar la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en la escala de depresión ($\chi^2 = 5,18$; $p = 0,075$) y en la de ansiedad ($\chi^2 = 0,69$; $p = 0,707$) (tabla 1).

La valoración de la sintomatología postraumática a través del IES-R mostró un mayor porcentaje de sujetos oncológicos que cumplían los criterios de diagnóstico de TEP. Las diferencias estadísticas resultaron significativas en todas las variables entre ambos grupos de comparación (tabla 1).

Comparación de alteraciones emocionales entre los distintos subgrupos de pacientes oncológicos

En los 3 subgrupos de pacientes oncológicos no aparecieron diferencias estadísticamente significativas en las variables sociodemográficas evaluadas, aunque el subgrupo de rehabilitación presentó una mayor edad media (subgrupo quirúrgico: 61,15 [DE = 8,8]; rehabilitación: 64,09 [DE = 10,4] y supervivientes: 63,48 [DE = 5,9]). Los 3 subgrupos se caracterizaron por estar mayoritariamente casados o conviviendo en pareja, pero sin que esta circunstancia resultara estadísticamente significativa (subgrupo quirúrgico: 80%; rehabilitación: 82,6%; supervivientes: 88,1%; $\chi^2 = 10,81$; $p = 0,094$).

Las puntuaciones obtenidas en las escalas de alteraciones emocionales indicaron la existencia de diferencias

estadísticamente significativas, tanto en la medida de depresión (F de Fisher = 10,01; $p = 0,0001$) como de ansiedad (F de Fisher = 9,37; $p = 0,0001$). Los análisis post hoc revelaron que el subgrupo de pacientes en rehabilitación presentaba mayor sintomatología ansiosa ($\chi^2 = 6,83$; DE = 4,52) y depresiva ($\chi^2 = 6,83$; DE = 4,37) en comparación con las obtenidas por el subgrupo quirúrgico (ansiedad: $\chi^2 = 4,17$; DE = 3,57; HSD Tukey = 2,66; $p = 0,010$; y depresión: $\chi^2 = 3,6$; DE = 4,09; HSD Tukey = 3,23; $p = 0,003$) y por el grupo de supervivientes (ansiedad: $\chi^2 = 3,11$; DE = 2,32; HSD Tukey = 3,78; $p = 0,001$; y depresión $\chi^2 = 2,76$; DE = 2,64; HSD Tukey = 4,06; $p = 0,0001$).

La valoración de la sintomatología postraumática en los subgrupos quirúrgico, en rehabilitación y de supervivientes puso de manifiesto que, de nuevo, existían diferencias estadísticamente significativas entre ellos en los factores de «evitación» ($\chi^2 = 11,66$; $p = 0,029$) y «excitación» ($\chi^2 = 7,10$; $p = 0,029$). Sin embargo, desaparecían en la medida de «intrusión» ($\chi^2 = 3,67$; $p = 0,159$). Los análisis post hoc revelaron que los pacientes en rehabilitación cumplían en un mayor porcentaje los criterios de evitación y excitación. La comparación realizada entre los subgrupos en rehabilitación y quirúrgico mostraba diferencias estadísticamente significativas para la dimensión de «evitación» ($\chi^2 = 6,466$; $p = 0,011$) y de «excitación» ($\chi^2 = 6,466$; $p = 0,011$), así como en la comparación establecida entre los subgrupos en rehabilitación y de supervivientes en la dimensión de «evitación» ($\chi^2 = 11,07$; $p = 0,001$), y en la de «excitación» ($\chi^2 = 4,79$; $p = 0,026$).

Una vez más, los análisis post hoc de la medida de estrés postraumático mostraron que el subgrupo en rehabilitación presentaba un mayor porcentaje de sujetos que cumplían los criterios de TEP en comparación con los subgrupos quirúrgico ($\chi^2 = 8,764$; $p = 0,013$) y de supervivientes ($\chi^2 = 14,291$; $p = 0,003$).

La distribución que seguían los pacientes oncológicos en función de la incidencia de sintomatología emocional se muestra en la tabla 2.

Características propias de la respuesta emocional tras el tratamiento quirúrgico radical del cáncer de laringe

Se encontraron elevados índices de correlación al analizar las puntuaciones de las 3 escalas utilizadas (tabla 3).

Tabla 2 Distribución de sujetos en función del cumplimiento de criterios diagnósticos con síntomas emocionales y psicológicos dentro del grupo oncológico

	Grupo quirúrgico			Grupo en rehabilitación			Grupo de supervivientes			χ^2	g.l.	p
	Cumplen N (%)	Subclínico N (%)	No cumplen N (%)	Cumplen N (%)	Subclínico N (%)	No cumplen N (%)	Cumplen N (%)	Subclínico N (%)	No cumplen N (%)			
Depresión	3 (8,6)	4 (11,4)	28 (80)	3 (12,5)	6 (2,25)	15 (62,5)	0 (0)	2 (4,7)	41 (95,3)	12,22	2	0,016*
Ansiedad	2 (5,7)	5 (14,3)	28 (80)	5 (20,8)	7 (29,2)	12 (50)	0 (0)	2 (4,7)	41 (95,3)	20,59	2	0,0001*
Intrusión	22 (62,9)	0 (0)	13 (37,1)	20 (83,3)	0 (0)	4 (16,7)	26 (61,9)	0 (0)	16 (38,1)	3,67	2	0,159
Evitación	13 (37,1)	0 (0)	22 (62,9)	17 (70,8)	0 (0)	7 (29,2)	12 (28,6)	0 (0)	30 (71,4)	11,66	2	0,003*
Excitación	13 (37,1)	0 (0)	22 (62,9)	17 (70,8)	0 (0)	7 (29,2)	18 (42,9)	0 (0)	24 (57,1)	7,10	2	0,029*
TEP	9 (25,7)	7 (20)	19 (54,3)	7 (29,2)	13 (54,2)	4 (16,7)	7 (16,3)	10 (23,3)	26 (60,4)	16,01	2	0,014*

g.l.: grados de libertad; TEP: trastorno por estrés postraumático.

* Diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$).**Tabla 3** Análisis de correlaciones en el grupo oncológico

		HADS-A	TEP
HADS-A	Coefficiente correlación Pearson		0,501
	p		0,0001*
HADS-D	Coefficiente correlación Pearson	0,605	0,512
	p	0,0001*	0,0001*

HADS-A: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, subescala ansiedad; HADS-D: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, subescala depresión; TEP: trastorno por estrés postraumático.

* Diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$).**Tabla 4** Correlaciones del análisis factorial de las medidas de la alteración emocional en el grupo oncológico

	PD Ansiedad	PD TEP
PD Depresión	0,602	0,512
PD Ansiedad		0,501

PD: puntuación directa; TEP: trastorno por estrés postraumático.

La [tabla 4](#) muestra las puntuaciones directas obtenidas en las subescalas de depresión y ansiedad de la HADS y la puntuación de TEP en el análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, obteniéndose un único factor que explica el 69,26% de la varianza. El análisis factorial proporcionado por esta prueba se muestra en la [tabla 5](#).

Se comprobó que el 57,4% de los sujetos laringectomizados presentaron algún tipo de sintomatología afectiva, mientras que el 42,6% restante no había puntuado de manera significativa en ninguna de las escalas utilizadas. El análisis de la prevalencia de cada uno de los cuadros clínicos y de su comorbilidad mostró un claro predominio de sujetos con sintomatología identificable dentro del TEP, constituyendo así el trastorno que se presentó de manera exclusiva con mayor frecuencia (52,6% de los casos) ([tabla 6](#)).

Tabla 5 Matriz de componentes propuesta como resultado del análisis factorial

	Componente
	1
PD Depresión	0,852
PD Ansiedad	0,847
PD TEP	0,798

PD: puntuación directa; TEP: trastorno por estrés postraumático.

Tabla 6 Análisis de comorbilidad en la sintomatología observada en el grupo oncológico

	TEP N (%)	Ansiedad N (%)	Depresión N (%)
TEP	30 (52,6)		
Ansiedad	7 (12,3)	2 (3,5)	
Depresión	5 (8,8)	0	2 (3,5)
TEP + ansiedad + depresión	11 (19,3)		

TEP: trastorno por estrés postraumático.

Discusión

La atención integral de los pacientes oncológicos laringectomizados debe comprender la ayuda para conseguir su adaptación a la enfermedad oncológica y sus tratamientos y potenciar su calidad de vida. En este sentido, consideramos relevante destacar que no se han observado diferencias entre los grupos control y clínico ni entre los distintos subgrupos oncológicos en cuanto a prevalencia de enfermedad mental previa a la oncológica, por lo que las reacciones sintomatológicas que presentan los pacientes laringectomizados son consecuencia de la aparición de la enfermedad y sus tratamientos y, por tanto, un problema reactivo a las mismas, sin que se revelen por presentar una predisposición personal previa a su aparición, bien por su estilo de vida (la conocida vinculación del cáncer de laringe con un consumo excesivo y crónico de alcohol y/o tabaco), bien por otros condicionantes sociales.

Nuestros resultados en pacientes afectos de cáncer laríngeo avanzado sometidos a una laringectomía total muestran que únicamente alrededor de la mitad de los pacientes presentaban sintomatología ansiosa, depresiva y/o postraumática indicativa de sufrimiento emocional, pero sin llegar a constituir un cuadro psicopatológico identificable más que en un tercio de dichos casos, en los que sí se cumplían los criterios para ser diagnosticados de TEP. Estos resultados contrastan con lo recogido por la literatura sobre procesos oncológicos de otras localizaciones, en los que se encuentran elevados niveles de estrés, disforia y sufrimiento emocional¹⁻⁵, aunque muchas publicaciones no distinguen entre ubicación tumoral y/o estadio de la enfermedad^{12,32,33}.

Al analizar las características cualitativas de malestar emocional mostrado por los pacientes laringectomizados, observamos que la sintomatología intrusiva fue la más prevalente, entendiéndose dichas manifestaciones por la reexperimentación de contenidos relacionados con las consecuencias de los tratamientos y el miedo a la recurrencia o la recidiva^{11,34}. La presencia de este tipo de síntomas constituye el mejor predictor de los problemas psicológicos y de adaptación a la situación de enfermedad³⁵. De este modo, el perfil sintomatológico que presentan los pacientes laringectomizados en comparación con los controles se caracteriza por un estado de ánimo ligeramente depresivo, una alta frecuencia de pensamientos intrusivos, pesadillas y experiencias de reexperimentación, seguido de una intensificación de la excitabilidad, un estado de hipervigilancia y la tendencia a la evitación de

situaciones, pensamientos y emociones relacionadas con la enfermedad y sus tratamientos. Todas estas manifestaciones presentan una intensidad y frecuencia subclínicas con una elevada correlación entre sí, que pueden ser consideradas como un único constructo o cuadro de alteración emocional.

Las características de la sintomatología descrita podrían ser consideradas como un subsíndrome del TEP^{34,35}, aunque también podrían ser encuadradas dentro del trastorno adaptativo^{36,37}. Este trastorno adaptativo se inicia tras la vivencia de una experiencia traumática de enfrentamiento a una enfermedad potencialmente mortal con tratamientos complejos y complicados que requieren que el sujeto afronte el estrés resultante y cuyo tratamiento es también estresante. Sin embargo, la mayoría de los pacientes presentaban una sintomatología difusa, pero que les desestabilizaba y les generaba un nivel moderado de sufrimiento emocional, afectando negativamente a su capacidad de adaptación.

Estos resultados permiten concretar los recursos necesarios que completarían el abordaje médico y quirúrgico de un tratamiento integral de los pacientes oncológicos laringectomizados. Al no identificarse una alta prevalencia de enfermedad mental, no se requeriría un abordaje psiquiátrico para contener el sufrimiento de estos pacientes ni la inclusión de un psicólogo clínico de forma sistemática en el equipo multidisciplinario de oncología de cabeza y cuello. Sin embargo, los profesionales que atienden de forma habitual a estos pacientes, especialmente los otorrinolaringólogos, precisan disponer de competencias adecuadas y un buen entrenamiento en habilidades de comunicación para ofrecer apoyo psicológico que permita un adecuado manejo de la información, facilitar la preparación del paciente para el afrontamiento de la cirugía y el resto de los tratamientos que conlleva el cáncer de laringe, la contención emocional cuando fuese necesario y la detección de aquellos síntomas que pudiesen derivar en un padecimiento psicopatológico más severo que afectara a la capacidad de recuperación y adaptación a la secuela. Debe tenerse en cuenta que el período durante el que el paciente se somete a la rehabilitación es el más sensible a la aparición de alteraciones emocionales y psicológicas.

Conclusiones

Los pacientes laringectomizados presentan síntomas de ansiedad, depresión y TEP durante las distintas fases posteriores al tratamiento quirúrgico, pero no lo hacen en la intensidad y cualidad suficiente para constituir entidades

clínicas diagnosticables. Esta sintomatología es menor que la presentada por pacientes afectados por cáncer de otras localizaciones, y representa auténticos cuadros de trastorno adaptativo. Las actuaciones psicológicas preventivas y de apoyo deben centrarse prioritariamente en la fase de rehabilitación, cuando los pacientes son más susceptibles de padecer sintomatología emocional y psicológica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- EstellésFerriol E, Ferrer Ramírez MJ, GuallartDoménech F, Carrasco Llatas M. Calidad de vida en pacientes tratados quirúrgicamente por cáncer de laringe. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. EVES; 2005.
- Gurevich M, Devins GM, Rodin GM. Stress response syndromes and cancer: Conceptual and assessment issues. *Psychosomatics*. 2002;43:259–81.
- Kangas M, Henry JL, Bryant RA. Posttraumatic stress disorder following cancer. A conceptual and empirical review. *Clin Psychol Rev*. 2002;22:499–524.
- Ziegler L, Newell R, Stafford N, Lewin R. A literature review of head and neck cancer patients information needs, experiences and views regarding decision-making. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2004;13:119–26.
- Verdonck-de Leeuw IM, de Bree R, Keizer AL, Houffelaar T, Cuijpers P, van der Linden MH, et al. Computerized prospective screening for high levels of emotional distress in head and neck cancer patients and referral rate to psychosocial care. *Oral Oncol*. 2009;45:e129–33.
- Solana CA. Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Oncología*. 2005;28:157–63.
- Aarstad AKH, Besiland E, Aarstad HJ. Personality, choice of coping and T stage predict level of distress in head and neck cancer patients during follow-up. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2012;269:2121–8.
- Golden-Kreutz D, Thornton L, Wells-Di Gregorio S, Frierson G, Jim H, Carpenter K, et al. Traumatic stress, perceived global stress and life events: Prospectively predicting quality of life in breast cancer patients. *Health Psychol*. 2005;24:288–96.
- Elani HW, Allison PJ. Coping and psychological distress among head and neck cancer patients. *Support Care Cancer*. 2011;19:1735–41.
- Ryan H, Schofield P, Cockburn J, Butow P, Tattersall M, Turner J, et al. How to recognize and manage psychological distress in cancer patients. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2005;14:7–15.
- Artal R, Alfonso JI, Sebastián JM, Bondía A, Vallés H. Valoración del grado de afectación sobre la salud psíquica en el paciente prelarinectomizado. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2011;62:220–7.
- So WK, Chan RJ, Chan DN, Hughes BG, Chair SY, Choi KC, et al. Quality-of-life among head and neck cancer survivors at one year after treatment- A systematic review. *Eur J Cancer*. 2012;48:2391–408.
- D'Souza V, Blouin E, Zeitouni A, Muller K, Allison PJ. An investigation of the effect of tailored information on symptoms of anxiety and depression in Head and Neck cancer patients. *Oral Oncol*. 2013;49:431–7.
- Dooks P, McQuestion M, Goldstein D, Molassiotis A. Experiences of patients with laryngectomies as they reintegrate into their community. *Support Care Cancer*. 2012;20:489–98.
- National Institute for Clinical Excellence. Guidance on Cancer Services. Improving outcomes in head and neck cancers. The manual. 2004 [acceso 21 Jun 2014]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/csgn.themanual.pdf>
- National Institute for Clinical Excellence. Guidance on Cancer Services. Improving outcomes in head and neck cancers. The research evidence. 2004. p. 30, 68, 159 [acceso 21 Jun 2014]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/csgn-researchevidence.pdf>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Diagnosis and management of head and neck cancer. A national clinical guideline. 2006 [consultado 8 Nov 2014]. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign90.pdf>
- Cogwell Anderson R, Anderson Franke K. Psychological and psychosocial implications of head and neck cancer. *Internet J Ment Health*. 2002;1(2.).
- Zigmond AS, Snaith PR. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67:361–70.
- Bjelland I, Dahl AA, TangenHaug T, Neckelmann D. The validity of the hospital anxiety and depression scale. An updated literature review. *J Psychosom Res*. 2002;52:69–77.
- Friedman S, Samuelian JC, Lancrenon S, Even C, Chiarelli P. Three-dimensional structure of the hospital anxiety and depression scale in a large French primary care population suffering from major depression. *Psychiatry Res*. 2001;104:247–57.
- Mykletun A, Stordal E, Dahl AA. Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale: Factor structure, item analyses and internal consistency in a large population. *Br J Psychiatry*. 2001;179:540–4.
- Quintana JM, Padierna A, Esteban C, Arostegui I, Bilbao A, Ruíz I. Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 2003;107:216–21.
- Weiss DS, Marmar Ch. The impact of event scale-revised. En: Wilson JP, Keane TM, editores. *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: The Guildford Press; 1997. p. 399–411.
- Baguena MJ, Villarroya E, Beleña A, Díaz A, Roldán C, Reig R. Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala Revisada de Impacto del Estrés (EIE-R). *Anal Mod Conduct*. 2001;27:581–604.
- Andrykowski MA, Cordova MJ, McGrath PC, Sloan DA, Kennedy DE. Stability and change in posttraumatic stress disorder following breast cancer treatment: A 1 year follow-up. *Psychooncology*. 2000;9:69–78.
- Cordova MJ, Andrykowski MA, Kennady DE, McGrath PC, Sloan DA, Redd WH. Frequency and correlates of posttraumatic stress disorder like symptoms after treatment for breast cancer. *J Consul Clin Psychol*. 1995;63:981–6.
- Carlier IV, Gersons BP. Partial posttraumatic stress disorder (PTSD): The issue of psychological scars and the occurrence of PTSD symptoms. *J Nerv Ment Dis*. 1995;183:107–9.
- Pérez Rodríguez S. Sintomatología de estrés postraumático en pacientes con cáncer de mama e identificación de posibles factores de riesgo [tesis doctoral]. Universidad de Valencia. 2007.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10). Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A; 1994.
- American Psychiatric Association. DSM IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1994.
- Admiraal J, Reyners A, Hoekstra-Weebers J. Do cancer and treatment type affect distress? *Psychooncology*. 2013;22:1766–73.
- Gil F, Costa G, Hilker I, Benito L. First anxiety, afterwards depression: Psychological distress in cancer patients at diagnosis and after medical treatment. *Stress Health*. 2012;28:362–7.

34. Palmer SC, Kagee A, Coyne JC, DeMichele A. Experience of trauma, distress, and posttraumatic stress disorder among breast cancer patients. *Psychosom Med.* 2004;66:258–64.
35. Jim H, Jacobsen PB. Posttraumatic stress and posttraumatic growth in cancer survivorship: A review. *Cancer J.* 2008;14:414–9.
36. Blanco Picabia A, Rodriguez Franco L. Trastornos adaptativos. En: Roca Bennasar M, editor. *Trastornos neuróticos.* Barcelona: Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica y Psiquiatría Editores S.L; 2002. p. 569–84.
37. Franco MD, Giner J, Sanmartin A. Trastornos de adaptación. *Psiquiatría y Atención Primaria.* 2003:24–9.