



ARTÍCULO ORIGINAL

Valoración del grado de afectación sobre la salud psíquica en el paciente prelarinsectomizado

Raquel Artal Sánchez^{a,*}, José Ignacio Alfonso Collado^a, José Miguel Sebastián^a, Alfredo Bondía^b y Héctor Vallés^a

^a Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

^b Servicio de Anestesia, Hospital San Jorge, Huesca, España

Recibido el 24 de octubre de 2010; aceptado el 7 de diciembre de 2010

Disponible en Internet el 25 de febrero de 2011

PALABRAS CLAVE

Laringectomía total;
Miedo preoperatorio;
Ansiedad;
Paciente quirúrgico

Resumen

Introducción y objetivos: Diferentes autores han puesto en evidencia el aumento de ansiedad en los pacientes el día anterior a una intervención y su correlación con los niveles de ansiedad en el post-operatorio.

En este trabajo estudiamos una serie de problemas que a menudo se obvian en el paciente intervenido de laringectomía total: la traqueotomía, el quedarse sin voz y el ser una agresiva e importante intervención quirúrgica.

Nuestro objetivo es valorar el grado de ansiedad y los miedos del paciente previo a la laringectomía total.

Material y métodos: Se comparan 2 grupos de 20 pacientes que fueron intervenidos de laringectomía total y de otras enfermedades de ORL.

El día anterior a la operación, recogíamos sus datos sociodemográficos y médico-quirúrgicos, y se les aplicaba el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) de Folstein y el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GQH-28) en sus versiones españolas. Exploramos si tenían algún temor o miedo ante la intervención y en qué consistía ese miedo.

Resultados: Tras la realización del MEC, sólo un paciente presentó deterioro cognitivo. Posteriormente realizábamos el GHQ-28 y nos encontramos con un malestar psicológico entre el 20 y el 25% de los casos. Al comparar mediante el X^2 los diferentes miedos en los 2 grupos los resultados no son estadísticamente significativos.

Conclusiones: La laringectomía total provoca la pérdida de la comunicación oral y la distorsión de la autoimagen, lo que contribuye a una fuerte alteración emocional. Es necesaria una rehabilitación efectiva, que considere todos los aspectos relacionados con el proceso salud-enfermedad desde antes de la cirugía como la recuperación del lenguaje hablado, los aspectos sociales y sus características psicológicas, las cuales son vitales para el adecuado manejo integral del paciente.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Raquelartal@hotmail.com (R. Artal Sánchez).

KEYWORDS

Total laryngectomy;
Preoperative fear;
Anxiety;
Surgical patient

Assessment of degree of psychological health involvement in pre-laryngectomized patients**Abstract**

Introduction and objective: Several authors have found increased anxiety in patients the day before an intervention and its correlation with anxiety levels the post-operative period. In this study, we determined a number of problems to which patients who underwent total laryngectomy often objected: the tracheostomy, being left without a voice and it being an aggressive, major surgery.

Our objective was to assess the degree of anxiety and fears of the patient prior to total laryngectomy.

Material and methods: We compared 2 groups of 20 patients who underwent operation for total laryngectomy and for other ENT pathologies. On the day before the operation, we collected demographic and medical data and administered the Spanish versions of the Folstein Mini-Mental State Examination (MMSE) and the Goldberg General Health Questionnaire (GHQ-28). We also investigated whether the patients had any fear or fear of surgery and what that fear was.

Results: Completion of the MMSE revealed cognitive impairment in only one patient. We subsequently conducted the GHQ-28 and found psychological distress in 20-25% of our cases. When the different fears in both groups were compared by X^2 , the results were not statistically significant.

Conclusions: Total laryngectomy causes the loss of oral communication and impairs self-image, contributing to a strong emotional reaction. It is essential to have effective rehabilitation, which considers all aspects of health-sickness, such as the recovery of spoken language, social aspects and the psychological characteristics, vital for proper comprehensive patient management.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

A pesar de los avances en la medicina y las técnicas quirúrgicas, la cirugía representa todavía un evento estresante para muchos pacientes, alrededor de la cual existen preocupaciones sobre la hospitalización, no despertar de la anestesia, el dolor, la enfermedad, la recuperación, la separación de la familia, la situación económica y laboral, la dependencia física y la muerte, entre otros. Ante todos estos interrogantes pueden surgir varias respuestas emocionales: ansiedad, estrés, depresión, que cuando son muy intensas tienen importantes consecuencias, haciendo más lenta y complicada la recuperación post-operatoria.

Desde hace años, autores como Spielberger et al¹ han puesto en evidencia el aumento de los niveles de ansiedad en los pacientes el día anterior a su intervención quirúrgica. Leigh et al² ponen de manifiesto que los pacientes que son informados por el anestesista y el cirujano antes de su intervención quirúrgica presentan unos niveles de ansiedad significativamente inferiores a los que no son informados. Johnston³ destaca la persistencia de los niveles altos de ansiedad en el periodo post-operatorio correlacionándola con los niveles de ansiedad en el preoperatorio.

La enfermedad, la hospitalización, la cirugía y la anestesia suponen para la mayoría de la población una amenaza a su integridad física, un cambio de su situación social y una modificación de las condiciones habituales de vida.

Ante situaciones que provocan ansiedad en el sujeto, se produce una activación del sistema nervioso central, así como una activación autonómica y neuroendocrina. Estos 3 sistemas se retroalimentan de forma constante incrementando, manteniendo o disminuyendo la ansiedad. Cardoso et al⁴ encuentran diferencias significativas entre el nivel de

cortisol en saliva relacionado con la ansiedad y la recuperación de los pacientes.

Cuando la persona presenta un alto grado de ansiedad o estrés, ésta puede afectar a la respuesta de los fármacos anestésicos, la presión arterial o la frecuencia cardiaca, la cicatrización de sus heridas se demorará, su sistema inmunológico se debilitará y el post-operatorio será más largo⁵⁻⁷.

El desarrollo internacional de la psicoprofilaxis quirúrgica muestra cómo pacientes que reciben asistencia psicológica previa a la operación reducen el uso de analgésicos post-operatorios, disminuyen los niveles de ansiedad y angustia, cicatrizan más rápidamente y el post-operatorio es más corto (acortan el periodo de ingreso en un promedio de 2 a 3 días). El paciente demuestra entonces un sentido de bienestar y de control de la situación⁵⁻⁷.

En este artículo se valora el malestar psíquico, la presencia o ausencia de deterioro cognitivo, con la personalidad y los miedos de los pacientes que van a ser sometidos a una cirugía otorrinolaringológica.

Material y métodos

Se comparan 2 grupos de 20 pacientes, elegidos aleatoriamente, que van a ser intervenidos de patología ORL. El primer grupo exclusivamente de laringectomía total y el segundo de otras intervenciones como: laringoscopia directa y biopsia, septoplastia, estapedectomía, radical mastoidea y submaxilectomía (tabla 1).

Los 20 pacientes del grupo I (laringectomizados) eran hombres (100%), mientras que en el grupo II (otras cirugías ORL), 9 (45%) eran hombres y 11 (55%) eran mujeres.

Tabla 1 Laringectomía total vs otras cirugías

Grupos quirúrgicos	Número de pacientes (n)
<i>Grupo I: laringectomizados</i>	20 (100%)
<i>Grupo II: no laringectomizados</i>	
Microcirugía laríngea	10 (50%)
Septoplastia	4 (20%)
Estapedectomía	2 (10%)
Radical mastoidea	3 (15%)
Submaxilectomía	1 (5%)
<i>Total pacientes (n)</i>	40

Hay que destacar la ausencia de mujeres en el grupo de laringectomizados debido a la poca incidencia de esta patología en el sexo femenino. Las diferentes cirugías del grupo control se eligieron de forma aleatoria dentro de las intervenciones programadas.

La edad media en el grupo de laringectomizados era de 57,8 años, con un intervalo de edad comprendido entre 48,3 y 71,8 años.

En el grupo II, la edad media era de 42,7 años, con un intervalo de edad comprendido entre 27,2 y 77,1.

Con relación a la situación laboral, existe un predominio de los que trabajan en ambos grupos, en cuanto al estado civil, en el grupo I el predominio es de solteros (40%), mientras que en el grupo II el predominio es de casados (70%) (tabla 2).

En el grupo de laringectomizados, los antecedentes anestésicos aparecían en un 100%, puesto que todos habían recibido previamente microcirugía laríngea, mientras que en el otro grupo los antecedentes anestésicos eran del 62%.

Con el objeto de cuantificar la prevalencia de malestar psicológico detectado frente a la intervención quirúrgica y evitar sesgos que distorsionan los resultados, establecimos unos criterios de exclusión de la muestra: presentar un proceso oncológico previo, estar diagnosticado de enfermedad neurológica o psiquiátrica, estar tomando algún psicofármaco, ser analfabeto o tener algún déficit sensorial importante que le impida cumplimentar el cuestionario.

Es importante reseñar que cuando se programa la intervención quirúrgica todos los pacientes firman un consentimiento informado avalado por la SEORL de dicha

intervención donde se explica detalladamente la cirugía, así como los riesgos y beneficios esperables⁸.

El día anterior a la intervención quirúrgica se visitaba al paciente explicándole el motivo del estudio y solicitando su colaboración. Se les decía expresamente que su participación era voluntaria y que la información recopilada tendría un tratamiento meramente estadístico. Si aceptaban se les pedía que firmaran un consentimiento informado del estudio.

Se procedía a recoger los datos sociodemográficos y se le realizaban los siguientes tests psicométricos: MEC o Mini-Examen Cognoscitivo y Cuestionario de Salud General de Goldberg de 28 preguntas o GHQ-28.

El MEC es un test diseñado para valorar la función intelectual del paciente (anexo 1). Derivado del instrumento original de Folstein y Folstein⁹ en EE.UU., ha sido estandarizado en nuestro medio por Lobo et al¹⁰. Es breve, sencillo y en unos 5 min explora las áreas cognitivas de la orientación, memoria de fijación, memoria reciente, capacidad de concentración y atención, identificación de objetos, órdenes verbales y escritas, abstracciones, escritura y construcción. La puntuación máxima obtenida es de 35 puntos. Hemos considerado (siguiendo los criterios de validación del test) como punto de corte 27, para identificar por tanto a los pacientes con probable trastorno de las funciones cognitivas. A todos los que se encontraban por debajo de 27 (< 27) no se les pasaba el GHQ-28.

Concluido el MEC se interrogaba al paciente sobre sus miedos o temores ante la intervención quirúrgica, dejando libre la respuesta. Tanto en el grupo I como en el II aparecieron diferentes miedos (tabla 3).

El GHQ-28 es un test autoadministrado de 28 ítems (anexo 2). Está compuesto por 4 subescalas que miden: a) síntomas somáticos de origen psicológico (ítems 1-7); b) ansiedad (ítems 8-14); c) disfunción social (ítems 15-21); y d) depresión (ítems 22-28). Los 28 ítems son evaluados con un formato de respuestas tipo Likert (mejor, igual, peor o mucho peor que lo habitual). El sistema de puntuación consiste en otorgar 2 valores, 0 y 1, a las categorías de respuestas siguiendo la secuencia 0, 0, 1, 1. La puntuación total obtenida oscila desde 0 (ausencia de malestar) a 28 (máximo grado de malestar psicológico). En la versión adaptada de Lobo et al se recomienda un punto de corte 5/6 para la puntuación total de la escala. Por encima de estos valores estaríamos ante un probable caso psiquiátrico^{11,12}.

Tabla 2 Características laborales y civiles de los pacientes sometidos a cirugía ORL

Situación laboral	Grupo I (n1 = 20) (laringectomizados)	Grupo II (n2 = 20) (otras cirugías ORL)
Trabajan	11 (55%)	13 (65%)
Jubilados por invalidez	1 (5%)	2 (10%)
Jubilados	3 (15%)	1 (5%)
Paro	5 (25%)	4 (20%)
<i>Total</i>	20 (100%)	20 (100%)
<i>Estado civil</i>		
Solteros	8 (40%)	4 (20%)
Casados	6 (30%)	14 (70%)
Viudos	6 (30%)	2 (10%)
<i>Total</i>	20 (100%)	20 (100%)

Tabla 3 Miedo psicológico prequirúrgico según el tipo de cirugía

	Laringectomizados	Otras cirugías ORL	Cirugías totales
<i>Al post-operatorio</i>	6 (30%)	2 (10%)	8 (20%)
A perder la voz	5 (25%)	0 (0%)	5 (12,5%)
A nada	4 (20%)	8 (40%)	12 (30%)
A no despertar	2 (10%)	7 (35%)	9 (22,5%)
Al quirófano	1 (5%)	1 (5%)	2 (5%)
Al hospital	1 (5%)	0 (0%)	1 (2,5%)
A despertar durante la intervención	1 (5%)	0 (0%)	1 (2,5%)
Al cáncer	0 (0%)	1 (5%)	1 (2,5%)
A la anestesia	0 (0%)	1 (5%)	1 (2,5%)
<i>Total</i>	20 (100%)	20 (100%)	40 (100%)

El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS versión 15.0 para Windows XP, utilizando estadística descriptiva para los datos convencionales y el test de comparación de proporciones o de X^2 (para variables cualitativas).

Se consideran diferencias muestrales estadísticamente significativas cuando se alcanzan valores de p menores de 0,05 ($p < 0,05$).

Resultados

Escuchar

Del total de la muestra, la prevalencia de déficit cognitivos al realizar el MEC fue de un 2,5% (un paciente). Más del 60% de los pacientes presentaban una puntuación superior a 32 puntos.

En el grupo I, sólo 4 (20%) casos de los 20 pacientes varones laringectomizados presentaron malestar psicológico (para el punto de corte ≥ 6 del GHQ-28), mientras que 16 (80%) no presentaron este malestar.

En el grupo II, la prevalencia de malestar psicológico fue del 25%, 5 pacientes, mientras que 15 (75%) pacientes de este grupo no lo manifestaron (punto de corte < 6 en el GHQ-28). Por sexos y para ese mismo punto de corte, las mujeres presentaban una prevalencia de malestar psicológico del 20% frente a un 5% en los hombres.

Fue en el grupo II donde encontramos un paciente con déficit cognitivos (tras realizar el MEC) y por lo tanto fue excluido del estudio y se introdujo aleatoriamente otro paciente.

Nos encontramos con diferentes miedos psicológicos preoperatorios según el tipo de cirugía (tabla 3).

Comparamos los 3 tipos de ansiedad o miedo más frecuentes (miedo al post-operatorio, a nada y miedo a no despertar) en los 2 grupos, mediante el test de X^2 .

Vemos que el miedo al post-operatorio aparece en 6 personas (30%) del grupo de laringectomizados, mientras que en el grupo control este miedo aparece en 2 personas (10%).

En el grupo II, a 8 personas (40%) no les preocupa nada, mientras que en el grupo de laringectomizados el número es menor, 4 personas (20%).

Por último, el no despertar preocupa a 7 personas (35%) del grupo II y a 2 personas (10%) del grupo de laringectomizados.

Si bien hay diferencias entre los casos de uno y otro grupo, dado el bajo número de población en cada muestra, el estudio no es significativo para que tenga un valor concluyente.

En cambio, si miramos el resultado subjetivo de los sentimientos expresados por el tipo de miedo que sentían, llama la atención el que no existe coincidencia entre la máxima puntuación de uno y de otro.

En el grupo II, a un 40% no le preocupa nada y a un 35% le da miedo no despertar.

Por el contrario, en el grupo de laringectomizados, a un 30% le preocupa el post-operatorio y a un 25% el perder la voz.

El malestar psicológico (GHQ-28) en el grupo de laringectomizados (20%) es menor que en el grupo II (25%). Sin embargo, los miedos más frecuentes que se presentan en el primer grupo (post-operatorio y perder la voz) son de mayor importancia que los del grupo II (a nada, a no despertar) y repercutirán en la calidad de vida del paciente.

La pérdida del habla es el factor de estrés más importante que se añade en el caso de estos pacientes.

Discusión

Nuestros resultados no pueden compararse con otros que estudian la ansiedad y el miedo preoperatorio, debido a que se emplean distinta metodología y diferentes instrumentos para evaluar la psicopatología.

Sin embargo, si valoramos el dato subjetivo de los sentimientos que el paciente tiene ante la intervención, son equiparables a los que se encuentran publicados en la literatura médica internacional.

En el presente estudio y valorando los datos del GHQ-28 obtenemos una prevalencia de malestar psíquico entre un 20 y un 25%, que es más baja que en la publicada por otros autores^{5,13,14}. Las cifras más elevadas de ansiedad preoperatoria (medidas con el STAI) las han constatado Moerman et al¹³.

En conjunto nuestros resultados son algo inferiores a los encontrados por la mayoría de los autores. Estos niveles de prevalencia menores podrían justificarse por los criterios de inclusión y exclusión utilizados y por el método empleado en 2 fases (con el cribado para descartar trastornos cognitivos), así como la utilización de instrumentos estandarizados psicométricos de reconocido prestigio en publicaciones internacionales de medicina psicosomática.

La presencia de algún miedo ante la intervención quirúrgica es un factor determinante de mayor malestar psicológico, especialmente en los varones. La exéresis de la laringe no solo provoca la pérdida total de la voz, sino que se acompaña de otros trastornos entre los que se encuentran: anosmia, pérdida del gusto, disminución del reflejo tusígeno, disminución de la capacidad de esfuerzo físico, modificación de hábitos de vida, trastornos respiratorios, digestivos y deglutorios, limitación laboral, pérdida de la autoestima y depresión psíquica¹⁵⁻¹⁷.

La pérdida del habla es el factor de estrés más importante en el caso de los laringectomizados. Mc Neil et al¹⁸ demuestran la importancia del habla en un estudio en el que a los pacientes se les daba a elegir entre técnicas de radioterapia con menos supervivencia que les permitían conservar la voz, frente a la cirugía, con un mejor pronóstico, pero con la pérdida del habla. Más del 20% de los individuos estaban dispuestos a acortar la esperanza media de vida con tal de no verse privados de esta facultad. En un estudio llevado a cabo sobre la calidad de vida en pacientes tratados con cáncer de laringe (Nazar et al¹⁹ y Terrer et al²⁰), ésta es mejor, en términos generales, en aquellos a quienes se efectúa el protocolo de conservación de órganos (QT + RT). Son 2 técnicas con parecidos índices de supervivencia, pero con una discrepancia significativa en la calidad de vida del paciente.

En nuestro trabajo solo un 25% de los pacientes laringectomizados tienen miedo a perder la voz. Creemos que esto es así debido a la explicación previa a la intervención quirúrgica, donde se comentan detalladamente las posibles opciones para comunicarse posteriormente y sobre todo el apoyo de la asociación de pacientes laringectomizados que visitan al paciente antes de la intervención.

Los pacientes que van a ser intervenidos de laringectomía total en el estudio no presentan miedo al cáncer. Pensamos que esto es debido a la agresividad de la intervención quirúrgica y sus posibles complicaciones. Los pacientes en el momento de realizar la encuesta tienen más miedo a la intervención quirúrgica y al post-operatorio que a la propia enfermedad.

Los estudios empíricos demuestran que la recuperación psicosocial de los laringectomizados depende tanto de su adaptación premórbida (los individuos bien adaptados preoperatoriamente se recuperan mejor que los mal adaptados)

como de su personalidad (rasgos como el nerviosismo, susceptibilidad, inactividad e introversión)^{14,15}.

Nuestros resultados deben de tomarse con cierta precaución ya que son datos preliminares. Serían necesarios estudios similares sobre una muestra más amplia y con otros mecanismos de control para evitar sesgar los resultados.

En conclusión, lo más llamativo del estudio es observar la diferencia subjetiva ante la intervención quirúrgica y los resultados que de ella se derivan en los 2 grupos de estudio. Está demostrado que la recuperación psicosocial de los laringectomizados depende tanto de su adaptación premórbida como de su personalidad.

Sería interesante la existencia de un consejo preoperatorio adecuado a disminuir la ansiedad en los pacientes, ya que se aceleraría la rehabilitación y mejoraría la calidad de vida del paciente.

La rehabilitación debe comenzar desde el momento que se realiza el diagnóstico, continuar durante la fase hospitalaria posquirúrgica, y la fase post-hospitalaria hasta el logro de la autonomía total del paciente, su reinserción social y la recuperación de la comunicación oral. Debe ser realizada por un equipo multidisciplinario calificado y entrenado en el tratamiento de estos pacientes. Como es evidente el tratamiento del paciente con cáncer de laringe no sólo debe incluir los aspectos relacionados con el tratamiento médico o quirúrgico y requiere incluir la rehabilitación como complemento necesario y básico para obtener mayor bienestar y calidad de vida en los pacientes con esta enfermedad.

Creemos que todo paciente que va a ser sometido a una cirugía agresiva debe ser informado de su diagnóstico y ser valorado por un psicólogo con el objetivo de realizar un diagnóstico psicosocial, considerando los factores de riesgo de inadecuada adaptación posquirúrgica. Además se debe considerar el entorno social del individuo y sus redes de apoyo para el enfrentamiento del tratamiento y el seguimiento, valorando la necesidad de psicoterapia específica para disminuir el grado de ansiedad, controlar las reacciones emocionales y posible depresión que le produce el diagnóstico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo 1.

**MINI EXAMEN
COGNOSCITIVO (MEC)**

Paciente.....Edad.....
 Ocupación.....Escolaridad.....
 Examinado por.....Fecha.....

ORIENTACIÓN

- Dígame el día.....fechaMes.....Estación.....Año..... ___5
- Dígame el hospital (o lugar).....
 planta.....ciudad.....Provincia.....Nación..... ___5

FIJACIÓN

- Repita estas tres palabras ; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda) ___3

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

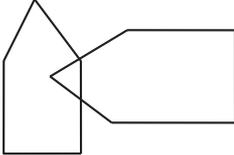
- Si tiene 30 ptas. y me va dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando ? ___5
- Repita estos tres números : 5,9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás ___3

MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras de antes ? ___3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto ?, repetirlo con un reloj ___2
- Repita esta frase : “En un trigal había cinco perros” ___1
- Una manzana y una pera ,son frutas ¿verdad ?
 ¿qué son el rojo y el verde ¿ ___2
- ¿Que son un perro y un gato ? ___3
- Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa ___1
- Lea esto y haga lo que dice : CIERRE LOS OJOS ___1
- Escriba una frase ___1
- Copie este dibujo ___1



Puntuación máxima 35.
Punto de corte Adulto no geriátricos 24
Adulto geriátrico 20

Anexo 2. Cuestionario de salud general de goldberg. (GHQ-28) últimamente:

A. Síntomas somáticos

1. ¿Se ha sentido perfectamente bien y en plena forma?	Mejor de lo habitual	Igual que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?	No en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más
3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	No en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más
4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?	No en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más
5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?	No en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más
6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o que la cabeza le va a estallar?	No en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más
7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofrío?	No en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más

B. Ansiedad e Insomnio

1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	No en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más
2. ¿Ha tenido dificultad para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?	No en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más
3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?	No en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más
4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?	No en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más
5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?	No en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más
6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?	No en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más
7. ¿Se ha notado nervioso y ‘‘a punto de explotar’’ constantemente?	No en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más

C. Disfunción social

1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	Más activo que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos
2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	Más rápido que lo habitual	Igual que lo habitual	Más tiempo que lo habitual	Mucho más
3. ¿Ha tenido la impresión en conjunto de que está haciendo las cosas bien?	Mejor que lo habitual	Aproximadamente lo mismo	Peor que lo habitual	Mucho peor
4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	Más satisfecho	Igual que lo habitual	Menos Satisfecho que lo habitual	Mucho menos satisfecho
5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?	Más de lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos
7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?	Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos

D. Depresión Grave

1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	No en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más
2. ¿Ha venido viviendo la vida sin esperanza?	No en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más
3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena?	No en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más
4. ¿Ha pensado en la posibilidad de «quitarse de en medio»?	No en absoluto	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente lo he pensado
5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada por que tiene los nervios desquiciados?	No en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más
6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?	No en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más
7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?	Claramente, no	Me parece que no	Seme ha cruzado por la mente	Claramente lo he pensado

Bibliografía

1. Spielberg CD, Auerbach SM, Wadsworth AP, Dunn TM, Teulbee ES. Emotional reactions to surgery. *J Consult Clin Psychol*. 1973;40:33–8.
2. Leigh JM, Walker J, Janaganathann P. Effect of preoperative anesthetic visit on anxiety. *B Med J*. 1977;2:987–9.
3. Johnston M. Anxiety in surgical patients. *Psychol Med*. 1980;10:145–52.
4. Cardoso MJ, Ramos MI, Torres MD, Fernández N, Rodríguez L, Peñas E. Nivel de ansiedad y recuperación post-operatoria. *Interpsiquis*. 2006 [consultado 20/02/2006]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicosis/24946/?++interactivo/>.
5. Marco JC, Bondía A, Perena MJ, Martínez R, Guillén A, Mateo JM, et al. Estudio del malestar psicológico y del miedo preoperatorio en pacientes quirúrgicos. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 1999;46:191–6.
6. Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, Bergmann J, Iwamoto CW, Bandeira D, Ferreira MB. Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2001;45:298–307.
7. Cánovas MR, Moix J, Sanz A. Ansiedad y amenaza percibida como predictores de la recuperación post-quirúrgica. *Interpsiquis*. 2001 [consultado 10/01/2001];(2). Disponible en: http://www.psiquiatria.com/articulos/para_revisar/1919/.
8. Vallés Varela H. Consentimientos informados en Otorrinolaringología. Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico Facial. Almirall Pradesfarma; 2006.
9. Folstein MF, Folstein SE. Mini-Mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12:189–98.
10. Lobo A, Escolar V, Ezquerro F. Mini examen cognoscitivo: un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes psiquiátricos. *Rev Psi Med*. 1980;14:39–57.
11. Pérez P, Lozano O, Rojas A. Propiedades psicométricas del GHQ-28 en pacientes con dependencia a opiáceos. *Adicciones*. 2010;22:65–72.
12. Goldberg D, Williams P. Cuestionario de salud general GHQ (General Health Questionnaire). In: *Guía para el usuario de las distintas versiones*. Barcelona: Masson; 1996.
13. Moerman N, Van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam pre-operative anxiety and information scale (APAIS). *Anesth Analg*. 1996;82:445–51.
14. Sony JC, Thomas DA. Comparison of anxiety before induction of anesthesia in the anaesthetic room or operating theatre. *Anesthesia*. 1999;44:651–5.
15. Woodard TD, Oplatek A, Petruzelli GJ. Life after total laryngectomy: a measure of long-term survival, function, and quality of life. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2007;133:526–36.
16. García J, Sanz C, Campos R, Dourdil F. Aspectos psicológicos y sociales en el paciente laríngectomizado. *Psiquis*. 1993;14:301–4.
17. Orduña Beuzón A, Vicente Bardón J, Martínez Gago A, Plaza Mayo G. Comunicación de necesidades en el paciente laríngectomizado: Pictorrino®. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2009;60:352–6.
18. Mc Neil B, Weischselbau R, Panker SG. Speech and survival: tradeoffs between quality and quantity of life in laryngeal cancer. *N Engl J Med*. 1981;305:982–7.
19. Nazar G, Platzer M, González I, Messina A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes tratados por cáncer de laringe. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello*. 2004;64:190–8.
20. Terrer JE, Fisher SG, Wolf GT. Long term quality of life after treatment of laryngeal cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1999;124:964–71.