

## ARTÍCULO ORIGINAL

### ESTADO PSICOAFFECTIVO EN PACIENTES SOMETIDOS A LARINGECTOMÍA TOTAL: ESTUDIO OBSERVACIONAL

#### *Psychoaffective status in patients undergoing total laryngectomy: an observational study*

Joel Alexander SOTO-VELEZ<sup>1</sup> ; María Belén PÉREZ-DELVALLE<sup>1</sup> ; Miguel GOMEZ-TORRES<sup>1</sup> ;  
Eves Priscila REYES-PUJOLS<sup>1</sup>; Jaime MARCO-ALGARRA<sup>2</sup> 

<sup>1</sup> Departamento de Otorrinolaringología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

<sup>2</sup> Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina de Valencia, Universitat de Valencia. Valencia, España

Correspondencia: [soto\\_joe@gva.es](mailto:soto_joe@gva.es)

Fecha de recepción: 9 de enero de 2026

Fecha de aceptación: 14 de marzo de 2026

Fecha de publicación: 27 de mayo de 2026

Fecha de publicación del fascículo: 30 de junio de 2026

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Imágenes: Los autores declaran haber obtenido las imágenes con el permiso de los pacientes

Política de derechos y autoarchivo: se permite el autoarchivo de la versión post-print (SHERPA/RoMEO)

Licencia CC BY-NC-SA 4.0. Licencia Creative Commons Atribución/Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0

Internacional

Universidad de Salamanca. Su comercialización está sujeta al permiso del editor

**RESUMEN:** Introducción y objetivo: La laringectomía total continúa siendo un tratamiento fundamental en el cáncer de laringe avanzado, aunque se asocia a importantes secuelas funcionales y posibles alteraciones psicoafectivas. La valoración sistemática del estado emocional no siempre forma parte del seguimiento clínico habitual. El objetivo de este estudio fue describir el estado psicoafectivo de pacientes sometidos a laringectomía total y analizar su relación con variables clínicas y terapéuticas. Método: Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo con componente analítico en pacientes sometidos a laringectomía total entre 2015 y 2024. La evaluación se llevó a cabo en un único momento del seguimiento postoperatorio, al menos un año después de la cirugía. Los síntomas de ansiedad y depresión se evaluaron mediante la escala Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Se analizaron variables clínicas como el uso de psicofármacos, la derivación a servicios de salud mental, el uso de prótesis fonatoria y la administración de tratamiento oncológico adyuvante. Resultados: Se incluyeron 33 pacientes. El 18,2 % presentó ansiedad

probable y el 24,2 % depresión probable. El 30,3 % recibió tratamiento psicofarmacológico habitual y el 33,3 % fue derivado a servicios de salud mental. No se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre la sintomatología psicoafectiva y el uso de prótesis fonatoria ni con el tratamiento oncológico adyuvante. Discusión: La presencia de sintomatología psicoafectiva en esta cohorte pone de manifiesto la variabilidad en la adaptación emocional de los pacientes tras una laringectomía total, más allá del periodo postoperatorio inmediato. Conclusiones: Una proporción relevante de pacientes laringectomizados presenta síntomas clínicamente significativos de ansiedad y depresión. La evaluación estructurada del estado psicoafectivo puede facilitar la identificación de pacientes que podrían beneficiarse de un abordaje multidisciplinar durante el seguimiento clínico.

Palabras clave: laringectomía total; ansiedad; depresión; cáncer de laringe; calidad de vida

**SUMMARY:** Introduction and objective: Total laryngectomy remains a cornerstone treatment for advanced laryngeal cancer, although it is associated with relevant functional sequelae and potential psycho-affective alterations. Systematic assessment of emotional status is not always part of routine postoperative follow-up. The aim of this study was to describe the psychoaffective status of patients undergoing total laryngectomy and to analyze its relationship with clinical and therapeutic variables. Method: An observational, cross-sectional and descriptive study with an analytical component was conducted in patients who underwent total laryngectomy between 2015 and 2024. Psychoaffective assessment was performed at a single time point during postoperative follow-up, at least one year after surgery in all cases. Symptoms of anxiety and depression were assessed using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Clinical variables analyzed included psychotropic medication use, referral to mental health services, voice prosthesis use, and adjuvant oncological treatment. Results: A total of 33 patients were included. Probable anxiety was identified in 18.2% of patients and probable depression in 24.2%. Psychotropic medication was prescribed in 30.3% of patients, and 33.3% were referred to mental health services. No statistically significant associations were found between psychoaffective symptoms and voice prosthesis use or adjuvant oncological treatment. Discussion: The presence of psychoaffective symptoms in this cohort highlights variability in emotional adaptation among patients after total laryngectomy, beyond the immediate postoperative period. Conclusions: A relevant proportion of patients undergoing total laryngectomy present clinically significant symptoms of anxiety and depression. Structured psychoaffective assessment may help identify patients who could benefit from a multidisciplinary approach during postoperative follow-up.

**KEYWORDS:** total laryngectomy; anxiety; depression; laryngeal cancer; quality of life

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de laringe constituye la neoplasia de la vía aerodigestiva superior más frecuente y, en estadios avanzados o en situaciones de recidiva local, la laringectomía total continúa desempeñando un papel fundamental como estrategia terapéutica con intención curativa [1]. A pesar de los avances en las técnicas de preservación de órgano y en los protocolos de quimio-radioterapia, esta intervención sigue siendo necesaria en un subgrupo bien definido de pacientes seleccionados

en función de criterios oncológicos, anatómicos y clínicos [2].

La laringectomía total representa una cirugía radical que implica una modificación profunda y permanente de funciones esenciales. Entre sus principales consecuencias funcionales se encuentran la pérdida de la voz laríngea, las alteraciones de la deglución, la abolición de la respiración nasal con repercusión sobre el olfato y el gusto, así como cambios en la mecánica respiratoria derivados de la traqueostomía definitiva [3, 5]. Estas secuelas condicionan de forma directa la comunicación

verbal, la interacción social y la autonomía personal, afectando de manera significativa la calidad de vida del paciente.

Más allá de las limitaciones físicas, la extirpación de la laringe supone una transformación vital de gran impacto psicológico. La pérdida de la voz, las dificultades en la alimentación y los cambios en la imagen corporal se han identificado como factores estrechamente relacionados con el desarrollo de síntomas de ansiedad, depresión y trastornos adaptativos en pacientes laringectomizados [1, 3, 4]. Estas manifestaciones psicoafectivas no solo pueden aparecer en el periodo inmediato tras la cirugía, sino que en muchos casos persisten a medio y largo plazo, influyendo negativamente en la reintegración social, familiar y laboral del paciente, incluso en contextos de adecuado control oncológico [6, 7, 8].

En este contexto, la evaluación sistemática del estado psicológico de los pacientes sometidos a laringectomía total adquiere una relevancia clínica creciente. La detección precoz de síntomas de ansiedad y depresión permite una aproximación más integral al paciente oncológico, favoreciendo la derivación oportuna a recursos especializados de salud mental y la implementación de estrategias de apoyo individualizadas [9, 10, 11]. Herramientas estandarizadas como la *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* han demostrado ser útiles como instrumentos de cribado en población quirúrgica y oncológica, permitiendo identificar de forma sencilla y reproducible a aquellos pacientes con mayor riesgo de presentar alteraciones psicoafectivas clínicamente relevantes [12, 13, 14].

Asimismo, diversos factores clínicos y terapéuticos podrían influir en la carga psicológica de los pacientes laringectomizados. Entre ellos se han señalado la necesidad de tratamiento adyuvante, el uso de psicofármacos, la derivación a servicios de salud mental y la rehabilitación vocal mediante prótesis fonatoria, si bien la evidencia disponible muestra resultados heterogéneos y en ocasiones

contradictorios. Este escenario pone de manifiesto la necesidad de continuar explorando la relación entre estas variables y el estado psicoemocional de los pacientes sometidos a laringectomía total en diferentes contextos clínicos [6, 9, 15].

El objetivo principal de este estudio fue describir el estado psicoafectivo de los pacientes sometidos a laringectomía total determinando la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en esta población. De forma secundaria, se determinó el uso de psicofármacos durante el seguimiento postoperatorio, la derivación a servicios de salud mental, el uso de prótesis fonatoria como método de rehabilitación vocal y la administración de tratamiento oncológico complementario.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo con componente analítico, en una cohorte retrospectiva de pacientes sometidos a laringectomía total. El diseño del estudio se basó en la evaluación del estado psicoafectivo durante el seguimiento clínico tras la intervención quirúrgica, sin intervención por parte de los investigadores.

### Participantes

Se incluyeron pacientes mayores de 18 años intervenidos de laringectomía total entre 2015 y 2024 que aceptaron participar mediante consentimiento informado. Con el objetivo de garantizar una mayor estabilidad clínica y emocional, la evaluación se realizó al menos 12 meses después de la cirugía. No se estableció un intervalo máximo desde la intervención, dado el carácter descriptivo del estudio y la variabilidad habitual del seguimiento a largo plazo en esta población.

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Edad  $\geq 18$  años.
- Laringectomía total realizada como tratamiento primario o de rescate por cáncer de laringe.

- Capacidad para comprender y completar los cuestionarios.
- Intervalo mínimo de 12 meses desde la intervención quirúrgica.
- Aceptación voluntaria mediante consentimiento informado.

#### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Deterioro cognitivo documentado o dificultades que impidieran la correcta comprensión o cumplimentación del cuestionario.
- Pacientes con recidiva tumoral activa en el momento de la evaluación.
- Imposibilidad de contactar o completar la evaluación.
- Rechazo a participar en el estudio.

#### ESTRATEGIA DE RECOGIDA DE DATOS

La recogida de datos se llevó a cabo siguiendo un protocolo estandarizado. Las entrevistas fueron realizadas por un facultativo especialista en otorrinolaringología o por un residente del mismo servicio entrenado en la administración del instrumento.

Las evaluaciones se realizaron de forma presencial en consulta o mediante entrevista telefónica, en función de la situación clínica y la disponibilidad del paciente. En las entrevistas telefónicas, el entrevistador leyó literalmente cada ítem del cuestionario y registró las respuestas indicadas por el paciente sin realizar aclaraciones ni interpretaciones adicionales, con el fin de mantener la equivalencia metodológica entre ambas modalidades.

Las variables psicológicas se obtuvieron a partir de un cuestionario autoadministrado validado. Las variables clínicas (edad, sexo, tipo de tratamiento oncológico, comorbilidades y tiempo transcurrido desde la cirugía) se extrajeron de la historia clínica electrónica. Todos los datos se registraron en una base de datos anonimizada y se realizó una revisión de consistencia previa al análisis para detectar posibles errores de transcripción o duplicidades.

#### EVALUACIÓN PSICOAFECTIVA

La evaluación del estado psicológico se realizó mediante la *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*, instrumento ampliamente validado en población oncológica y quirúrgica. La escala consta de 14 ítems distribuidos en dos subescalas: ansiedad (HADS-A) y depresión (HADS-D), con una puntuación de 0 a 3 por ítem y un rango total de 0 a 21 puntos por subescala.

La HADS fue seleccionada por su facilidad de aplicación en el contexto clínico habitual y por excluir síntomas somáticos, lo que resulta especialmente relevante en pacientes sometidos a laringectomía total, en quienes las secuelas físicas podrían interferir en la interpretación de otros instrumentos psicométricos.

Las puntuaciones se categorizaron como normales (0–7), caso límite (8–10) y caso probable de ansiedad o depresión clínica (11–21). Para el análisis estadístico, las puntuaciones de ambas subescalas se dicotomizaron en ausencia de sintomatología clínicamente relevante (<8) o presencia de sintomatología psicoafectiva (≥8).

No se realizó una evaluación psicoafectiva basal previa a la intervención quirúrgica, por lo que no fue posible establecer comparaciones intraindividuales pre- y postoperatorias. En consecuencia, los resultados reflejan la carga psicoafectiva durante el seguimiento a medio y largo plazo tras la laringectomía total.

#### VARIABLES CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS

Además de los resultados de la escala HADS, se recogieron las siguientes variables clínicas y terapéuticas a partir de la historia clínica:

- Uso de psicofármacos durante el seguimiento postoperatorio, diferenciando entre tratamiento psicofarmacológico habitual y uso exclusivo de hipnóticos.
- Derivación a servicios de salud mental (psiquiatría o psicooncología), registrada

únicamente cuando tuvo lugar tras la intervención quirúrgica y realizada a criterio clínico del equipo responsable ante la presencia de sintomatología emocional persistente, impacto funcional significativo o demanda expresa del paciente.

- Uso de prótesis fonatoria como método de rehabilitación vocal en el momento de la evaluación psicoafectiva.
- Administración de tratamiento oncológico adyuvante (quimioterapia y/o radioterapia).

Además, se registraron antecedentes psiquiátricos previos a partir de la historia clínica electrónica. Esta variable se recogió con fines descriptivos. Asimismo, todos los pacientes incluidos iniciaron de forma protocolizada rehabilitación logopédica aproximadamente un mes tras el alta hospitalaria, con seguimientos periódicos establecidos por los profesionales de logopedia en función de las necesidades rehabilitadoras individualizadas de cada paciente.

#### ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias absolutas y relativas. Para el análisis de la asociación entre la presencia de sintomatología psicoafectiva (ansiedad y depresión) y las variables clínicas y terapéuticas, se utilizaron pruebas de chi-cuadrado cuando los valores esperados fueron  $\geq 5$  en todas las celdas, y la prueba exacta de Fisher cuando alguna celda presentó valores esperados inferiores a cinco.

Los resultados se expresaron mediante valores p bicaudales, considerándose estadísticamente significativo un valor de  $p < 0,05$ .

#### RESULTADOS

Se incluyeron en el análisis un total de 33 pacientes sometidos a laringectomía total. La evaluación del estado psicoafectivo mediante la escala HADS mostró que, en la subescala de ansiedad (HADS-A), 20 pacientes (60,6 %) presentaron puntuaciones dentro del rango normal ( $\leq 7$ ), 7 pacientes (21,2 %) se situaron en el rango de caso límite (8–10) y 6 pacientes (18,2 %) cumplieron criterios de ansiedad probable ( $\geq 11$ ). En la subescala de depresión (HADS-D), 19 pacientes (57,6 %) obtuvieron puntuaciones normales, 6 pacientes (18,2 %) se clasificaron como caso límite y 8 pacientes (24,2 %) presentaron puntuaciones compatibles con depresión probable (Tabla 1).

En relación con el tratamiento psicofarmacológico, 10 pacientes (30,3 %) utilizaron psicofármacos de forma habitual, 5 pacientes (15,2 %) utilizaron psicofármacos exclusivamente con finalidad hipnótica y 18 pacientes (54,5 %) no recibieron tratamiento psicofarmacológico. Entre los pacientes con tratamiento psicofarmacológico habitual, 6 (60 %) presentaron puntuaciones de ansiedad clínicamente relevantes (HADS-A  $> 8$ ) y 5 (50 %) puntuaciones de depresión clínicamente relevantes (HADS-D  $> 8$ ). En el subgrupo que utilizó únicamente hipnóticos, todos los pacientes presentaron puntuaciones normales en ansiedad y 1 paciente (20 %) presentó puntuaciones compatibles con depresión. Entre los pacientes sin tratamiento psicofarmacológico, 7 (38,9 %) presentaron HADS-A  $> 8$  y 8 (44,4 %) HADS-D  $> 8$  (Tabla 2).

Once pacientes (33,3 %) fueron derivados a servicios de salud mental, mientras que 22 pacientes (66,7 %) no precisaron derivación. En

Tabla 1. Características clínicas y resultados psicoafectivos en pacientes sometidos a laringectomía total (n = 33)

| Distribución de síntomas de ansiedad y depresión según la HADS (n. de pacientes; %) |             |                  |                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------|--------------------|
| Escala HADS                                                                         | Normal n(%) | Caso límite n(%) | Caso probable n(%) |
| Ansiedad (HADS-A)                                                                   | 20 (60,6 %) | 7 (21,2 %)       | 6 (18,2 %)         |
| Depresión (HADS-D)                                                                  | 19 (57,6 %) | 6 (18,2 %)       | 8 (24,2 %)         |

Tabla 2. Asociación entre el uso de psicofármacos y la presencia de síntomas de ansiedad y depresión según la escala HADS

| Uso de psicofármacos (n. de pacientes; %) |             |             |             |            |            |
|-------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|------------|
|                                           | Total       | HADS-A <8   | HADS-D <8   | HADS-A ≥8  | HADS-D ≥8  |
| Sí                                        | 10 (30,3 %) | 4 (40 %)    | 5 (50 %)    | 6 (60 %)   | 5 (50 %)   |
| Uso exclusivo de hipnóticos               | 5 (15,2 %)  | 5 (100 %)   | 4 (80 %)    | 0 (0 %)    | 1 (20 %)   |
| No                                        | 18 (54,5 %) | 11 (61,1 %) | 10 (55,6 %) | 7 (38,9 %) | 8 (44,4 %) |

el grupo derivado, 7 pacientes (63,6 %) presentaron puntuaciones de ansiedad clínicamente relevantes y 6 pacientes (54,5 %) puntuaciones de depresión clínicamente relevantes. En contraste, en el grupo no derivado, la mayoría de los pacientes presentó puntuaciones dentro del rango normal tanto en ansiedad (72,7 %) como en depresión (63,6 %) (Tabla 3).

Ocho pacientes (24,2 %) utilizaban prótesis fonatoria y 25 pacientes (75,8 %) no la portaban. Entre los pacientes con prótesis, 3 (37,5 %) presentaron HADS-A > 8 y 4 (50 %) HADS-D >

8, mientras que en el grupo sin prótesis fonatoria 10 pacientes (40 %) presentaron HADS-A > 8 y 10 pacientes (40 %) HADS-D > 8. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en ansiedad (prueba exacta de Fisher,  $p = 1$ ) ni en depresión ( $p = 0,695$ ) (Tabla 4).

Diecinueve pacientes (57,6 %) recibieron tratamiento oncológico adyuvante mediante quimioterapia y/o radioterapia, mientras que 14 pacientes (42,4 %) no lo recibieron. En el grupo con tratamiento adyuvante, 7 pacientes (36,8 %) presentaron HADS-A > 8 y 8 pacientes (42,1 %) HADS-D > 8.

Tabla 3. Puntuaciones de HADS y su relación con la derivación a servicios de salud mental en laringectomizados (n=33)

| Derivación a servicios de salud mental (n. de pacientes; %) |             |             |             |            |            |
|-------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|------------|
|                                                             | Total       | HADS-A <8   | HADS-D <8   | HADS-A ≥8  | HADS-D ≥8  |
| Sí                                                          | 11 (33,3 %) | 4 (36,4 %)  | 5 (45,5 %)  | 7 (63,6 %) | 6 (54,5 %) |
| No                                                          | 22 (66,7 %) | 16 (72,7 %) | 14 (63,6 %) | 6 (27,3 %) | 8 (36,4 %) |

Tabla 4. Relación de síntomas de ansiedad y depresión según el uso de prótesis fonatoria en pacientes con laringectomía total (n = 33)

| Uso de prótesis fonatorias (HADS-A) (n. de pacientes; %) |           |            |            |
|----------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|
|                                                          | Total     | HADS-A <8  | HADS-A ≥8  |
| Sí                                                       | 8 (32 %)  | 5 (62,5 %) | 3 (37,5 %) |
| No                                                       | 25 (68 %) | 15 (60 %)  | 10 (40 %)  |
| Fisher exacto ( $p = 1$ )                                |           |            |            |
| Uso de prótesis fonatorias (HADS-D) (n. de pacientes; %) |           |            |            |
|                                                          | Total     | HADS-D <8  | HADS-D ≥8  |
| Sí                                                       | 8 (32 %)  | 4 (50 %)   | 4 (50 %)   |
| No                                                       | 25 (68 %) | 15 (60 %)  | 10 (40 %)  |
| Fisher exacto ( $p = 0,695$ )                            |           |            |            |

Tabla 5. Relación entre el tratamiento oncológico adyuvante y la carga psicoafectiva en pacientes con laringectomía total basado en el HADS (n = 33)

| Tratamiento oncológico adyuvante (HADS-A) (n. de pacientes; %) |             |             |            |
|----------------------------------------------------------------|-------------|-------------|------------|
|                                                                | Total       | HADS-A <8   | HADS-A ≥8  |
| Sí                                                             | 19 (57,6 %) | 12 (63,2 %) | 7 (36,8 %) |
| No                                                             | 14 (43,4 %) | 8 (57,1 %)  | 6 (42,9 %) |
| $\chi^2 = 0,12$ , $p = 0,73$                                   |             |             |            |
| Tratamiento oncológico adyuvante (HADS-D) (n. de pacientes; %) |             |             |            |
|                                                                | Total       | HADS-D <8   | HADS-D ≥8  |
| Sí                                                             | 19 (57,6 %) | 11 (57,9 %) | 8 (42,1 %) |
| No                                                             | 14 (42,4 %) | 8 (57,1 %)  | 6 (42,9 %) |
| $\chi^2 = 0,0012$ , $p = 0,97$                                 |             |             |            |

En el grupo sin tratamiento adyuvante, 6 pacientes (42,9 %) presentaron puntuaciones clínicamente relevantes tanto en ansiedad como en depresión. No se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en ansiedad ( $\chi^2 = 0,12$ ;  $p = 0,73$ ) ni en depresión ( $\chi^2 = 0,0012$ ;  $p = 0,97$ ) (Tabla 5).

## DISCUSIÓN

Los procesos oncológicos de cabeza y cuello se asocian con una elevada carga emocional, pudiendo generar síntomas de ansiedad y depresión en diferentes fases de la enfermedad. En el presente estudio, la evaluación mediante la escala HADS mostró que una proporción clínicamente relevante de pacientes sometidos a laringectomía total presentó sintomatología psicoafectiva significativa durante el seguimiento postoperatorio, siendo la depresión ligeramente más frecuente que la ansiedad. No obstante, la mayoría de los pacientes evaluados mostró puntuaciones dentro de rangos considerados normales, lo que sugiere una adecuada adaptación emocional en una parte sustancial de la cohorte, incluso tras una cirugía de carácter mutilante [1, 3, 16].

Las prevalencias observadas en nuestro estudio se sitúan dentro del rango descrito en la literatura, donde se han comunicado tasas variables de ansiedad y depresión en pacientes laringectomizados,

generalmente entre el 15% y el 25%, dependiendo del instrumento utilizado, el momento de la evaluación y las características de la población analizada [2, 17, 18]. La heterogeneidad metodológica de los estudios disponibles, incluyendo diseños transversales, longitudinales y cualitativos, dificulta la comparación directa entre series; sin embargo, nuestros resultados son concordantes con trabajos previos que describen la persistencia de alteraciones psicoafectivas más allá del periodo postoperatorio inmediato [3, 6].

Un hallazgo clínicamente relevante fue la relación observada entre la presencia de sintomatología psicoafectiva y el uso de psicofármacos durante el seguimiento. En nuestra cohorte, el porcentaje de pacientes que recibieron tratamiento psicofarmacológico tras la cirugía fue superior al descrito en algunas series publicadas, donde se estima que aproximadamente un 10–15% de los pacientes laringectomizados utilizan psicotrópicos de forma crónica [1, 9, 19]. No obstante, también se identificó una proporción no desdeñable de pacientes sin tratamiento psicofarmacológico que presentaban puntuaciones elevadas en la escala HADS, lo que pone de manifiesto una posible infradetección de síntomas psicoafectivos en la práctica clínica habitual y refuerza el valor de las herramientas de cribado sistemático en este contexto [1, 9, 19].

La derivación a servicios de salud mental se asoció de manera consistente con una mayor

prevalencia de síntomas clínicamente relevantes de ansiedad y depresión. En el grupo de pacientes derivados, más de la mitad presentó puntuaciones elevadas en al menos una de las subescalas del HADS, mientras que en los pacientes no derivados predominó la ausencia de sintomatología significativa. Este hallazgo sugiere que la derivación suele producirse en pacientes con manifestaciones emocionales más evidentes, aunque no excluye la existencia de pacientes con malestar emocional subclínico que podrían beneficiarse de una evaluación psicológica más sistemática [1, 9, 20].

En relación con la rehabilitación vocal mediante prótesis fonatoria, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad o depresión entre los pacientes que portaban prótesis y aquellos que no. Si bien estudios previos han descrito una asociación entre la rehabilitación vocal efectiva y una mejor calidad de vida, así como una menor prevalencia de síntomas depresivos, nuestros resultados no confirman de forma concluyente dicha relación [3, 7, 15]. Esta discrepancia podría explicarse por el tamaño muestral limitado, la heterogeneidad en el tiempo de seguimiento o la influencia de otros factores no evaluados, como el soporte social o la adaptación individual a la pérdida de la voz.

De forma similar, la administración de tratamiento oncológico adyuvante no se asoció de manera significativa con una mayor carga psicoafectiva en nuestra cohorte. Aunque la quimioterapia y la radioterapia pueden incrementar el estrés físico y emocional, los resultados sugieren que estos tratamientos no condicionaron de forma independiente los niveles de ansiedad o depresión durante el seguimiento a medio y largo plazo. Este hallazgo ha sido descrito de manera variable en la literatura y podría reflejar la influencia de factores protectores, como la adaptación progresiva a la enfermedad, el apoyo familiar y el abordaje multidisciplinar recibido por estos pacientes [6, 21, 22].

En conjunto, los resultados del presente estudio refuerzan la necesidad de considerar la dimensión

psicoafectiva como parte integral del seguimiento de los pacientes sometidos a laringectomía total. Desde una perspectiva clínica, la utilización de instrumentos estandarizados como la escala HADS permite identificar de forma sencilla a aquellos pacientes con mayor riesgo de presentar alteraciones emocionales, facilitando una atención más personalizada y multidisciplinar.

#### LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El diseño observacional y transversal no permite establecer relaciones causales ni evaluar la evolución temporal de la sintomatología psicoafectiva. Asimismo, el tamaño muestral puede haber reducido la capacidad para detectar algunas asociaciones. Aunque se registraron antecedentes psiquiátricos previos, no se analizó su posible influencia en los resultados, por lo que no puede descartarse su efecto como factor de confusión. Por otro lado, no se dispuso de una evaluación psicoafectiva basal previa a la intervención quirúrgica, lo que limita determinar si los síntomas observados estaban presentes antes del tratamiento o se desarrollaron posteriormente. Esta ausencia de medición basal obliga a interpretar los resultados con cautela. No obstante, la evaluación realizada a partir del primer año postoperatorio permite centrarse en manifestaciones emocionales más persistentes y aporta información relevante en el contexto del seguimiento clínico de los pacientes.

La inclusión de variables de contexto psicosocial, como el nivel educativo, la situación laboral o el apoyo familiar, podría aportar una mejor comprensión de la adaptación emocional tras la laringectomía total [23].

#### CONCLUSIONES

La laringectomía total se asocia a una carga psicoafectiva clínicamente relevante en una proporción significativa de pacientes, especialmente en forma de síntomas depresivos, aunque la mayoría de la cohorte mostró una adaptación psicológica

globalmente adecuada. La evaluación sistemática mediante la escala HADS permitió identificar a los pacientes con mayor riesgo de ansiedad y depresión, manifestando su utilidad como herramienta de cribado en el seguimiento de pacientes laringectomizados.

La asociación observada entre la presencia de sintomatología psicoafectiva, el uso de psicofármacos y la derivación a servicios de salud mental refuerza la importancia de una atención multidisciplinar integrada. Por el contrario, en esta cohorte no se evidenció una relación significativa entre la carga psicológica y el uso de prótesis fonatoria ni con la administración de tratamiento oncológico adyuvante.

Estos hallazgos subrayan la necesidad de incorporar de forma rutinaria la valoración psicológica en el seguimiento de los pacientes sometidos a laringectomía total, con el objetivo de optimizar la detección precoz de síntomas psicoafectivos y facilitar intervenciones personalizadas que contribuyan a mejorar su bienestar y calidad de vida.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Blanco-Piñero N, Antequera-Jurado R, Rodríguez-Franco L, Ibáñez-Guerra E, Herrero-Salado TE, Sánchez-Gómez S. Alteraciones emocionales y psicopatológicas en pacientes oncológicos laringectomizados. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2015;66(4):210-7. <https://doi.org/10.1016/j.otorri.2014.09.006>. PMID: 25465282.
2. Kemps GJF, Krebbers I, Pilz W, Vanbelle S, Baijens LWJ. Affective symptoms and swallow-specific quality of life in total laryngectomy patients. *Head Neck.* 2020;42(11):3179-87. <https://doi.org/10.1002/hed.26365>. PMID: 32621568.
3. Wulff NB, Dalton SO, Wessel I, Arenaz Búa B, Løfhede H, Hammerlid E, et al. Health-related quality of life, dysphagia, voice problems, depression, and anxiety after total laryngectomy. *Laryngoscope.* 2022;132(5):980-8. <https://doi.org/10.1002/lary.29857>. PMID: 34490903.
4. Noonan BJ, Hegarty J. The impact of total laryngectomy: the patient's perspective. *Oncol Nurs Forum.* 2010;37(3):293-301. <https://doi.org/10.1188/10.ONF.293-301>. PMID: 20439213.
5. Terlingen LT, Pilz W, Kuijter M, Kremer B, Baijens LW. Diagnosis and treatment of oropharyngeal dysphagia after total laryngectomy with or without pharyngoesophageal reconstruction: systematic review. *Head Neck.* 2018;40(12):2733-48. <https://doi.org/10.1002/hed.25508>. PMID: 30478930.
6. Volpato E, Poletti V, Banfi P, Pagnini F. Exploring experiences and emotions in tracheostomy and laryngectomy: a systematic review. *Psychol Health Med.* 2025;30:1-23. <https://doi.org/10.1080/13548506.2025.2531465>. PMID: 40679027.
7. Perry A, Casey E, Cotton S. Quality of life after total laryngectomy: functioning, psychological well-being and self-efficacy. *Int J Lang Commun Disord.* 2015;50(4):467-75. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12148>. PMID: 25703153.
8. Singer S, Danker H, Bloching M, et al. Perceived stigmatisation following laryngectomy. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2007;57(8):328-33. <https://doi.org/10.1055/s-2006-952016>. PMID: 17334971.
9. Jiménez-Labaig P, Aymerich C, Braña I, Rullan A, Cacicedo J, González-Torres MA, et al. A comprehensive examination of mental health in patients with head and neck cancer: systematic review and meta-analysis. *JNCI Cancer Spectr.* 2024;8(3):pkae031. <https://doi.org/10.1093/jncics/pkae031>. PMID: 38702757.
10. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the hospital anxiety and depression scale: an updated literature review. *J Psychosom Res.* 2002;52(2):69-77. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00296-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00296-3). PMID: 11832252.
11. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67(6):361-70. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>. PMID: 6880820.
12. Spinhoven P, Ormel J, Sloekers PP, Kempen GI, Speckens AE, Van Hemert AM. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychol Med.* 1997;27(2):363-70. <https://doi.org/10.1017/S003329170000500>.

- doi.org/10.1017/S0033291796004382. PMID: 9089829.
13. Mitchell AJ, Meader N, Symonds P. Diagnostic validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in cancer and palliative settings: a meta-analysis. *J Affect Disord.* 2010;126(3):335-48. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.01.067>. PMID: 20207007.
14. 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(3):216-21. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00062.x>. PMID: 12580829.
15. Salturk Z, Arslanoglu A, Ozdemir E, et al. How do voice restoration methods affect the psychological status of patients after total laryngectomy? *HNO.* 2016;64(3):163-8. <https://doi.org/10.1007/s00106-016-0134-x>. PMID: 26923487.
16. Dooks P, McQuestion M, Goldstein D, Molassiotis A. Experiences of patients with laryngectomies as they reintegrate into their community. *Support Care Cancer.* 2012;20(3):489-98. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1101-4>. PMID: 21298450.
17. Vilaseca I, Chen AY, Backscheider AG. Long-term quality of life after total laryngectomy. *Head Neck.* 2006;28(4):313-20. <https://doi.org/10.1002/hed.20268>. PMID: 16200627.
18. Braz DS, Ribas MM, Dedivitis RA, Nishimoto IN, Barros AP. Quality of life and depression in patients undergoing total and partial laryngectomy. *Clinics (Sao Paulo).* 2005;60(2):135-42. <https://doi.org/10.1590/S1807-59322005000200010>. PMID: 15880250.
19. Artal R, Alfonso JI, Sebastián JM, Bonda A, Vallés H. Valoración del grado de afectación sobre la salud psíquica en el paciente prelaríngectomizado. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2011;62(3):220-7. <https://doi.org/10.1016/j.otorri.2010.12.006>. PMID: 21353188.
20. 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(10):129-33. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2009.01.012>. PMID: 19362038.
21. Admiraal JM, Reyners AKL, Hoekstra-Weebers JEHM. Do cancer and treatment type affect distress? *Psychooncology.* 2013;22(8):1766-73. <https://doi.org/10.1002/pon.3211>. PMID: 23109282.
22. 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(5):362-7. <https://doi.org/10.1002/smi.2445>. PMID: 22972767.
23. Kangas M, Henry JL, Bryant RA. Posttraumatic stress disorder following cancer: a conceptual and empirical review. *Clin Psychol Rev.* 2002;22(4):499-524. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00118-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00118-0). PMID: 12094509.