

UNIVERSIDAD DE VALENCIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y  
TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

---

PROGRAMA DE DOCTORADO 3054/ RD 1393/2007



PERSONALIDAD Y PSICOPATOLOGÍA EN PACIENTES CON  
CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

MARÍA LONGARES SEGARRA

Dirigida por:

DRA. M<sup>a</sup> JOSÉ BÁGUENA PUIGSERVER

DRA. M<sup>a</sup> ÁNGELES BELEÑA MATEO

Valencia, 2017



*A Jesús,*

*A mis padres,*

*A mis hermanos y sobrinos*

*Y a María*



## AGRADECIMIENTOS

*En primer lugar, quiero dar las gracias a mis Directoras de tesis:*

*A la Dra. M<sup>a</sup> José Báguena por sus orientaciones, por su atención a los detalles y por su tiempo y inestimable dedicación en este estudio.*

*A la Dra. Ángela Beleña por la confianza depositada en mí para realizar este estudio, por su ayuda, ánimo y amabilidad.*

*Al Dr. Vicente Escrig, del Servicio de Oncología del Hospital Clínico Universitario de Valencia, por su interés en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello, y por facilitarme la realización de este proyecto de investigación mediante la derivación de sus pacientes. Agradezco al Dr. Almenar y su equipo, del Servicio de Oncología del Hospital Universitario Doctor Peset, al Dr. Vendrell y su equipo, del Servicio de Otorrinolaringología de la Fundación IVO y al Dr. Lavernia del Servicio de Oncología de la misma Fundación, su colaboración mediante la derivación de pacientes. También quiero dar las gracias a José, presidente de la Asociación Valenciana de Operados de Laringe, por abrirme las puertas de la Asociación para colaborar con esta investigación.*

*A Wolfgang Gralke por su importante contribución en todo el proceso de Análisis de Datos y por su inestimable ayuda con las correcciones de texto de este trabajo. También quiero agradecerle por su disponibilidad y buen humor.*

*A la Dra. M<sup>a</sup> Carmen Arenas y al Dr. Enrique Cantón que me permitieron entrar en sus clases para recoger la muestra del grupo de control, y a los voluntarios por su participación desinteresada.*

*A Clara por su ayuda con la muestra y con el grupo de control.*

*A Jesús por su amor, por ser mi motor y mi fortaleza desde el principio, por su inestimable ayuda y ánimo en todo momento, por tantos detalles a lo largo de este tiempo...*

*A María por estar conmigo y por infundirme la confianza necesaria para seguir adelante.*

*A mi madre por sus detalles que tanto me han ayudado en este último tiempo.*

*A Francisco, Benito, Malaquías y Atanasio por su ayuda generosa que ha sido tan crucial para mí. A mis amigos Álvaro y Nicole por su gran disponibilidad, ayuda y amistad. A María R., María G, Ximo y a todos mis amigos por darme ánimo y apoyo de diferentes formas, especialmente este último tiempo.*

*A todos los pacientes que han participado en este estudio por su tiempo, su generosidad, su gran esfuerzo y su paciencia. Sin ellos este estudio no hubiera sido posible.*

## Índice

<b>Introducción</b>	1
<b>CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO</b>	5
<b>1.1. Introducción</b>	7
<b>1.2. El Cáncer de Cabeza y Cuello</b>	7
1.2.1. Aspectos conceptuales	7
1.2.1.1. Escala de estadiaje del cáncer: TNM	9
1.2.2. Epidemiología del CCC	10
1.2.3. Factores de Riesgo	11
1.2.3.1. Otros factores de riesgo	16
1.2.4. Sintomatología del Cáncer de Cabeza y Cuello	18
1.2.5. Tratamiento	21
1.2.5.1. Efectos secundarios del tratamiento médico	23
1.2.6. Implicaciones psicosociales del cáncer de cabeza y cuello y de los tratamientos	24
1.2.7. Factores Pronósticos	28
1.2.8. Fases de adaptación psicológica a la enfermedad oncológica	31
1.2.9. Tratamientos psicológicos del cáncer	31
<b>1.3. Variables psicológicas</b>	36
1.3.1. Factores temperamentales de la personalidad (Big Five) en cáncer de cabeza y cuello	36
1.3.1.1. Impulsividad y autocontrol	41
1.3.2. Resiliencia en cáncer de cabeza y cuello	46
1.3.3. Afrontamiento en cáncer de cabeza y cuello	51
1.3.4. Sintomatología psicológica en cáncer de cabeza y cuello	58
1.3.5. Trastornos de personalidad en cáncer de cabeza y cuello	65
1.3.6. La búsqueda de sentido en la enfermedad	70
<b>1.4. Objetivos e hipótesis</b>	74
<b>CAPÍTULO II. MÉTODO</b>	79
<b>2.1. Introducción</b>	81
<b>2.2. Diseño</b>	81
<b>2.3. Descripción de la muestra</b>	81
2.3.1. Datos sociodemográficos de la muestra	82
2.3.2. Análisis Descriptivo del Consumo de Sustancias	88
2.3.3. Instrumentos	97

2.3.4. Registro de datos socio-demográficos y consumo de sustancias	98
2.3.5. Inventario NEO reducido de Cinco Factores (NEO-FFI)	98
2.3.6. Escala de Impulsividad de Barratt, versión 11 (BIS-11)	99
2.3.7. Escala de Autocontrol	100
2.3.8. Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC)	102
2.3.9. Escala de Evaluación de Estilos de Afrontamiento (COPE)	103
2.3.10. Listado de Síntomas Breve (LSB-50)	104
2.3.11. Examen Internacional de Desórdenes de Personalidad (IPDE)	106
2.3.12. Mini Mental Adjustment to Cancer Scale (Mini-MAC)	106
<b>2.4. Procedimiento</b>	107
<b>2.5. Análisis estadísticos</b>	108
<b>CAPÍTULO III. RESULTADOS</b>	109
<b>3.1. Introducción</b>	111
<b>3.2. Análisis de la consistencia interna de las variables evaluadas</b>	111
<b>3.3. Análisis de medias</b>	118
3.3.1. Dimensiones básicas de personalidad	118
3.3.2. Impulsividad	119
3.3.3. Autocontrol	120
3.3.4. Resiliencia	121
3.3.5. Estilos de afrontamiento	121
3.3.6. Síntomas psicológicos generales	123
3.3.7. Trastornos de personalidad	124
3.3.7.1. Trastornos de personalidad más prevalentes	125
<b>3.4. Análisis multivariados</b>	127
3.4.1. Análisis factoriales	127
3.4.2. Análisis discriminantes	135
3.4.2.1. Personalidad	135
3.4.2.2. Síntomas psicológicos	140
<b>3.5. Consumo de sustancias y Cáncer de Cabeza y Cuello</b>	144
3.5.1. Dimensiones básicas de personalidad, impulsividad y autocontrol	146
3.5.2. Resiliencia y estilos de afrontamiento	150
3.5.3. Síntomas psicológicos	154
3.5.4. Trastornos de personalidad	157



<b>3.6. Cáncer de Cabeza y Cuello: otros aspectos de interés</b>	161
3.6.1. Afrontamiento específico del cáncer	161
3.6.2. La fase de tratamiento	166
3.6.3. El sentido de la enfermedad	169
<b>CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN</b>	185
<b>4.1. Introducción</b>	187
<b>4.2. Resumen de los resultados</b>	187
<b>4.3. Resultados descriptivos y confirmación de hipótesis</b>	188
4.3.1. Descripción del grupo de estudio	188
4.3.2. Diferencias en relación al consumo de sustancias y a las características temperamentales y cognitivas de la personalidad entre los grupos	190
4.3.3. Diferencias en sintomatología psicológica entre los grupos	194
4.3.4. Aspectos de interés acerca del Cáncer de Cabeza y Cuello	195
<b>4.4. Conclusiones</b>	203
<b>4.5. Ámbito de aplicación</b>	205
<b>4.6. Limitaciones</b>	209
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	211
<b>ANEXOS</b>	231
<b>ANEXO I. Hoja de consentimiento informado</b>	233
<b>ANEXO II. Registro sociodemográfico y consumo de sustancias</b>	237
<b>A. Registro sociodemográfico y consumo de sustancias del GCCC</b>	239
<b>B. Registro sociodemográfico y consumo de sustancias del GC</b>	242
<b>ANEXO III. Inventario Neo Reducido de Cinco Factores (NEO-FFI)</b>	243
<b>ANEXO IV. Escala de Impulsividad (BIS-11)</b>	249
<b>ANEXO V. Escala de Autocontrol</b>	253
<b>ANEXO VI. Escala de Resiliencia (CD-RISC)</b>	257
<b>ANEXO VII. Escala de Evaluación de Estilos de afrontamiento (COPE)</b>	261
<b>ANEXO VIII. Listado de Síntomas Breve (LSB-50)</b>	266
<b>ANEXO IX. Examen Internacional de Desórdenes de Personalidad (IPDE)</b>	271
<b>ANEXO X. Mini Mental Adjustment to Cancer Scale (Mini-MAC)</b>	276
<b>ANEXO XI. Matrices de correlaciones</b>	280



## Índice de Tablas

Tabla 1.	<i>Incidencia, mortalidad y prevalencia a 5 años estimadas para el año 2012 en España (ambos sexos).....</i>	11
Tabla 2.	<i>Factores de riesgo para el desarrollo de CCC en estructuras anatómicas específicas.....</i>	17
Tabla 3.	<i>Estructuras anatómicas y sintomatología asociada.....</i>	20
Tabla 4.	<i>Comparación de frecuencias en consumo de alcohol GCCC (N = 114) vs GC (N = 106).....</i>	93
Tabla 5.	<i>Comparación de Frecuencias en consumo de tabaco GCCC (N = 114) vs GC (N = 106).....</i>	96
Tabla 6.	<i>Instrumentos de evaluación.....</i>	97
Tabla 7.	<i>Consistencia interna de las dimensiones de personalidad evaluadas por el NEO-FFI: GCCC (N = 114) y GC (N = 106).....</i>	112
Tabla 8.	<i>Consistencia interna de la impulsividad evaluada por el BIS-11: GCCC (N = 114) y GC (N = 106).....</i>	113
Tabla 9.	<i>Consistencia interna de autocontrol evaluado por el Cuestionario de Autocontrol: GCCC (N = 114) y GC (N = 106).....</i>	114
Tabla 10.	<i>Consistencia interna de la resiliencia evaluada por el CD-RISC: GCCC (N = 114) y GC (N = 106).....</i>	115
Tabla 11.	<i>Consistencia interna del afrontamiento evaluado por la Escala COPE: GCCC (N = 114) y GC (N = 106).....</i>	115
Tabla 12.	<i>Consistencia interna del afrontamiento del cáncer evaluado por el Mini-MAC: GCCC (N = 114) y GC (N = 106).....</i>	116
Tabla 13.	<i>Consistencia interna de la sintomatología psicológica evaluada por el LSB-50: GCCC (N = 114) y GC (N = 106).....</i>	117
Tabla 14.	<i>Análisis de medias de las dimensiones de personalidad evaluadas por el NEO-FFI: GCCC (N = 114) y GC (N = 106).....</i>	118
Tabla 15.	<i>Análisis de medias de la impulsividad evaluada por el BIS-11: GCCC (N = 114) y GC (N = 106).....</i>	119
Tabla 16.	<i>Análisis de medias del autocontrol evaluado por la Escala de Autocontrol de Grasmick: GCCC (N = 114) y GC (N = 106).....</i>	120
Tabla 17.	<i>Análisis de medias en resiliencia evaluada por el CD-RISC: GCCC (N = 114) y GC (N = 106).....</i>	121

Tabla 18.	<i>Análisis de medias en afrontamiento evaluado por la Escala COPE: GCCC (N = 114) y GC (N = 106)</i> .....	122
Tabla 19.	<i>Análisis de medias en sintomatología psicológica evaluada por el LSB-50: GCCC (N = 114) y GC (N = 106)</i> .....	123
Tabla 20.	<i>Análisis de medias en trastornos de personalidad evaluados por el Cuestionario IPDE: GCCC (N = 114) y GC (N = 106)</i> .....	124
Tabla 21.	<i>Diferencias de frecuencias en los trastornos de personalidad (GCCC vs. GC)</i> .....	125
Tabla 22.	<i>Frecuencia de múltiples trastornos (GCCC vs GC)</i> .....	126
Tabla 23.	<i>Análisis factorial: grupo con cáncer de cabeza y cuello (N=114)</i> .....	128
Tabla 24.	<i>Análisis factorial: Grupo Control (N=106)</i> .....	131
Tabla 25.	<i>Análisis discriminante entre el GCCC (N=114) y el GC (N=106), empleando las dimensiones de personalidad (NEO-FFI, BIS-11, Escala de Autocontrol), afrontamiento (COPE), y resiliencia (CD-RISC)</i> .....	136
Tabla 26.	<i>Análisis discriminante entre el GCCC (N=114) y el GC (N=106), con las dimensiones de síntomas (LSB-50) y trastornos de la personalidad (IPDE)</i> .....	140
Tabla 27.	<i>Análisis de medias del consumo de alcohol y tabaco: GCCC (N = 114) y GC (N = 106)</i> .....	145
Tabla 28.	<i>Consumo x grupo y rasgos de personalidad, impulsividad y autocontrol.</i>	147
Tabla 29.	<i>Contrastes (t): dimensiones de personalidad, impulsividad y autocontrol</i> .....	149
Tabla 30.	<i>Consumo x grupo y resiliencia y afrontamiento</i> .....	151
Tabla 31.	<i>Contrastes (t): resiliencia y afrontamiento</i> .....	152
Tabla 32.	<i>Consumo x grupo y sintomatología psicológica</i> .....	155
Tabla 33.	<i>Contraste por pares (t): sintomatología psicológica</i> .....	156
Tabla 34.	<i>Consumo x grupo y trastornos de personalidad</i> .....	158
Tabla 35.	<i>Contrastes por pares (t): trastornos de personalidad</i> .....	160
Tabla 36.	<i>Correlaciones entre afrontamiento en cáncer (Mini-MAC) y las dimensiones de personalidad, resiliencia, estilos de afrontamiento, sintomatología psicológica y trastornos de personalidad en el GCCC (N = 114)</i> .....	162
Tabla 37.	<i>Diferencias entre pacientes del GCCC en tratamiento y seguimiento en todas las variables</i> .....	166

Tabla 38.	<i>Análisis descriptivo sobre el sentido de la enfermedad y los cambios psicosociales en el GCCC.....</i>	170
Tabla 39.	<i>Diferencia de medias en el Mini-MAC según el sentido dado o no al cáncer.....</i>	174
Tabla 40.	<i>Diferencias de medias en el Mini-MAC según si el sentido otorgado al cáncer es positivo o negativo .....</i>	175
Tabla 41.	<i>Diferencia de medias en el Mini-MAC según los cambios en las relaciones interpersonales, derivados del cáncer .....</i>	176
Tabla 42.	<i>Diferencia de medias en el Mini-MAC según la dirección (positiva o negativa) de los cambios en las relaciones interpersonales, derivados del cáncer .....</i>	176
Tabla 43.	<i>Diferencia de medias en el Mini-MAC según los cambios en la valoración de su propia vida, derivados del cáncer.....</i>	177
Tabla 44.	<i>Diferencia de medias en el Mini-MAC según la dirección positiva o negativa de los cambios en la valoración de la propia vida.....</i>	178
Tabla 45.	<i>Diferencia de medias en el Mini-MAC según los cambios en la valoración de la propia persona, derivados del cáncer .....</i>	179
Tabla 46.	<i>Diferencia de medias en el Mini-MAC según la dirección positiva o negativa de la valoración de la propia persona.....</i>	180
Tabla 47.	<i>Diferencia de medias en el Mini-MAC según los cambios en las prioridades y metas de la vida, derivados del cáncer .....</i>	181
Tabla 48.	<i>Diferencia de medias en el Mini-MAC según las prioridades y metas de la vida en los demás o en uno mismo.....</i>	182

## Índice de Figuras

Figura 1.	<i>Regiones anatómicas afectadas por los CCC</i> .....	8
Figura 2.	<i>Distribución por sexos</i> .....	83
Figura 3	<i>Variable edad (Media y Desviación Típica) en el GCCC y GC</i> .....	83
Figura 4.	<i>Distribución por estado civil</i> .....	84
Figura 5.	<i>Distribución por nivel de estudios</i> .....	85
Figura 6.	<i>Distribución por ocupación actual</i> .....	86
Figura 7.	<i>Consumo diario de carajillo por grupos</i> .....	89
Figura 8.	<i>Consumo diario de vino por grupos</i> .....	90
Figura 9.	<i>Consumo diario de cerveza por grupos</i> .....	90
Figura 10.	<i>Consumo diario de licor por grupos</i> .....	91
Figura 11.	<i>Consumo diario de combinados por grupos</i> .....	92
Figura 12.	<i>Consumo diario de otros por grupos</i> .....	92
Figura 13.	<i>Consumo diario de tabaco</i> .....	94
Figura 14.	<i>Consumo diario de puros</i> .....	95
Figura 15.	<i>Consumo diario de otros</i> .....	95

## **Introducción**

Actualmente, el estudio del cáncer supone un desafío en el ámbito de la medicina, tanto a nivel de investigación como de su tratamiento. Esto se debe especialmente a su complejidad, ya que no es una única enfermedad sino un conjunto de patologías que pueden comprometer cualquier parte del organismo, y cuya etiología no ha sido aún esclarecida por ser variada, y en parte, desconocida. Además, el cáncer compromete seriamente la calidad de vida de los pacientes e incluso pone en riesgo la vida de éstos.

El hecho de padecer cáncer sitúa al paciente en una realidad compleja derivada de factores diversos como la sintomatología propia de la enfermedad, los tratamientos, los efectos secundarios de éstos, la percepción social de dicha enfermedad como una fatalidad, e incluso como sinónimo de muerte. Todo ello conlleva que el paciente, para poder adaptarse de forma óptima a esta situación compleja, ha de movilizar todos los recursos físicos, psicológicos e instrumentales que posee. Asimismo, los profesionales sanitarios deberán proporcionar el apoyo necesario al paciente para que pueda luchar contra la desesperanza y afrontar adecuadamente esta nueva situación.

Dentro del amplio abanico de neoplasias existentes, el presente estudio se centra en el Cáncer de Cabeza y Cuello (en adelante CCC) que representa un grupo de carcinomas heterogéneo y de diversa etiología. El CCC suscita un especial interés para la Psicología tanto por sus principales factores de riesgo (consumo de sustancias) como por los estresores derivados de este tipo de neoplasias (alteraciones en el habla, deformidades y disfagia, entre otros). Además, los pacientes con CCC presentan unas características peculiares que los diferencian del resto de pacientes oncológicos debido a los hábitos adictivos de éstos, a los conflictos que presentan en sus relaciones interpersonales y en el ámbito laboral, y su dificultad para seguir pautas de tratamiento. Todo ello parece manifestación de una personalidad desadaptativa propia de este grupo de pacientes, lo cual justificaría el estudio de sus características psicológicas y de personalidad.

Por todo ello, consideramos relevante abordar el estudio de los rasgos de personalidad de los pacientes que padecen CCC, sus estrategias de afrontamiento y la

resiliencia o capacidad para hacer frente a la adversidad, ya que dichas variables modulan la relación del paciente con el ambiente. También abordamos el estudio de sus hábitos de consumo de sustancias y los cambios generados por el cáncer en diferentes ámbitos de la vida de los pacientes, las consecuencias físicas y psicológicas de la enfermedad, y los trastornos de personalidad. Todo ello con el fin de lograr una mejor comprensión de éstos en relación con su enfermedad oncológica, debido a la escasa literatura al respecto.

En el caso del CCC, los estudios se han centrado principalmente en el estudio de su relación con el consumo de sustancias, principalmente alcohol y tabaco, como factores etiológicos especialmente relevantes. Aproximadamente el 85% de los casos de CCC están asociados al consumo de tabaco. El consumo de esta sustancia se asocia con el 90% de cánceres de cavidad oral en hombres y 60% en mujeres y aumenta el riesgo de padecerlo hasta nueve veces (Gandini et al. 2008; citado en Galceran et al., 2014). Junto con el consumo de tabaco, el consumo de alcohol frecuente y abundante aumenta en seis veces el riesgo de padecer cáncer de laringe y hipofaringe, con respecto a los no bebedores. Por ello, junto con el tabaco, se considera el factor de riesgo más importante para el desarrollo de cáncer de cabeza y cuello.

Seguidamente se presenta de forma escueta el orden que seguiremos en nuestra exposición.

En la primera parte de este trabajo, se realiza una revisión de la literatura acerca de las características médicas propias del CCC, sus consecuencias psicosociales, tratamientos médicos, intervenciones psicológicas, y las variables psicológicas objeto de nuestro estudio (mencionadas anteriormente).

En la segunda parte, se describirá la muestra que ha participado en el presente estudio, los protocolos de evaluación utilizados, el procedimiento seguido, así como los análisis estadísticos realizados.

En la tercera parte, se mostrarán los principales resultados obtenidos a partir de los análisis que se han llevado a cabo.



Finalmente, en la cuarta parte, se exponen la discusión y las conclusiones más relevantes.



# **CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO**



## **1.1. Introducción**

A lo largo del presente apartado se van a exponer los aspectos conceptuales más relevantes con respecto al CCC, estadiaje, epidemiología, factores de riesgo, sintomatología, tratamiento y sus efectos secundarios, implicaciones psicosociales, factores pronósticos, fases de adaptación a dicha enfermedad y tratamientos psicológicos. Posteriormente, revisaremos las variables psicológicas objeto de nuestro estudio: rasgos temperamentales de personalidad entre ellos el autocontrol y la impulsividad, resiliencia, estilos de afrontamiento, sintomatología psicológica y física, y los trastornos de personalidad, y la búsqueda de sentido en la enfermedad.

Al finalizar este capítulo, presentaremos los objetivos e hipótesis de los que parte la presente investigación.

## **1.2. El Cáncer de Cabeza y Cuello**

A lo largo del presente apartado, se presenta la información más relevante acerca del CCC, articulada en diferentes subapartados de acuerdo con el contenido de éstos.

### **1.2.1 Aspectos conceptuales**

La expresión cáncer de cabeza y cuello hace referencia a un grupo de tumores malignos que generalmente comienzan a desarrollarse en los tejidos y órganos de la cabeza y el cuello. La mayor parte de neoplasias en la cabeza y el cuello, se inician en las células escamosas que se encuentran localizadas en las superficies húmedas y mucosas del interior de estas dos regiones anatómicas. Este tipo de tumores pueden comenzar también en las glándulas salivares que están formadas por muchos tipos de células, por ello existen también muchos tipos de cáncer asociados a dichas glándulas.

Una de las características de este tipo de tumores es su heterogeneidad a todos los niveles: histológico, epidemiológico, etiológico, en su pronóstico, en sus formas de presentación clínica y en el enfoque de los tratamientos (Arias, Villafranca, Dueñas y Vera, 2000). Este tipo de neoplasias, aun siendo un grupo heterogéneo, están asociadas

a una región anatómica común y comparten etiología, enfoques terapéuticos y procedimientos diagnósticos. (INC, 2016)

Los diferentes CCC se categorizan según la zona de la cabeza y el cuello en la que comienzan. Además, según el tipo de tejido del que se origina el tumor se puede distinguir entre: carcinomas (de estructuras epiteliales), linfomas (de tejidos linfoides) y sarcomas (de estructuras mesenquimales). Las zonas comprometidas en los diferentes tipos de CCC son: los senos paranasales, nasofaringe, orofaringe (amígdala, paladar blando, base de la lengua), hipofaringe, laringe, cavidad oral (mucosa oral, encía, paladar duro, lengua y suelo de la boca). Quedan excluidos de esta clasificación los tumores cerebrales, de ojo, tiroideos, de cuero cabelludo, dérmicos (melanomas), musculares y óseos situados en la cabeza (SEOM, 2015; INC, 2016).

Su aparición se asocia principalmente a factores ambientales, siendo los dos más frecuentes, el consumo de tabaco y alcohol. Esto explica la diferencia existente entre sexos, de modo que su aparición es más frecuente en hombres (aunque se están produciendo cambios en esta tendencia).

En la Figura 1 pueden visualizarse las diversas localizaciones de los tumores de cabeza y cuello.

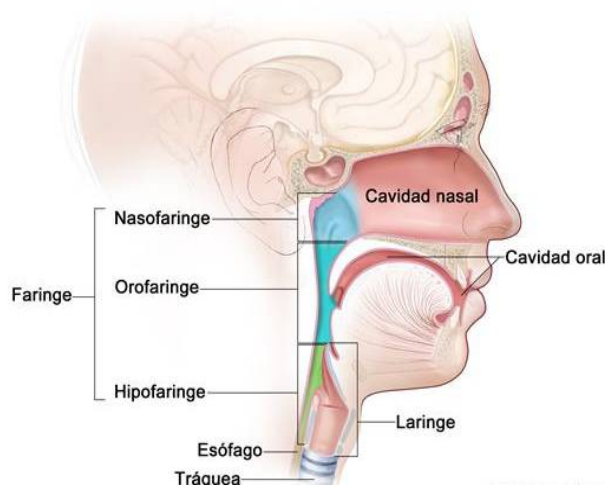


Figura 1. Regiones anatómicas afectadas por los CCC (Tomado de INC, 2016)

### **1.2.1.1. Escala de estadiaje del cáncer: TNM**

A la hora de realizar un adecuado abordaje terapéutico, es necesario conocer con la mayor exactitud posible, la extensión de la enfermedad en todas sus localizaciones, con el fin de obtener la descripción clínica sobre los tumores. Para ello se utiliza el sistema de estadiaje TNM, establecido por la *American Joint Committee for Cancer (AJCC)*, de este modo, se facilita una buena comunicación a nivel internacional con respecto a la epidemiología y a la evaluación de los resultados. Además, dicho sistema favorece el establecimiento de un pronóstico y contribuye a la investigación sobre el cáncer.

Con el objetivo de describir la extensión anatómica de la enfermedad, el sistema de estadiaje TNM evalúa los siguientes componentes:

- Tamaño o extensión del tumor primario (T). Esta característica es fundamental en el diagnóstico. Este componente abarca desde tumores in situ (neoplasia en estadio inicial sin diseminación) a tumores de mayor tamaño y dispersos.
- Estado de los ganglios linfáticos regionales (N). En ciertas regiones, se estudia también el estado de los ganglios linfáticos yuxtarrregionales.
- Presencia o ausencia de metástasis a distancia (M). Se trata de determinar si la neoplasia se ha extendido a otras zonas del cuerpo. En caso de hallar metástasis, es necesario indicar qué órganos están afectados por ésta y su deterioro funcional. De este modo, los clínicos realizan el diagnóstico de la neoplasia acogiéndose a unas normas comunes para todos. Todo ello facilita la elección del tratamiento más efectivo, de acuerdo a un protocolo establecido.

### 1.2.2. Epidemiología del CCC

El cáncer de cabeza y cuello se trata de un tipo de tumor poco frecuente puesto que, a nivel mundial, representa el 5% de todos los casos de neoplasias malignas en el varón y el 2% en la mujer. En cuanto a la frecuencia, se dan algunas variaciones según las distintas áreas geográficas, concretamente, en Europa la localización más frecuente es la laringe, seguido de la orofaringe, cavidad oral y nasofaringe (SEOM, 2015).

En Estados Unidos, este tipo de neoplasias representan alrededor del 3% de todos los tumores existentes. El índice de incidencia empezó a descender hace poco más de treinta años, y se estabilizó en el año 2003. Con respecto a los índices de mortalidad, cabe destacar que se han reducido desde 2001. Actualmente, la incidencia de las neoplasias de cabeza y cuello es menor en los afroamericanos en comparación con las personas blancas, ya que en los últimos 20 años ésta se ha reducido en dicha población. En el caso del índice de mortalidad, también ha disminuido entre los afroamericanos, pero sigue siendo superior que el de los blancos (INC, 2016).

Este tipo de tumor es predominantemente masculino; su distribución por sexos en España es de 10 a 1 para el varón, sin embargo en los últimos años, en la mujer este cociente se ha incrementado debido al aumento del hábito tabáquico por parte de ésta (SEOM, 2015).

Su aparición generalmente, es por encima de los 50 años, aunque en el caso de los tumores de nasofaringe y glándulas salivares a veces es anterior a dicha edad, debido al temprano consumo de alcohol. Recientemente, Howren, Christensen, Karnell y Funk, (2013) encontraron que el paciente típico de CCC es mayor (y de sexo masculino), cosa que coincide con los datos proporcionados por la SEOM (2015).

A continuación, se presenta la Tabla 1 con los datos tomados de SEOM (2016), acerca de la incidencia, mortalidad y prevalencia estimada a cinco años, para ambos sexos, en 2012.



Tabla 1

*Incidencia, mortalidad y prevalencia a 5 años estimadas para el año 2012 en España (ambos sexos)*

Tipo de Cáncer	Incidencia		Mortalidad		Prevalencia a 5 años	
	Total	(%)	Total	(%)	Total	(%)
Labios, cavidad oral	4.098	1,9	1.117	1,1	11.811	2,0
Nasofaringe	350	0,2	188	0,2	909	0,2
Faringe, otras localizaciones	1.530	0,7	765	0,7	3.792	0,7
Laringe	3.182	1,5	1.321	1,3	11.200	1,9

**Nota.-** Datos tomados de GLOBOCAN 2012 (IARC) Datos de incidencia y mortalidad para todas las edades. Prevalencia 5 años solo para población adulta y proporciones por 100.000 habitantes

### 1.2.3. Factores de Riesgo

Cuando se habla de factores de riesgo, se hace referencia a aquellos hábitos o circunstancias que aumentan la probabilidad de padecer una condición médica determinada. En el caso del cáncer de cabeza y cuello, su etiología es multicausal y su origen está notablemente influenciado por factores externos. Concretamente, la literatura destaca como los factores de riesgo más relevantes, el consumo de alcohol y tabaco. Recientemente, se está observando como nuevo factor etiológico la infección por el virus del papiloma humano (VPH), apareciendo con más frecuencia en mujeres no consumidoras de tabaco y alcohol (asociándose a prácticas sexuales de riesgo) (Gallegos-Hernández, 2007). Además, según afirman algunos autores, las tendencias recientes en personas más jóvenes probablemente se deban a este virus (Howren et al., 2013). De la observación de dichos factores etiológicos se desprende la importancia de la conducta en la aparición de este tipo de tumores.

Seguidamente, se presentan más detalladamente estos dos factores de riesgo principales y otros que, aunque menos relevantes, también pueden incrementar la probabilidad de sufrir cáncer de cabeza y cuello.

**Tabaco.** El consumo de tabaco, incluso el tabaco sin humo (llamado “tabaco de mascar” o “rapé”), es el principal factor de riesgo de cualquier tipo de cáncer de cabeza y cuello (excepto el de glándulas salivares), debido a que en su composición contiene al menos 70 sustancias carcinógenas. Es de vital importancia la prevención del consumo

de dicha sustancia por su estrecha relación con el desarrollo de diferentes neoplasias y de otras enfermedades. Preferentemente habría que prevenir su consumo entre adolescentes y jóvenes ya que, cuanto más temprano es el consumo de tabaco, es más probable que el fumador se convierta en dependiente (Almeida, Bandeira, Gonçalves y Araújo, 2014). En la misma línea, el trabajo de revisión de Penner (2009), muestra que el consumo de tabaco y alcohol es un factor de riesgo bien conocido, asociado al desarrollo de las neoplasias de cabeza y cuello. Igualmente, el trabajo realizado por Lubin et al. (2009) pone de manifiesto la asociación entre CCC y consumo de tabaco y alcohol, encontrando que el consumo de tabaco se relaciona principalmente con el cáncer de laringe. Además, el tipo de tabaco también se relaciona con mayor o menor probabilidad de sufrir cáncer laríngeo, siendo el oscuro el que mayor riesgo genera, incrementándolo en 59 veces, en comparación con los no fumadores. Asimismo, las personas que consumen tabaco y alcohol tienen mayor riesgo de padecer CCC que aquellos que consumen una u otra sustancia. Si bien el riesgo de desarrollar CCC está estrechamente vinculado a la dosis consumida (tanto de tabaco como de alcohol), en el caso de las personas policonsumidoras, el efecto de cada sustancia no es aditivo sino multiplicador (Gallegos-Hernández, 2006).

Como se ha mencionado previamente, aproximadamente el 85% de los casos de CCC están asociados al consumo de tabaco. El consumo de esta sustancia se asocia con el 90% de cánceres de cavidad oral en hombres y 60% en mujeres. Cabe destacar que, en los fumadores de cigarrillos, el incremento de la tasa del cáncer es seis veces mayor que en los no fumadores. Y para los grandes consumidores, la probabilidad de morir por cáncer de laringe es veinte veces superior en comparación con los no fumadores. Por otro lado, cabe destacar que la continuación del tabaquismo después del diagnóstico y tratamiento del CCC no es infrecuente, de modo que las estimaciones del uso continuado del tabaco entre estos pacientes son del 26% al 61%. Una de las razones de este comportamiento es la gran dependencia de la nicotina por parte de muchos de ellos, especialmente de los que padecen cáncer de boca, paladar y faringe (Richardson, Broadbent, y Morton, 2013).

Cabe destacar que el consumo de tabaco durante el tratamiento disminuye la eficacia de los tratamientos, incrementa el riesgo de recidiva y de aparición de un segundo tumor primario, incidiendo negativamente en la esperanza y la calidad de vida

de los pacientes fumadores. Algunos estudios muestran la elevada dependencia nicotínica de los pacientes oncológicos en comparación con pacientes de otras patologías (Almeida et al., 2014). El hecho del mantenimiento de la conducta de consumo por parte de muchos pacientes oncológicos, indica la suma importancia de ofrecerles programas de rehabilitación de dicho hábito como complementario al tratamiento de la neoplasia. También, señala a la necesidad de investigar acerca de los factores mantenedores de dicho hábito, como puede ser la personalidad. Estos mismos autores, llevaron a cabo un estudio acerca del perfil tabáquico y la dependencia a la nicotina de un grupo de pacientes con CCC, más específicamente, con carcinoma epidermoide de cavidad oral, faringe y laringe. Los resultados mostraron que el 66.2% de pacientes con CCC presentaban una dependencia nicotínica (DN) elevada o muy elevada. El 77.5% de los pacientes fumaban su primer cigarro en los 30 minutos después de levantarse por la mañana, y el 45.1% fumaban más de un paquete y medio al día. Además, estos autores encontraron que el factor emocional más estrechamente asociado con el consumo de tabaco es la ansiedad, por ello es imprescindible tener en cuenta dicha sintomatología y abordarla adecuadamente, con el fin de lograr que el tratamiento de deshabituación tabáquica sea eficaz. Por otro lado, también se halló una relación significativa entre el estadio avanzado del CCC y la cantidad de tabaco consumido, es decir, que los pacientes con un consumo más elevado se encontraban en dicho estadio. Asimismo, en un estudio realizado por Duffy et al. (2007; citado en Duffy, Scheumann, Fowler, Darling-Fisher y Terrell, 2010), se encontró que el consumo de alcohol desencadenó la conducta de fumar, para el 85.9%. Además, entre el 35% y el 46% de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello mantuvieron el hábito tabáquico tras el diagnóstico de cáncer. Por todo ello, se considera necesario el tratamiento del hábito tabáquico y del consumo abusivo de alcohol.

Con respecto al tratamiento del tabaquismo en la población de pacientes que nos ocupa, hay que destacar que, según Polônio, Franco, Tegon y Antoneli (2015), éste es especialmente difícil por la elevada recurrencia en el consumo. Por ello, se requiere que éste no se reduzca a la mera administración de medicación sino que se precisa de la psicoterapia y la TCC (terapia cognitivo conductual) específica para dicha población. Además, los resultados de este trabajo mostraron que, los pacientes se encontraban en el estadio motivacional pre-contemplativo y contemplativo para dejar de fumar. Esto indica la baja motivación de éstos a la hora de abandonar este hábito, a pesar de conocer

el diagnóstico de CCC. Siguiendo esta línea, la revisión realizada por Penner (2009) evidenció que, después del primer año de diagnóstico, uno de cada cinco pacientes con CCC mantuvo su consumo de tabaco, y uno de cada diez siguió bebiendo (aunque el 50% abandonaron estas conductas). Los resultados manifestaron que el mantenimiento de ambas conductas se relacionó con la depresión. En un trabajo posterior, Duffy et al. (2010) estudiaron los predictores de la participación en un programa de deshabituación tabáquica entre los pacientes con CCC. Las variables principales de la investigación fueron: la dificultad percibida para dejar de fumar (como un constructo de autoeficacia), los comportamientos de salud (consumo de tabaco y alcohol), características clínicas (depresión, localización del cáncer y estadio), entre otras. Los autores encontraron que, la percepción de dificultad elevada en cuanto al abandono del tabaco, era un predictor fuerte en cuanto a mayor participación en el programa de deshabituación. Con respecto a la depresión, los resultados señalan una correlación negativa con respecto a la participación (tendencia a la significatividad). Igualmente, para los problemas con el alcohol parece que la tendencia a la significatividad indica una correlación negativa con respecto a la implicación en programas de deshabituación alcohólica. Con respecto a la localización del cáncer parece que los pacientes con cáncer de laringe se implican menos en programas, quizás por su elevada motivación a dejar de fumar sin tratamiento.

**Alcohol.** Se considera que, tras el consumo de tabaco, el alcohol es el segundo factor de riesgo más importante para el desarrollo de CCC. El consumo de esta sustancia, de forma frecuente y abundante, aumenta el riesgo de padecer cáncer de laringe y hipofaringe. Asimismo, el trabajo llevado a cabo por Lubin et al. (2009) pone de manifiesto que el consumo de alcohol tiene una mayor relación con cáncer de faringe y de cavidad oral. El riesgo en bebedores, de sufrir cáncer de las mucosas de vías aerodigestivas superiores (VADS) es seis veces mayor que en no bebedores, y el riesgo de muerte una vez diagnosticado el cáncer es cuatro veces mayor en los primeros. El consumo de dicha sustancia se asocia con el desarrollo de cáncer epidermoide en la cavidad oral, orofaringe, hipofaringe y laringe supraglótica. El efecto más destacable, producido por el consumo de alcohol, es la irritación local de las zonas que están en contacto con éste durante la ingestión y la deglución. Numerosos estudios evidencian el elevado consumo de alcohol por parte de los pacientes con CCC. Un estudio reciente sobre la prevalencia del consumo de esta sustancia en pacientes con cáncer en el tracto aerodigestivo superior, es el de López-Pelayo et al. (2016). Estos autores encontraron

una prevalencia del 85.3% de consumidores entre los participantes en el estudio, de los cuales el 39.8% eran bebedores de riesgo y el 13.1% eran dependientes del alcohol.

Otro aspecto relevante es la dosis de alcohol, que es directamente proporcional a la posibilidad de desarrollar cáncer de VADS. Tirado y Granados (2007), en su revisión, observaron la relación entre la cantidad de alcohol consumido y el riesgo de desarrollar cáncer de lengua. Las teorías sobre los mecanismos de acción del alcohol indican que dicho efecto se debe a la acción solvente del alcohol en las mucosas, a sus efectos negativos en los procesos hepáticos de detoxificación, y a las deficiencias nutricionales tan comunes en los sujetos alcohólicos. En la misma línea, Richardson et al. (2013) encontraron una relación dosis-respuesta significativa entre el consumo de alcohol y el riesgo de CCC, y un mayor riesgo relacionado con el consumo de más de 3 bebidas alcohólicas diarias.

Otro elemento a tener en cuenta es el tipo de alcohol, los consumidores de cerveza y vino padecen cáncer de cavidad oral en mayor proporción (Gallegos-Hernández, 2006). Además, se ha observado que los consumidores de “alcohol oscuro” (whisky, coñac, ron añejo) padecen cáncer en mayor proporción que los consumidores de licores ligeros (vodka, ron claro y ginebra), debido a la mayor proporción de carcinógenos que éstos contienen.

Según la revisión de Sandoval (2003), es de notable importancia el momento en que se consume alcohol, de modo que, cuando éste se da durante las comidas ejerce un efecto de limpieza en los movimientos de deglución y masticatorios. Por ello, su consumo fuera de las comidas se relaciona con el aumento del riesgo de padecer cáncer, particularmente, para el cáncer oral este es 1.5 veces superior. Esta autora, encontró que el alcoholismo en los pacientes con CCC está asociado a otras enfermedades (hepatitis, pancreatitis, delirium tremens, convulsiones) que incrementan el riesgo de fallecimiento, mientras que la abstinencia lo disminuye.

**Asociación tabaco-alcohol.** El consumo simultáneo de ambas sustancias tiene un efecto sinérgico, de modo que incrementa la probabilidad de desarrollar CCC respecto a la población que consume sólo una de ellas. El riesgo de padecer carcinoma epidermoide de VADS se incrementa en un 50 % en comparación con la población no

consumidora de alcohol y tabaco. El riesgo de un bebedor excesivo que no fuma y de un no bebedor que consume 40 cigarrillos al día, se multiplica por 2.5; sin embargo, en un fumador que además es bebedor el riesgo relativo se incrementa a 16 (Gallegos-Hernández, 2006). Asimismo, se ha observado que el consumo de alcohol y tabaco tiene un efecto multiplicador, aumentando el riesgo de cáncer orofaríngeo (Richardson et al., 2013). De este modo, un fumador que consuma dos paquetes al día y que beba de dos a cuatro bebidas, tiene un riesgo 35 veces mayor que los controles (Tirado y Granados, 2007).

En suma, la literatura pone de manifiesto la relación de la conducta, concretamente, el consumo de tabaco y alcohol y la aparición del cáncer de cabeza y cuello. Es de gran relevancia conocer los factores de vulnerabilidad psicológica que favorecen la aparición de cáncer, con el objetivo de prevenir los hábitos adictivos y educar para la salud.

**Marihuana.** En un estudio realizado con un grupo de consumidores de marihuana, se encontró que el riesgo de padecer cáncer de VADS estaba relacionado con el consumo de ésta, en forma proporcional a la cantidad (Gallegos-Hernández, 2006).

#### ***1.2.3.1. Otros factores de riesgo***

Además de los principales factores de riesgo previamente mencionados, la literatura presenta otros que pueden favorecer el desarrollo de las neoplasias de cabeza y cuello, aunque la evidencia acerca de su relación causal es menos consistente.

A continuación, en la Tabla 2, se recogen estos factores de riesgo asociados a las estructuras anatómicas específicas (ASCO, 2015; Freedman, Abnet, Leitzmann, Hollenbeck, y Schatzkin, 2007; Galbiatti, 2013; Gallegos-Hernández, 2006; Gallegos-Hernández, 2007; Howren et al., 2013; Sandoval, 2003; Tirado y Granados, 2007; Mariela y Torrente, 2009).

Tabla 2

*Factores de riesgo para el desarrollo de CCC en estructuras anatómicas específicas*

FACTORES DE RIESGO	ESTRUCTURAS ANATÓMICAS
<b>Sexo.</b> La incidencia del CCC es mayor en hombres que en mujeres, concretamente, los hombres tienen un riesgo entre cuatro y cinco veces mayor de desarrollar cáncer de laringe e hipofaringe que las mujeres.	Laringe e hipofaringe
<b>Edad.</b> Tener más de 55 años supone un mayor riesgo de desarrollar CCC.	No asociada a estructura
<b>Raza.</b> Las personas blancas y de color tienen mayor probabilidad de desarrollar cáncer de laringe e hipofaringe que los estadounidenses de origen hispano y asiático. Las de raza blanca tienen mayor riesgo de sufrir cáncer de labio.	Laringe, hipofaringe y labio
<b>Inhalantes ocupacionales.</b> La exposición en el trabajo a ciertos materiales y productos industriales (polvo de madera, amianto y a las fibras sintéticas, níquel y formaldehído, entre otros), se asocia a diferentes tipos de cáncer de cabeza y cuello.	Nasofaringe, laringe, hipofaringe, cavidad nasal y senos paranasales
<b>Exposición prolongada al sol.</b>	Labio
<b>Reflujo gastroesofágico.</b> El reflujo del ácido del estómago fluye en dirección inversa llegando a la laringe y faringe de forma crónica, cosa que podría relacionarse con el desarrollo del cáncer.	Hipofaringe y laringe
<b>Paan (Quid de betel).</b> Este estimulante psicoactivo comúnmente consumido en Asia.	Cavidad oral
<b>Mate.</b> Hierba consumida en forma de infusión en países de América central y Sudamérica, que probablemente actúa como solvente y promotor (al igual que el alcohol).	Cavidad oral, laringe y faringe
<b>Nutrición.</b> Dieta pobre en ingesta de frutas y verduras, y aquellos nutrientes vinculados al consumo de vitamina D y ácidos grasos poliinsaturados.	Faringe y laringe
<b>Higiene bucal.</b> . La falta de regularidad en el cepillado dental y el no uso de hilo dental.	Cavidad oral
<b>Radiación ionizante.</b>	Glándulas salivales
<b>Virus de Epstein-Barr (EBV).</b>	Nasofaringe y glándulas salivales
<b>Inmunodeficiencia.</b> Incrementa el riesgo de padecer ciertos cánceres de cabeza y cuello.	Cáncer oral y orofaríngeo
<b>Virus del papiloma humano (VPH).</b> El VPH-16 y el VPH- 18 son los que se relacionan en mayor medida con el CCC.	Orofaringe, laringe y amígdala
<b>Aneuploidía</b> (anormalidades en el número de cromosomas)	No asociada a estructura

#### 1.2.4. Sintomatología del Cáncer de Cabeza y Cuello

La sintomatología de los CCC es inespecífica y depende de la estructura donde se encuentra el tumor, debido a que éste interfiere con las funciones habituales de la estructura afectada. Como consecuencia de esto, las neoplasias de CCC suelen diagnosticarse en estadios avanzados ya que pasan inadvertidas para el paciente. Alrededor del 5% de los pacientes debutan con metástasis cervicales palpables.

A continuación, se va a exponer la sintomatología que presentan, con mayor frecuencia, los pacientes afectados por alguna de las neoplasias de la cabeza y el cuello (Dean et al., 2009; INC, 2016; ASCO, 2015; CUN, 2015):

**Dolor de garganta persistente.** Éste no mejora en 2 a 3 semanas con antibióticos.

**Sonidos respiratorios anormales (chillones) y dificultad para respirar.** Esta dificultad se produce por la obstrucción de las vías respiratorias. Es el síntoma más característico de los tumores subglóticos. Además, puede producirse sangrado de la nariz.

**Dificultad para masticar.** Es propia de los cánceres bucales y orofaríngeos, y se debe a los cambios producidos en la boca, mandíbula o lengua.

**Dolores en la cara o maxilar superior.** Estos dolores son persistentes y característicos de los tumores en las glándulas salivales.

**Hinchazón del cuello o de las mandíbulas.** La inflamación linfática, a pesar de ser un síntoma presente en otras muchas condiciones médicas, es una de las manifestaciones clínicas características del CCC en sus inicios, por lo que se aconseja la exploración. Generalmente, es causada por tumores de las glándulas salivales o en la zona frontal de las cervicales.

**Modificaciones en la voz o ronquera prolongada.** Algunos cánceres de laringe se manifiestan mediante cambios en la voz como, la ronquera que no mejora en 3 o 4 semanas, rinolalia (voz nasal) y los cambios en el volumen y en el tono.



**Tumoración en la boca.** Muchos cánceres localizados en la cavidad oral o la lengua producen una úlcera o inflamación en la boca, que con frecuencia es indolora. Además de la tumoración, pueden aparecer leucoplasia (placas blancas) o eritroplasia (placas rojas) en la boca o la lengua.

**Sangrado en la boca.** Los tumores en la nariz, boca y faringe cursan con este síntoma.

**Dificultades para tragar.** La presencia de tumores en la faringe suele dificultar la deglución de alimentos sólidos e incluso de líquidos, en estadios avanzados de la enfermedad. La dificultad en la deglución se asocia a anorexia y a síndromes carenciales que empeoran el pronóstico de la enfermedad.

**Otalgia.** Es frecuente en los tumores de hipofaringe. Consiste en un dolor persistente en el oído o zumbidos, también puede manifestarse como odinofagia (dolor durante la deglución) causado por una infección o un tumor en la faringe o la laringe.

**Otitis serosa.** Consiste en la producción y acumulación de líquido en el interior del oído, que se produce unilateralmente taponándolo y disminuyendo la audición. Este síntoma es causado por tumores en senos paranasales y cavidad nasal.

**Inflamación o problemas en los ojos.** Causados por tumoraciones en los senos paranasales o cavidad nasal.

Debido a que los síntomas provocados por las neoplasias de cabeza y cuello varían en función de las estructuras afectadas, en la Tabla 3 se presenta un resumen con la relación de los síntomas más frecuentes, asociados a la estructura anatómica afectada por la enfermedad:

Tabla 3

*Estructuras anatómicas y sintomatología asociada (Adaptado de Mateu, 2012)*

<b>ESTRUCTURA ANATÓMICA</b>	<b>SÍNTOMAS FRECUENTES</b>
<b>Cavidad oral</b>	Sangrado Dificultad para masticar Leucoplasia o eritroplasia en boca o lengua Inflamación de la mandíbula Dolor Masa en lengua, boca, encías o labios
<b>Faringe</b>	Odinofagia Dificultad para respirar o hablar Dolor persistente en cuello o garganta Frecuentes dolores de cabeza Otalgia o zumbidos Hipoacusia Hinchazón en el cuello Alteraciones en la voz (tono, volumen, ronquera) Sangrado bucal
<b>Senos paranasales y cavidad nasal</b>	Sinusitis (no remite con tratamiento) Senos congestionados (no remite con tratamiento) Sangrado nasal Dolor en dientes superiores Problemas con prótesis dentales Inflamación o dolor en los ojos Otitis serosa
<b>Laringe</b>	Odinogafia Rinolalia (voz nasal) Sonidos respiratorios anormales Dolor de garganta persistente Dificultad para respirar Sangrado Hinchazón o protuberancias en el cuello Alteraciones en la voz Cefaleas y/o otalgias
<b>Glándulas salivales</b>	Hinchazón en cara o maxilar superior Adormecimiento o parálisis facial Dolor en mentón, cara o cuello

### 1.2.5. Tratamiento

El tratamiento del CCC es complejo ya que, además de ser neoplasias que con frecuencia son diagnosticadas tardíamente, los pacientes que la padecen tienen mucho riesgo de desarrollar un segundo tumor primario en pulmón, cabeza y cuello y esófago. Es preciso realizar un abordaje multidisciplinar a la hora de diagnosticar, tomar decisiones, implementar un tratamiento, realizar el seguimiento y rehabilitar. Este abordaje se consigue a través de los Comités de tumores existentes en la mayoría de centros hospitalarios. Estas comisiones tienen carácter de consulta y están formados por los siguientes profesionales especialistas: cirugía oral, otorrinolaringología, oncología, oncología médica, radiodiagnóstico, anatomía patológica, nutrición, odontología y rehabilitación protésica, fisioterapia y rehabilitación, psicología y logopedia (Dean et al., 2009).

La elección de un tratamiento concreto depende de factores como la estadificación del cáncer, la localización del tumor, la edad del paciente y su estado general de salud. Además, en caso de que el paciente presente VPH, el tratamiento será diferente a aquellos casos en los que no se encuentre dicha infección vírica, ya que los pacientes que padecen cáncer de orofaringe provocado por dicho virus tienen mejor pronóstico, por ello, el tratamiento de elección debe ser menos invasivo. Uno de los criterios de elección de un determinado tratamiento es la conservación de las funciones de los órganos más relevantes de la cabeza y el cuello, con el fin de limitar lo menos posible la calidad de vida de los pacientes.

Los tratamientos para el CCC que van a ser expuestos escuetamente, a continuación son: cirugía, radioterapia, quimioterapia, e inmunoterapia (ASCO, 2015; INC, 2016; ITACC, 2015).

**Cirugía.** Este tratamiento es el primario cuando el tumor es precoz, y si se extirpa totalmente el tumor, podría ser suficiente y no tener que aplicar un tratamiento posterior. Es la terapia más antigua contra el cáncer y junto con la radioterapia es una forma clásica de tratamiento de los CCC. Existen diferentes tipos de cirugía en función de la localización del tumor, del tipo de cáncer y del objetivo de ésta. La cirugía puede

ser menos invasiva (conservadora) o radical, según el tipo de tumor y el estadio de la enfermedad.

**Quimioterapia.** Este tratamiento sirve para curar el cáncer, retardar su desarrollo y evitar la propagación de la enfermedad. Asimismo, también sirve para paliar los síntomas que padece el paciente, cuando hay presencia de metástasis y recidiva que no es susceptible de tratamiento locorregional, y para eliminar las metástasis. Según el momento de administración, la quimioterapia puede ser: neoadyuvante (primer tratamiento), adyuvante (tras un primer tratamiento de otro tipo), concomitante (tratamiento administrado simultáneamente con otro tratamiento) o complementaria (tras otro tratamiento).

El tratamiento de elección es la quimioterapia cuando la cirugía no es adecuada para el tipo de tumor, la enfermedad está avanzada (presencia de metástasis a distancia) o el tumor es recurrente. En los casos en que el tumor es muy grande, se combina con la radioterapia.

**Radioterapia.** Como se ha indicado anteriormente, se trata de una de las formas clásicas de tratamiento, basado en la utilización de radiaciones dirigidas a un área específica del organismo. Se utiliza para curar el cáncer, impedir que reaparezca, enlentecer su crecimiento, aliviar el dolor y otros problemas provocados por un tumor. Este tratamiento puede ser radical, neoadyuvante, adyuvante o concomitante.

**Inmunoterapia o terapia biológica.** Este tratamiento actúa estimulando las defensas naturales del organismo para que luche contra el cáncer. Emplea sustancias ya sean producidas por el cuerpo o en un laboratorio, con el fin de mejorar o recuperar el sistema inmunitario. Esta terapia puede actuar de diferente modo: deteniendo o retrasando la proliferación de células cancerígenas, impidiendo la diseminación del cáncer a otras partes del organismo, potenciando el sistema inmunitario para que destruya las células cancerosas.

### **1.2.5.1. Efectos secundarios del tratamiento médico**

Añadidos a la sintomatología propia de la enfermedad, el paciente debe hacer frente a los efectos secundarios derivados de la administración del tratamiento. Por ello, seguidamente se presentan los diferentes tratamientos y los efectos secundarios asociados a éstos (ASCO, 2015; Dean et al., 2009; SEOM, 2015).

**Efectos secundarios de la cirugía.** Si la cirugía ha sido radical, faltarán órganos como la laringe y la lengua, originando secuelas como: trastornos funcionales, disfagia (pérdida de la capacidad de deglución), pérdida de la capacidad de fonación, y problemas en el cuello. También pueden surgir complicaciones como: hemorragias, infecciones, dehiscencia, cicatrices, alteraciones de la estética facial, lo que repercute en la autopercepción y en las relaciones sociales.

**Efectos secundarios de la Radioterapia.** Gracias a las técnicas de imagen y a la modernización de la tecnología de Oncología Radioterápica, es posible administrar la dosis en el tumor, limitando la dosis sobre los tejidos sanos. A pesar de estos avances, la radioterapia produce efectos secundarios debido a que, la radiación en cabeza y cuello afecta a diferentes órganos y tejidos, generando efectos agudos y riesgo de efectos tardíos. Dicha toxicidad afecta a la **piel** manifestándose en forma de dermatitis, pigmentación, alopecia, fotosensibilidad, prurito, descamación, urticaria y eritema; a los **ojos** generando conjuntivitis, queratitis, glaucoma, lagrimeo e incluso ceguera por afectación en la retina, córnea y nervio óptico entre otros; a las **mucosas** provocando mucositis; a la **cavidad oral** originando micosis o infecciones por hongos, problemas dentales (no poder usar la prótesis dental hasta un año después), dolor, sangrado de encías, retrasos en cicatrización de las manipulaciones dentarias, ageusia, odinofagia; a las **glándulas salivales** generando sialoadenitis e hiposalivación; al **oído** causando dermatitis de conducto, otitis serosa, acúfenos e hipoacusia; y a los **huesos** propiciando la aparición de fracturas, además de dolor e infecciones repetitivas. Además, las dificultades para ingerir alimentos a veces deben ser resueltas mediante alimentación enteral. La toxicidad aguda puede superarse en 3-4 semanas aunque en ocasiones su duración es mayor. Además, la radioterapia produce efectos tardíos como xerostomía (por afectación de la parótida), hipotiroidismo clínico o subclínico, necrosis del cartílago laríngeo, disfagia, trismus (compromiso de la articulación temporo-mandibular),

fibrosis, edema cervical, estenosis esofágica, mielitis (afectación de la médula espinal), modificaciones en la voz (voz más débil al final del día) y fatiga.

**Efectos secundarios de la Quimioterapia.** Este tratamiento, según el principio activo que se administre, puede producir alteraciones cardiorrespiratorias, alteraciones hepáticas, carencias nutricionales debidas a las náuseas y vómitos, mucositis oral, sangrado de encías, disgeusia (alteración de la percepción del gusto), infecciones, alopecia y alteraciones en la médula ósea (anemia por disminución de glóbulos rojos, neutropenia o bajada de defensas, trombopenia o bajada de plaquetas). Además de los efectos que acaban de ser mencionados, los pacientes con CCC habitualmente padecen fatiga persistente, dolor crónico y alteraciones nutricionales que en ocasiones derivan en anorexia, y en no pocos casos, sufren alteraciones del sueño.

#### **1.2.6. Implicaciones psicosociales del cáncer de cabeza y cuello y de los tratamientos**

Como se ha mencionado anteriormente, el CCC compromete seriamente la vida del paciente en todas sus áreas debido a los cambios generados por la propia enfermedad, así como por los tratamientos y los efectos secundarios de éstos, limitándole en sus actividades cotidianas. La relevancia de los cambios psicosociales generados por el CCC es notable, sin embargo, hay que destacar la falta de investigación al respecto.

Algunas de las alteraciones que sufren los pacientes con CCC son comunes a otros tipos de cáncer, mientras que otras son específicas del CCC. A continuación, se enumeran los aspectos de la vida del paciente que, habitualmente, se ven afectados por los numerosos cambios y alteraciones sufridas por el tipo de neoplasias objeto de nuestro estudio:

**Desfiguración facial.** Este conjunto de neoplasias conllevan, en muchos casos, una desfiguración derivada de la propia enfermedad y de su tratamiento. Los CCC son mayormente detectados en estadios avanzados, lo cual representa un mayor riesgo a la hora de preservar la estructura facial, debido a los tratamientos que deberán administrarse. Los procesos de rehabilitación y de ajuste son difíciles por la relevancia

que la sociedad da a la apariencia física, así como a la capacidad física y funcional. Asimismo, la cara es una zona anatómica prominente a nivel visual que refleja emociones, además de servir como canal de comunicación (Cogwell y Anderson, 2001). Según la revisión realizada por Penner (2009), la desfiguración de esta zona anatómica afecta a la interacción social, al concepto de sí mismo y al estado emocional del paciente. Este tipo de alteración supone con frecuencia el aislamiento y la limitación en las actividades sociales de los pacientes. Se ha comprobado que los pacientes con mayores deformidades presentan menor felicidad y mayor nivel de depresión. Por último, señalar la relevancia de ofrecer un apoyo social adecuado al paciente, para lograr la aceptación de la deformación estética, ya que éste disminuye el riesgo de disfunción psicosocial.

**Dificultades en el habla.** Según la revisión de la literatura llevada a cabo por Penner (2009), un estresor significativo en el CCC, es la pérdida de la capacidad para comunicarse verbalmente, por su papel relevante en las relaciones interpersonales y en el estilo de vida del paciente. Cabe esperar que la pérdida o alteración del habla sea un factor crítico determinante de la calidad de vida, sin embargo, esto no es así ya que existen técnicas variadas para rehabilitar la voz tras una laringectomía total. Asimismo, se ha encontrado que, en pacientes con cáncer avanzado de cavidad oral y laringe, las alteraciones indeseadas en el habla, con el transcurso del tiempo no suponen limitaciones relevantes en su modo de vida.

**Dificultades para ingerir alimentos y líquidos.** Muchos de los pacientes con CCC presentan dificultades para ingerir líquidos y sólidos antes del tratamiento, principalmente aquellos que se encuentran en un estadio avanzado de la enfermedad. Además, con frecuencia los tratamientos potencian dichas dificultades que se mantienen mucho tiempo después de la administración de éstos. La disfagia afecta a múltiples dimensiones de la vida de los pacientes (físicas, sociales, emocionales), que puede implicar un incremento en el tiempo dedicado a comer, un cambio en las texturas de los alimentos y alteraciones en el sentido del gusto (Cogwell y Anderson, 2001). Asimismo, las limitaciones a la hora de comer y beber conllevan molestias al ingerir tanto líquidos como sólidos, y sentimientos de vergüenza. Todo ello repercute en las relaciones con las personas allegadas, ya que éstos tienden, en muchos casos, a aislarse evitando las reuniones familiares y con amistades que impliquen comer o beber. Dicha alteración en

la capacidad para ingerir, afecta a la calidad de vida cuando hay disfagia moderada o severa (Penner, 2009).

**Sexualidad.** Los efectos secundarios producidos tanto por los tratamientos como por el padecimiento de la enfermedad (fatiga, disminución o pérdida de la libido, estrés, náuseas, depresión, ansiedad, entre otros), afectan notablemente a la vida sexual de los pacientes. Otro aspecto importante que influye también en esta área, es la percepción de cambios indeseados en el propio cuerpo que conlleva una dificultad a la hora de mantener relaciones sexuales (Cogwell y Anderson, 2001). Concretamente, la desfiguración facial, al afectar al propio autoconcepto, supone un obstáculo en la sexualidad de los pacientes (Penner, 2009). Dado que en el ámbito clínico no suele tratarse esta cuestión a pesar de su elevada frecuencia, es importante que los profesionales sanitarios la aborden desde el principio, para que pueda ser tratada debidamente.

**Organización de la vida diaria.** A lo largo del proceso de la enfermedad oncológica, cambia el concepto del tiempo y la organización de las tareas diarias, que suelen abandonarse todas o en parte según los casos. Además, los pacientes experimentan una pérdida de intimidad física y psicológica. (Broche y Medina, 2011).

**Situación laboral.** Los pacientes sufren cambios a nivel laboral de acuerdo con las limitaciones debidas a la enfermedad y a los tratamientos (Baider, 2003). La pérdida del trabajo y por lo tanto del ritmo cotidiano supone una fuente de preocupación para los pacientes. Además de la pérdida de poder adquisitivo, el paciente sufre un alejamiento involuntario con respecto a sus compañeros de trabajo. En algunos casos, la pérdida de autonomía económica y la falta de ocupación afectan a la autoestima de los pacientes. Según Penner (2009), en el caso concreto de los pacientes con CCC, muchos pierden la capacidad de volver a retomar su vida laboral y de entre los que la retoman, un gran número cambia de puesto debido al deterioro de su salud tras el tratamiento oncológico. Por último, cabe destacar que los supervivientes de CCC en comparación con otros pacientes oncológicos, tienen más riesgo de discapacidad y por tanto de imposibilidad para volver a trabajar. Además, el hecho de haber recibido múltiples tratamientos incrementa la probabilidad de discapacidad laboral.



**Capacidad de conducción.** Con frecuencia, los pacientes tratados por CCC dejan de conducir durante y después del tratamiento, influyendo esto en su estilo de vida (trabajo y actividades de ocio) ya que los hace más dependientes con respecto a sus allegados (Penner, 2009).

**Dolor.** El tratamiento del dolor es esencial, especialmente en aquellos pacientes con ideación autolítica, puesto que la reducción de éste puede suponer una atenuación de los síntomas depresivos y de la ideación suicida. El tratamiento del dolor se basa, principalmente, en la administración de fármacos analgésicos cuya intensidad dependerá del estado físico del paciente (Muñoz y Ramírez, 2003). El dolor está estrechamente vinculado con los trastornos del estado de ánimo, de modo que, a mayor dolor crónico más posibilidad de desarrollar este tipo de trastornos. Asimismo, la percepción del dolor depende del estado de ánimo del paciente, percibiéndolo con mayor intensidad cuando su estado de ánimo es peor. La mejoría en el estado de ánimo, en ocasiones, viene dada por el alivio del dolor crónico. De ello, se deriva la importancia de tratarlo adecuadamente por su influencia, no sólo en la calidad de vida del paciente, sino en su estado de ánimo, y por lo tanto en el modo de adaptarse a la enfermedad.

**Disfunción Neurocognitiva.** Con respecto a este tipo de alteraciones, cabe destacar que el 75% de los pacientes oncológicos experimentan dificultades en las tareas mentales relacionadas con la memoria, la concentración y el pensamiento. Y el 35% de los pacientes siguen experimentando este tipo de disfunciones los meses posteriores al tratamiento. Estas disfunciones varían en su gravedad y pueden suponer: dificultad para concentrarse, para orientarse en el espacio, lentitud en el procesamiento de la información, problemas de comprensión, cambios emocionales y conductuales (cambios bruscos en el estado de ánimo, conducta irracional) y confusión grave, entre otros. Los problemas mencionados dificultan la realización de las tareas cotidianas. Éstos se deben a la quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia y a otros medicamentos (antibióticos, analgésicos, inmunosupresores y antidepresivos, entre otros), a las respuestas emocionales (ansiedad, depresión y estrés) y a otros síntomas asociados a la enfermedad oncológica o a sus diversos tratamientos.

**Calidad de vida.** Muchos estudios se han centrado en abordar la calidad de vida en pacientes con CCC y en otro tipo de neoplasias, ya que ésta se ve comprometida por

las alteraciones y limitaciones derivadas de la propia enfermedad, y de los efectos secundarios de los tratamientos. Tal como señala la revisión realizada por Terol, López, Rodríguez, Pastor y Mora (2000), dicha variable se asocia con la condición física percibida por el paciente en las diferentes fases de la enfermedad, así como con la depresión y la ansiedad. En este mismo estudio, se pone de manifiesto la relevancia del estado físico al final del tratamiento de quimioterapia, dado que éste empeora, incrementando los índices de discapacidad funcional, los síntomas de enfermedad y tratamiento, y el impacto emocional. La literatura refiere la importancia de favorecer la calidad de vida percibida mediante la movilización de las redes de apoyo social.

### **1.2.7. Factores Pronósticos**

Los factores pronósticos son aquellos factores clínicos que aportan información acerca de la evolución de una enfermedad en un paciente concreto, su respuesta al procedimiento terapéutico, su supervivencia libre de enfermedad o a la aparición de complicaciones en el proceso. Conocer estos datos clínicos tiene una relevancia múltiple ya que éstos facilitan la predicción de la evolución de la neoplasia, la selección del procedimiento terapéutico, y la comparación entre los diversos tipos de tratamiento, entre otras cosas (Arias et al., 2000).

En el caso de las neoplasias de cabeza y cuello, estos factores pueden agruparse en tres grupos de la siguiente manera: los relacionados con el paciente (variables demográficas y hábitos de vida), con el CCC (estadiaje del cáncer y otros aspectos clínicos) y con el tratamiento (tipos de tratamientos y respuesta a éstos). A continuación, se presentan, brevemente los factores incluidos en los tres grupos (Arias et al., 2000; SEOM, 2015).

#### **a) Relacionados con el paciente:**

- **Edad.** Es importante aunque no determina la evolución de la enfermedad. La edad avanzada se asocia con peor pronóstico ya que el riesgo de padecer otro tipo de enfermedades (neumopatías o cardiopatías) es mayor, y éstas determinarán la elección del tratamiento. Además, predispone a sufrir mayores complicaciones en el proceso de rehabilitación postoperatorio.

- **Sexo.** Existen divergencias entre estudios, algunos apuntan a la inexistencia de diferencias entre sexos, mientras que otros señalan que los pacientes con CCC de sexo masculino tienen peor evolución.
- **Factores socioeconómicos.** No son valores pronósticos pero sí pueden conllevar un menor acceso a los recursos sanitarios o a un determinado tratamiento, cosa que incidiría en un peor pronóstico.
- **Estado general de salud.** Cuanto mejor sea el estado general del paciente mejor será el pronóstico, ya que la respuesta al tratamiento será mayor.
- **Consumo de alcohol y tabaco.** Son dos factores que inciden negativamente en la evolución favorable del paciente, tal como se ha hablado con amplitud anteriormente.
- **Retraso petición ayuda.** El retraso en la petición de ayuda médica por parte de los pacientes con CCC, se relaciona con peor pronóstico debido al avance de la enfermedad.
- **Factores inmunológicos.** En pacientes alcohólicos el sistema inmunitario se encuentra alterado, lo que incide en un peor pronóstico (Sandoval, 2003), aunque este valor no se utiliza en la práctica clínica por ser controvertido.
- **Sintomatología.** Este factor ha sido mencionado anteriormente, por ello, únicamente cabe señalar que, la presencia de síntomas anteriores al diagnóstico conlleva una peor evolución.

#### **b) Relacionados con la enfermedad**

- **Localización del tumor primario.** Es esencial ya que determina el crecimiento de los CCC y la accesibilidad quirúrgica, siendo los tumores de cavidad oral los más accesibles.
- **Estadio ganglionar de la enfermedad.** La clasificación TNM es el factor más importante para determinar el tratamiento, el pronóstico y la supervivencia a largo plazo. Con respecto al tamaño tumoral (T) cabe destacar que correlaciona inversamente con la respuesta al tratamiento de quimioterapia y radioterapia. En relación con el estado de los ganglios linfáticos regionales (N), resaltar que a

mayor número de ganglios afectados, el pronóstico empeorará. Por último, indicar que la presencia de metástasis a distancia (M), conlleva una peor evolución del cáncer.

- **Relación con VPH.** Según Flores-de la Torre (2010), algunos estudios apuntan al mejor pronóstico de aquellos pacientes que padecen CCC e infección viral, no obstante es preciso seguir investigando ya que esta afirmación resulta controvertida.
- **Diferenciación celular o grado histológico.** Los tumores más diferenciados se comportan mejor que los indiferenciados. Éstos correlacionan con menor frecuencia de metástasis a distancia, de afectación ganglionar, de tasa de recidivas y con mayor supervivencia global.
- **Factores celulares y moleculares.** Actualmente, existe evidencia de su relevancia a la hora de predecir la evolución de los CCC (entre otros tumores). En pacientes con CCC que han sido intervenidos quirúrgicamente, la presencia de mutación en el gen supresor p53 (proteína del cromosoma 17) se asocia con mayor tasa de recaídas.

### c) Relacionados con el tratamiento

- **Respuesta al tratamiento inicial.** En el caso de administrar monoterapia, es considerado como principal factor pronóstico relacionado con el tratamiento.
- **Tratamientos de Cirugía, Radioterapia y Quimioterapia.** Con respecto a la quimioterapia, cabe señalar que mejora el pronóstico cuando se administra antes y después del tratamiento local, únicamente en carcinomas avanzados de nasofaringe. En relación con la radioterapia, cabe destacar que puede ser un tratamiento alternativo a la cirugía en estadios precoces. Tras la cirugía, la administración de este tipo de terapia mejora el pronóstico cuando los ganglios linfáticos están comprometidos, y/o existe metástasis a otros órganos próximos. Por último, hay que indicar que la cirugía puede ser monoterapia para neoplasias en estadio I y II, siempre que no conlleve una mutilación significativa para el paciente. La resección completa de la neoplasia es un factor de buen pronóstico.

### 1.2.8. Fases de adaptación psicológica a la enfermedad oncológica

A continuación, se presentan brevemente las fases que atraviesa un paciente oncológico a nivel psicológico, es decir, en relación con su adaptación y aceptación del proceso de la enfermedad que padece.

De acuerdo con un estudio realizado por Londoño (2009), se pueden establecer cuatro fases en el proceso de adaptación al cáncer:

- **Descubriendo la enfermedad.** Se refiere al momento en que la persona conoce el diagnóstico. En esta fase inicial se produce con frecuencia un derrumbamiento emocional.
- **Aceptando la enfermedad.** El paciente acepta el proceso de su enfermedad. A lo largo de éste, el enfermo oncológico puede experimentar diversas emociones como: ira, frustración, tristeza e impotencia, entre otras.
- **Venciendo la enfermedad.** Se da gracias a la adhesión a los tratamientos, al apoyo formal e informal, y a la asunción de una actitud positiva.
- **Adaptación a un nuevo cuerpo y una nueva vida.** El paciente valora su vida, el proceso de su enfermedad, lo que éste le ha aportado y de lo que le ha privado. Asimismo, en esta última fase, el paciente considera sus limitaciones físicas y aprende a vivir con ellas.

### 1.2.9. Tratamientos psicológicos del cáncer

Existen diferentes tipos de intervenciones psicosociales utilizadas con pacientes oncológicos. En el presente apartado, se van a comentar los resultados obtenidos sobre la eficacia de algunas de las intervenciones psicológicas más utilizadas con pacientes con distintos tipos de neoplasias, entre ellas el CCC. Cabe destacar que los estudios acerca de las intervenciones con pacientes con CCC escasean.

En primer lugar, la **Psicoeducación** es un tipo de intervención utilizado con pacientes que padecen enfermedades muy diversas, entre ellos los de CCC. La psicoeducación tiene como objetivos: la participación activa del paciente en el

tratamiento y en el autocuidado, la toma de conciencia de la enfermedad y de la importancia que posee el tratamiento, así como la disminución del malestar emocional ante los tratamientos médicos.

Seguidamente, se presentan una serie de resultados derivados de diversos estudios sobre la eficacia de la psicoeducación a la hora de abordar las distintas problemáticas de los pacientes oncológicos.

Según la revisión realizada por Ascencio-Huertas, Rangel-Domínguez y Allende (2013), la psicoeducación es un adyuvante para los tratamientos médicos de control del dolor, favorece el manejo del estrés derivado del cáncer y la calidad de vida de los pacientes. Asimismo, cuando el paciente se encuentra en un estadio avanzado del cáncer, una de las necesidades principales del paciente oncológico es la información y la comunicación. Todo ello apunta a la importancia de la psicoeducación a la hora de intervenir con estos pacientes.

De acuerdo con la revisión llevada a cabo por Penner (2009), la intervención psicoeducativa en pacientes con cáncer oral les reporta beneficios reduciendo la ansiedad, la perturbación de la imagen corporal, y aumentando el bienestar. Asimismo, este autor encontró que la intervención psicoeducativa utilizada para varios tipos de CCC y diferentes modalidades de tratamiento, favorecían una mejoría en el funcionamiento físico y social, en la calidad de vida en general, además de disminuir la fatiga, los síntomas depresivos y los trastornos del sueño. También halló que, en una intervención psicosocial junto con terapia cognitivo-conductual, el hecho de enfatizar en las habilidades sociales de los pacientes con varios tipos de CCC, reducía los trastornos psicológicos, mejoraba el funcionamiento social y la calidad de vida de los pacientes.

En suma, parece que la literatura apunta la importancia y los beneficios de la psicoeducación en el abordaje de las problemáticas asociadas al CCC, y en general, a la enfermedad oncológica.

En segundo lugar, la **Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)** también se ha utilizado como modo de intervención en pacientes oncológicos. Según la revisión llevada a cabo por Moreno, Nassar y Vargas (2011), este tipo de terapia se utiliza para

el manejo del dolor y la disminución de la angustia en pacientes oncológicos. Estos autores encontraron una clara eficacia de esta terapia a la hora de disminuir la fatiga (mejoría del 54% en los intervenidos frente a un 4% en los no intervenidos) y la incapacidad funcional (mejoría del 50% en los que recibieron TCC frente a un 8% en los no intervenidos). Además, hallaron que la TCC es útil para disminuir la ansiedad en pacientes oncológicos terminales. Los mismos autores encontraron un estudio en el que, tras combinar la TCC y terapia bioconductual, el 90% de los pacientes remitieron en el trastorno depresivo. También mejoraron en otras medidas de salud mental y en la fatiga, incidiendo positivamente en la calidad de vida de éstos. Varios estudios revisados por estos autores, evidenciaron la eficacia de la TCC en el tratamiento del insomnio como efecto secundario del tratamiento, de modo que los pacientes experimentaron mejoría en este tipo de sintomatología.

De acuerdo con la revisión realizada por Penner (2009), se halló un estudio en el que se combinó la TCC y la medicación con el objetivo de tratar la depresión, el tabaquismo y el consumo de alcohol, en pacientes con CCC. Los datos de este trabajo manifestaron un incremento en la tasa de deshabituación tabáquica y una disminución en las tasas de consumo de alcohol y depresión. Este resultado muestra que, el aumento de las tasas de abandono del tabaco mejora las tasas de alcohol y depresión.

De acuerdo con Chavelas et al. (2015), a la hora de intervenir con pacientes con CCC, las técnicas más útiles para manejar los diferentes problemas psicológicos derivados de la enfermedad son variadas. Para el manejo de la ansiedad recomiendan la relajación, la respiración diafragmática y la reestructuración cognitiva para trabajar las distorsiones cognitivas. Además, como se trata de un tipo de cáncer en el que frecuentemente se producen alteraciones en la imagen corporal, se debe trabajar la apariencia física mediante técnicas de exposición (exposición graduada imaginaria, frente al espejo, en realidad virtual, y desensibilización sistemática). Como complementaria a la exposición, habría que añadir la prevención de respuesta manifestada mediante conductas rituales (comprobación repetida y acicalamiento excesivo, entre otras). Asimismo, estos autores recomiendan diseñar actividades positivas y placenteras, entre otras.

Por último, cabe mencionar la terapia de activación conductual dirigida a pacientes oncológicos hospitalizados durante un periodo largo tiempo. Becerra, Lugo y Reynoso (2013) aplicaron un programa basado en esta terapia con el fin de controlar la ansiedad, la depresión y los pensamientos intrusivos. Los resultados, tras la aplicación del programa, mostraron la utilidad de este tipo de entrenamiento conductual ya que favorece un cambio en el humor de los pacientes, aumenta las actividades en el ámbito hospitalario según las preferencias de éstos, y evita que se mantengan estados depresivos o ansiosos tanto dentro como fuera de dicho ámbito.

En resumen, actualmente, parece que la terapia cognitivo-conductual es recomendable por su eficacia a la hora de abarcar los diferentes problemas derivados de la enfermedad oncológica y sus tratamientos.

En tercer lugar, cabe destacar la **Terapia Grupal basada en TCC**. Bellver (2007) utilizó la TCC en terapia grupal con mujeres con cáncer de mama, tras la finalización del tratamiento médico. Esta autora estudió el nivel de calidad de vida y el estado emocional pre-post. Los resultados mostraron la eficacia de la terapia para disminuir la ansiedad y la depresión, y una mejora significativa en la calidad de vida. En consonancia con estos resultados, estudios como el de Font y Rodríguez (2004; citado en Bellver, 2007) muestran la eficacia de la terapia grupal en la mejora de diversos aspectos de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama.

Narváez, Rubiños, Cortés-Funes, Gómez y García (2008) llevaron a cabo un estudio acerca de la eficacia de la terapia grupal basada en TCC, con pacientes con cáncer de mama. El objetivo se centraba en la mejora de la imagen corporal, la autoestima, la sexualidad, el estado de ánimo y la sintomatología ansiosa. Tras las sesiones de terapia grupal se observaron mejoras significativas en la autoestima, ansiedad y síntomas depresivos. Según estos autores, los beneficios de la terapia grupal, pueden deberse a la oportunidad que tienen las pacientes para desahogarse, la comprensión recibida de las demás pacientes que han vivido el mismo proceso de enfermedad y la cohesión del grupo, además de a la eficacia de la TCC.

En cuarto lugar, cabe destacar el **Entrenamiento en Habilidades Sociales**, con el fin de trabajar aspectos muy concretos del CCC. Según la revisión de la literatura



realizada por Mateu (2012), la aplicación del entrenamiento en habilidades sociales en pacientes con CCC, cuya imagen facial se encuentra muy alterada, produce una mejoría significativa en autoconfianza y ansiedad social. Además, este tipo de intervención mejora el funcionamiento interpersonal gracias a la reducción significativa de los sentimientos de vergüenza, en situaciones sociales. Asimismo, favorece la disminución de la ansiedad y depresión en los pacientes, y por tanto, aumenta la calidad de vida de éstos.

Por último, cabe destacar la importancia de los **Cuidados paliativos** propios de la fase terminal del cáncer. Cuando, tras la administración de los tratamientos médicos, el paciente se enfrenta ante la realidad de la muerte, la finalidad de la intervención difiere de forma notable de los objetivos propios de otras fases de la enfermedad. Los objetivos de los cuidados paliativos son: el control de síntomas físicos y emocionales, el logro de una calidad de vida lo más adecuada posible, y la atención a la dimensión espiritual y social del paciente (Ascencio-Huertas et al., 2013). Igualmente, es importante ayudar al paciente a alcanzar la paz en su situación, establecer metas, darle un espacio para que exprese su sufrimiento y el significado sobre su propia enfermedad, y hablar sobre el proceso de morir. Todo ello con el fin de eliminar las ideas erróneas, los miedos y preocupaciones sobre éste, y otorgar apoyo a los miembros clave de la familia.

Se ha observado que los trastornos psicológicos como el trastorno adaptativo, la depresión mayor y la angustia emocional, son frecuentes en pacientes oncológicos en fase avanzada, siendo el primero de ellos el más común. En el contexto de la fase terminal, algunos pacientes con enfermedad mental previa al cáncer, experimentan una exacerbación de ésta. Por ello, es primordial prestar una atención adecuada a estos trastornos mediante terapia cognitivo-conductual, combinada con otras técnicas y administrando antidepresivos, según la necesidad de cada paciente (Miovic y Block, 2007).

Como conclusión, cabe señalar que los trastornos psicológicos, aunque son frecuentes en pacientes oncológicos en fase avanzada, se pueden y deben tratar. De igual forma, es imprescindible que los profesionales sanitarios (oncólogos, psicólogos y psiquiatras) aborden los temas que preocupan a los pacientes, les den información

realista y les ayuden en la preparación para afrontar la muerte, proporcionándoles el apoyo emocional que precisan. Esto es necesario ya que los pacientes que conocen su estado terminal experimentan más paz, planifican más lo que les queda de vida según sus prioridades, tienen mejor estado de salud mental y mayor calidad de muerte (Miovic y Block, 2007).

En suma, la literatura manifiesta la utilidad de las intervenciones mencionadas previamente, con el objetivo de facilitar la adaptación a la enfermedad, reducir los síntomas depresivos y ansiosos, las alteraciones del sueño, y mejorar el funcionamiento interpersonal. De esta manera, se favorece la calidad de vida (y de muerte) de los pacientes oncológicos, entre ellos, de los que padecen CCC.

### **1.3. Variables psicológicas**

A lo largo del presente apartado se presenta la literatura revisada acerca de las variables objeto de nuestro estudio.

#### **1.3.1. Factores temperamentales de la personalidad (*Big Five*) en cáncer de cabeza y cuello**

Se han propuesto diferentes modelos de personalidad a lo largo de la historia de la psicología. En nuestro estudio, hemos abordado el estudio de estas variables desde el Modelo de los Cinco Grandes Factores de la Personalidad (*Big Five*) de Costa y McCrae, que en la actualidad, es el de mayor repercusión en el ámbito clínico y de investigación. Este modelo propone cinco dimensiones temperamentales, a saber: neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, cordialidad y escrupulosidad, cada una de ellas formada por varias facetas. Este modelo se ha utilizado en investigaciones transculturales, con el fin de responder a la pregunta de la psicología de la personalidad acerca de si la organización de ésta es universal o propia de cada cultura. Tras numerosos estudios, se encontró que la estructura de la personalidad es universal y que ésta se corresponde con el Modelo de los Cinco Grandes (De Miguel y Pelechano, 2000).

Previo a la mención de aquellas investigaciones que abordan el estudio de las dimensiones de personalidad en cáncer de cabeza y cuello, cabe destacar que desde hace décadas se ha estudiado la relación entre el cáncer y dichas variables. Se considera que la personalidad incide, directa o indirectamente en la salud, a través de una serie de rasgos de personalidad y estilos de afrontamiento. Arbizu (2000) en su revisión sobre los factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer, encontró varios trabajos que abordan esta relación. Así, se ha estudiado la personalidad predispuesta al cáncer, denominada como “Tipo C” por diferentes autores, caracterizada por la inhibición y negación de expresiones emocionales negativas (ira, ansiedad, agresividad) y por una fuerte expresión de emociones y conductas que en la sociedad se valoran positivamente (aceptación estoica de los problemas, excesiva tolerancia y paciencia, entre otras). Las personas con este tipo de personalidad buscarían, por encima de sus necesidades y derechos, la armonía y la complacencia de los demás, evitando así cualquier conflicto. Este autor encontró una asociación entre los sentimientos de indefensión y pesimismo y el cáncer. Además, halló posibles factores de personalidad que pueden predisponer al cáncer, como: un estilo de relaciones interpersonales basado en la bondad, la docilidad, y la aceptación de la autoridad; un temperamento tranquilo caracterizado por la supresión de emociones negativas; un estilo de pensamiento racional, pesimista y caracterizado por el estoicismo; y a nivel social, una carencia de apoyo y de relaciones íntimas.

En esta sección vamos a hacer referencia a algunos trabajos que han estudiado las relaciones entre las dimensiones de personalidad y el cáncer de cabeza y cuello. Cabe destacar la escasez de investigación al respecto. Una parte importante de esta sección va a abordar la relación entre la personalidad y el consumo de tabaco y alcohol, ya que ambas sustancias son los factores etiológicos de mayor relevancia en el desarrollo del CCC. Los resultados de estos estudios nos permitirán inferir los rasgos de la personalidad propios de los pacientes con CCC.

Con respecto al estudio de las dimensiones de personalidad en pacientes con CCC, H.J. Aarstad, Heimdal, A.K.H. Aarstad y Olofsson (2002), investigaron éstas considerando el consumo de alcohol por parte de los pacientes comparados con un grupo control. Los pacientes con CCC obtuvieron puntuaciones más elevadas en neuroticismo. Esta relación entre CCC y neuroticismo fue secundaria al consumo de

alcohol, es decir, que este factor de personalidad como resultado del consumo, se asoció a un riesgo de padecer CCC. Posteriormente, H.J. Aarstad, A.K.H. Aarstad, Birkhaug, Bru y Olofsson (2003), en un trabajo sobre la relación entre personalidad y calidad de vida en pacientes con CCC, hallaron que el neuroticismo se relacionó con baja calidad de vida, y que la extraversión correlacionó positivamente con calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Más recientemente, A.K. Aarstad, H.J. Aarstad y Olofsson (2008), en su estudio sobre personalidad y elección de estrategias de afrontamiento como predictores de calidad de vida, hallaron la misma asociación entre el neuroticismo y la baja calidad de vida. Además, los pacientes con CCC que obtuvieron elevadas puntuaciones en esta dimensión de personalidad, verbalizaron mayor número de quejas acerca de la experiencia de sentirse enfermos y peor funcionamiento. También, se encontró una correlación entre neuroticismo y los síntomas derivados del tratamiento, concluyendo que esta dimensión de personalidad es el predictor más preciso de calidad de vida. Asimismo, encontraron que este factor de personalidad, se asoció con calidad de vida a través del afrontamiento basado en el consumo de alcohol y en el evitativo, es decir, que ambos estilos de afrontamiento se relacionaron con neuroticismo y predijeron baja calidad de vida.

En la línea de los trabajos acerca de los rasgos de personalidad y el afrontamiento, García-Conde (2014), en su estudio con pacientes que padecían varios tipos de cáncer, encontró que aquellos con CCC obtenían puntuaciones más elevadas en neuroticismo con respecto a las mujeres con cáncer ginecológico. Asimismo, los datos mostraron que algunas facetas del neuroticismo se relacionaron positivamente con el afrontamiento caracterizado por la preocupación ansiosa y negativamente con el espíritu de lucha. Algunas facetas de la extraversión se asociaron con autocontrol emocional y espíritu de lucha. En el caso del afrontamiento basado en el fatalismo y en la evitación, no establecieron relaciones significativas con los rasgos de personalidad.

Un estudio prospectivo llevado a cabo por Kohda et al. (2005) exploró los rasgos de personalidad y la calidad de vida, en pacientes con CCC que estaban recibiendo tratamiento de radioterapia. Al compararlo con un grupo de sujetos sin neoplasia, hallaron que las dimensiones de extraversión y apertura a la experiencia se relacionaron con mejor calidad de vida, en los pacientes con CCC. Por ello, consideraron una asociación entre personalidad premórbida y salud en éstos.

Howren et al. (2013) en su revisión de la literatura sobre la evidencia de varios factores psicosociales y conductuales asociados con el diagnóstico, tratamiento y recuperación de CCC, hallaron algunos trabajos acerca del optimismo. Estos estudios obtuvieron resultados mixtos acerca de la relación entre dicha variable y calidad de vida. Por un lado, algunos trabajos señalaron la asociación del optimismo con la supervivencia de un año, con la percepción de beneficios derivados del cáncer, y con algunos dominios de la CVRS antes y después del tratamiento del CCC (Allison, Guichard y Gilain, 2000; Allison, Guichard, Fung, y Gilain, 2003; Harrington, McGurk, y Llewellyn, 2008). Por otro lado, en algunos estudios no se halló relación entre el optimismo y la CVRS (Kung et al., 2006; Ware y Sherbourne, 1992; Yu, Fielding, Chan, Sham, 2001).

El trabajo realizado por Tromp, Brouha, De Leeuw, Hordijk y Winnubst (2004) evaluó los factores psicológicos en pacientes con CCC, en relación con el retraso en pedir atención médica. Estos autores hallaron correlaciones significativas entre los factores psicológicos (optimismo, estilos de afrontamiento, malestar psicológico, resistencia a la salud y funcionamiento defensivo general) y el retraso de los pacientes. Además, encontraron que éste era mayor en el grupo de pacientes que consumían alcohol en exceso (cinco o más bebidas diarias), en comparación con los que consumían menos. El grupo de consumidores en exceso se caracterizó por una tendencia a reprimir o negar los eventos desagradables, depresión, indiferencia y pasividad. Por otra parte, los pacientes optimistas o que utilizaban un estilo activo de afrontamiento, se demoraron menos a la hora de buscar atención ante los síntomas del cáncer. Estos resultados evidenciaron que, por un lado, variables positivas como el optimismo y el estilo de afrontamiento activo se asociaban con el retraso del paciente en la búsqueda de atención médica, por otro, variables negativas como el funcionamiento pasivo y defensivo también se relacionaron con éste.

Echeburúa, Bravo de Medina y Aizpiri (2008) llevaron a cabo un estudio sobre los tipos de alcohol-dependientes siguiendo la tipología de Cloninger en dimensiones de personalidad (entre otras variables). Los resultados evidenciaron que existe una relación entre la búsqueda de sensaciones, escasa evitación de los riesgos, mayor desinhibición, mayor ausencia de planificación y de improvisación e impulsividad, y ser alcohol-dependiente de tipo II (dependencia de mayor gravedad, con comienzo precoz,

evolución rápida). Los sujetos de este grupo manifestaron niveles más elevados de hostilidad y de malestar emocional, en comparación con los alcohol-dependientes de tipo I (comienzo más tardío, con pérdidas esporádicas de control en el consumo). Además, este tipo de dependencia alcohólica se relacionó con problemas legales y conductas de tipo antisocial.

Müller, Weijers, Böning y Wiesbeck (2008) examinaron los rasgos de personalidad que podían predecir el resultado de un tratamiento, en pacientes con dependencia alcohólica. Para ello, evaluaron el resultado del tratamiento al año de seguimiento. Se identificaron la persistencia y el psicoticismo como las variables predictoras más relevantes. Más específicamente, un elevado psicoticismo y una baja persistencia predijeron la recaída. Además, se hallaron diferencias entre los pacientes recidivantes y abstinentes en variables como la impulsividad y la búsqueda de sensaciones. También, se encontraron diferencias entre ambos grupos en el estado civil, siendo más frecuente que los pacientes recidivantes estuvieran solteros, separados o divorciados.

Asimismo, Dubey, Arora, Gupta y Kumar (2010) exploraron los rasgos de personalidad en consumidores de sustancias comparándolos con no consumidores. Los consumidores puntuaron más alto en neuroticismo y extraversión, mientras que los no consumidores obtuvieron puntuaciones más elevadas en apertura a la experiencia y escrupulosidad. Además, los consumidores eran más hostiles, ansiosos, presentaban más rasgos depresivos y mayor vulnerabilidad al estrés.

Por último, y en la misma línea que el estudio anterior, mencionar el de Chaudhury et al. (2010) que en su estudio sobre la angustia emocional y el síndrome de dependencia alcohólica, hallaron puntuaciones altas en neuroticismo y extraversión en alcohol-dependientes en comparación con el grupo control. Además, puntuaron más alto en sintomatología y menos en autoestima.

En resumen, los estudios revisados apuntan que los pacientes con CCC se caracterizarían por un mayor neuroticismo, por la presencia de rasgos de la personalidad depresivos, evitativos e impulsivos, en comparación con la población general. Y según

los trabajos llevados a cabo con alcohólicos, éstos se caracterizarían por una mayor extraversión.

### ***1.3.1.1. Impulsividad y autocontrol***

Uno de los autores más relevantes en el estudio de la *impulsividad* ha sido Barratt. Este autor concibe la impulsividad como una variable constituida por un conjunto de rasgos, a saber: rapidez en la respuesta, asunción de riesgos, actuar sin pensar e incapacidad para planificar. Este modo de proceder formaría parte de una predisposición denominada “orientación a la acción”, caracterizada por falta de reflexión e incapacidad para estar quieto. Barratt, en su visión multidimensional de la impulsividad, incluye además la extraversión. Asimismo, encontró un conjunto de factores, que finalmente redujo a tres, relacionados con los rasgos mencionados anteriormente. Estos tres factores son: impulsividad atencional (incluye componentes de inestabilidad cognitiva y atención), impulsividad motora (incluye impulsividad motora y perseverancia), y ausencia de planificación (incluye autocontrol e inestabilidad cognitiva) (Barratt, 1983, citado en Carou, 2011).

Por otro lado, Swann, Bjork, Moeller, y Dougherty (2002) destacan dos modelos de impulsividad. En primer lugar, el modelo de “reducción de la recompensa”, en el que la impulsividad es definida como incapacidad para esperar una recompensa mayor. En segundo lugar, el modelo de la “respuesta rápida”, en el que la persona impulsiva se caracterizaría por dar una respuesta sin haber evaluado adecuadamente el contexto. Los autores hallaron una correlación entre la respuesta rápida y el diagnóstico de algún trastorno del eje I o del II del DSM-IV. Asimismo, de acuerdo con los resultados obtenidos, consideran que existe una relación entre impulsividad y psicopatología.

Por su parte, Bloom, Matsko y Cimino (2014), según su revisión sobre la impulsividad, hallaron tres modos distintos de definirla: como un rasgo, como una conducta (bien como un rasgo de comportamiento estable, o bien como un estado variable de comportamiento), y como un proceso neurobiológico (ya sea un rasgo estable o un estado variable) capturado por técnicas de neuroimagen. Asimismo, encontraron que la impulsividad constaba de cuatro dimensiones: urgencia (tendencia a

actuar impulsivamente al experimentar afecto negativo), falta de premeditación, falta de perseverancia, y búsqueda de sensaciones.

Por último, cabe destacar que, debido a la multidimensionalidad del constructo, se han elaborado diferentes instrumentos para medir la impulsividad. Éstos son muy variados, englobando desde autoinformes hasta tareas conductuales relacionadas con la respuesta de inhibición o con la motivación por obtener una gratificación inmediata.

La otra variable que nos ocupa, es el *autocontrol*, ampliamente estudiado en relación con la conducta desviada y, en menor medida, con respecto al consumo de drogas. Ésta se encuentra estrechamente relacionada con la impulsividad. En el estudio del autocontrol, cabe destacar a Gottfredson y Hirschi (1990, citado en Carou, 2011), que formularon la teoría general de la conducta desviada. Estos autores plantearon la existencia de una estructura interna idéntica entre las conductas que generan placer de forma inmediata y daño a largo plazo, y el consumo de drogas, las conductas de riesgo generadoras de accidentes o los actos delictivos. Asimismo, sostuvieron que las personas tienen una capacidad diferencial a la hora de considerar las consecuencias futuras. Además, afirmaron que el autocontrol es el encargado de regular la tendencia natural del ser humano en cuanto a la satisfacción de las necesidades y deseos, dominando la impulsividad y demorando el deseo inmediato. Por tanto, el autocontrol evitaría la realización de conductas perjudiciales y favorecería el planteamiento de metas a largo plazo, relacionándose inversamente con la realización de conductas desviadas. Además, estos autores manifestaron que el bajo autocontrol se asociaría con las conductas desviadas y tendería a la estabilidad. Las personas con puntuaciones bajas en esta variable se caracterizarían por la búsqueda de recompensa inmediata sin considerar las consecuencias a largo plazo, por ello mostrarían preferencia por la realización de tareas simples. Además, tenderían a buscar sensaciones intensas (exponiéndose a situaciones arriesgadas), a ser egocéntricos y a una baja tolerancia a la frustración.

Con respecto al estudio de la impulsividad y el autocontrol en pacientes con CCC, cabe destacar la inexistencia de estudios al respecto, igualmente son inexistentes los trabajos acerca de esta variable en otro tipo de población oncológica. Dado que los pacientes con CCC, en general, se caracterizan por un elevado consumo de tabaco y/o



alcohol, en esta sección vamos a hacer referencia a algunos trabajos que han estudiado las relaciones entre la impulsividad, el autocontrol y el consumo de sustancias. Los resultados de estos estudios, indirectamente evidenciarán si este rasgo se halla presente en el tipo de pacientes que nos ocupan.

Skinner, Aubin y Berlin (2004) exploraron la relación entre impulsividad, consumo de cigarrillos, sexo y edad, en pacientes con dependencia alcohólica. Para ello, tuvieron en cuenta el tipo de fumador (fumadores leves, moderados, fuertes, no fumadores y ex-fumadores). Se encontró una correlación negativa entre la impulsividad y la edad; y en cuanto al sexo no se relacionó con la impulsividad. La impulsividad se asoció con el tabaquismo sólo en los tres casos que se exponen a continuación. En primer lugar, los grandes fumadores puntuaron más alto en impulsividad con respecto a los fumadores moderados. En segundo lugar, este grupo de grandes fumadores obtuvo puntuaciones más elevadas en la subescala *ausencia de planificación* (BIS-11). Estos resultados parecen señalar que la impulsividad está asociada al número de cigarrillos fumados, en población masculina. En tercer lugar, se halló que los fumadores actuales eran más impulsivos que los no fumadores. En el caso de las mujeres, pareció probable una relación entre la impulsividad y el tabaquismo aunque se trataba de una tendencia a la significación (tendencia  $p = .06$ ). Los autores concluyeron que, aunque no se podía hacer inferencias causales, la impulsividad parecía relacionarse con el tabaquismo, de modo que los elevados niveles en esta variable podían obstaculizar la deshabituación tabáquica, y a su vez, el abandono de dicho hábito podía disminuir los niveles de impulsividad en pacientes alcohólicos. En consonancia con estos resultados se encuentra el estudio de Granö, Virtanen, Vahtera, Elovainio y Kivimäki (2004), cuyos hallazgos más relevantes se refieren a la capacidad predictiva de la impulsividad con respecto al consumo de tabaco, aunque en este trabajo sí se evidenciaron diferencias entre sexos. Concretamente, la impulsividad predijo el consumo en mujeres. Al igual que en el estudio mencionado previamente, la impulsividad se asoció con la edad (ser más joven), el sexo masculino y una educación inferior. De este modo, el consumo de tabaco fue más común en hombres con un nivel educativo inferior y un salario más bajo. En la línea de los estudios acerca de la relación entre impulsividad y consumo de tabaco, se halla la revisión de la literatura realizada por Cuevas y Hernández-Pozo (2008). Estos autores encontraron una relación entre el inicio y/o mantenimiento del hábito tabáquico y el nivel de impulsividad. Otro hallazgo, fue la relación directa entre

la puntuación en impulsividad, el consumo de cigarrillos y el tiempo de abstinencia. Es decir, que una mayor impulsividad se asoció con mayor consumo de cigarrillos y menor tiempo transcurrido desde el inicio de la abstinencia y la recaída. Similares resultados fueron obtenidos en el estudio de Perea-Baena y Oña-Compan (2011), quienes encontraron que el factor cognitivo de la impulsividad (incapacidad para reflexionar y anticipar consecuencias) y la impulsividad no planeada (incapacidad para programar y planificar) predijeron la vuelta al consumo de tabaco. Además, al considerar la influencia del afecto negativo en el abandono del hábito tabáquico, hallaron que aquellos pacientes que presentaban síntomas depresivos moderados o severos, tenían 6.87 veces más probabilidad de recaída que los que puntuaron más bajo en dicha variable. Estos hallazgos corroboraron que la impulsividad y el afecto negativo son variables importantes que hay que tener en cuenta, ya que también favorecen la vuelta al consumo.

Por último, con respecto al estudio de la relación entre la impulsividad y la nicotina, cabe mencionar el artículo de revisión realizado por Bloom et al. (2014). Los autores concluyeron que la impulsividad puede definirse como una orientación hacia el entorno inmediato y a los resultados a corto plazo. Además, parece no ser un constructo unitario debido a que los motivos de esta orientación pueden ser diversos. Las personas impulsivas o bien no son capaces o no quieren orientarse hacia las consecuencias a largo plazo. Esto puede deberse bien a que sienten atracción por estímulos inmediatos del entorno y por la dificultad para controlar sus acciones e impulsos; o bien por voluntad propia, al querer alcanzar el placer que les facilitan las recompensas inmediatas, y preferir buscar nuevas sensaciones y riesgos, o dar prioridad a la eliminación de la abstinencia nicotínica. Los estudios evidencian que los dos motivos se relacionan con todas las etapas del consumo de tabaco, consumo diario, la gravedad de la dependencia nicotínica y riesgo de recaída al intentar abandonar el hábito tabáquico. Asimismo, han evidenciado correlaciones positivas entre la impulsividad, la dependencia nicotínica y el funcionamiento de las regiones de la corteza pre-frontal.

En cuanto a los estudios acerca de la impulsividad y el consumo de alcohol, cabe destacar el de Granö et al. (2004), que hallaron la capacidad predictiva de esta variable con respecto al consumo de esta sustancia en ambos sexos. Asimismo, hallaron que, al igual que el tabaco, el alcohol fue más consumido por hombres con un nivel educativo

inferior y salario más bajo. Además, hallaron una correlación entre el consumo de ambas sustancias. En la misma línea se encuentran los resultados del trabajo realizado por Charney, Zikos y Gill (2009) que evidenciaron una mayor impulsividad en los consumidores de alcohol que recaían a lo largo de las cuatro primeras semanas de tratamiento del alcoholismo. Además, estos pacientes presentaron mayores problemas sociales, un consumo no dependiente de una sustancia secundaria (cannabis, benzodiazepinas y sobre todo cocaína) y un trastorno de personalidad del clúster B. En consonancia con estos resultados se halla el estudio llevado a cabo por Dom, De Wilde, Hulstijn, Van y Sabbe (2006), que exploraron aspectos de la impulsividad conductual en pacientes alcohólicos con TPB (trastorno de la personalidad del clúster B). Estos autores encontraron que los pacientes con TPB obtuvieron puntuaciones más elevadas en los autoinformes de impulsividad y un control inhibitorio menor, lo que implica un autocontrol pobre.

Con respecto al autocontrol, Dubey et al. (2010) en su revisión de la literatura, encontraron que los consumidores de sustancias se caracterizan por un autocontrol pobre y una mayor impulsividad, unida a una mayor asunción de riesgos. Otro estudio sobre esta variable es el de Chiou, Wu y Chang (2013), que partieron de la teoría del nivel de interpretación con el fin de explorar si la promoción de una interpretación de alto nivel promovía el autocontrol, en personas fumadoras. Dicha teoría parte de que un nivel alto de interpretación con respecto a la salud (en este caso referido a las razones para dejar de fumar) se caracteriza por centrarse en el “por qué” de un evento, y supone un mayor nivel de abstracción. El nivel bajo de interpretación se caracteriza por orientarse hacia los medios y recursos, en el “cómo”. Los resultados mostraron que aquellos que constituían el grupo de nivel alto de interpretación (mayor capacidad de abstracción) fumaban menos cigarrillos que los de nivel bajo (centrarse en medios y recursos), y tenían más autocontrol. Esto significa que el autocontrol media el efecto que tiene la manipulación a nivel de interpretación sobre el consumo de tabaco. Estos hallazgos tienen una utilidad práctica ya que promover la adopción de un nivel elevado de interpretación para la salud en el proceso de abandono del tabaco, favorecería un mayor control de la necesidad de fumar.

En suma, los estudios evidencian la relación existente entre la impulsividad y el consumo de tabaco y alcohol. Más específicamente, la impulsividad parece relacionarse

con el inicio y/o mantenimiento del hábito tabáquico, la cantidad de cigarrillos fumados diariamente, y con la dificultad para mantenerse abstinentes. Incluso las técnicas de neuroimagen apoyan la relación entre esta dimensión de personalidad y la dependencia nicotínica. Asimismo, la impulsividad en algunas de sus manifestaciones (cognitiva, no planeada, autoinformada) se asociaría con un consumo de alcohol más severo y con dificultades para mantener la abstinencia.

### **1.3.2. Resiliencia en cáncer de cabeza y cuello**

El término resiliencia proviene de la palabra latina “resilio” que significa volver de un salto, volver atrás, rebotar, y hace referencia a la capacidad que tienen las personas para superar las adversidades que acontecen en la propia vida, y desarrollarse de forma óptima a pesar de éstas (Becoña, 2006).

El concepto resiliencia se utilizó en un primer momento en física e ingeniería civil, y posteriormente comenzó a emplearse en las ciencias sociales. En el ámbito de la Psicología, una definición bien aceptada es la de Garmezy (1991), para este autor la resiliencia es la capacidad que tiene el ser humano ante un acontecimiento estresante, para recuperarse, y para mantener una conducta adaptativa, tras la incapacidad o abandono inicial ante dicho evento. Otra definición destacada en el estudio de dicha variable es la de Luthar, Cicchetti y Becker (2000): *“proceso dinámico que abarca la adaptación positiva dentro del contexto de una adversidad significativa”*.

Becoña (2006) en su revisión acerca de la resiliencia, encontró que es una característica multidimensional sujeta a variaciones en función de variables como: contexto, edad, sexo, tiempo, origen y cultura, y también dentro de un mismo individuo que atraviesa diferentes circunstancias en su vida.

Actualmente, no existe un modelo teórico aceptado de resiliencia ya que, según la revisión realizada por Molina et al. (2014), existen tres concepciones de la resiliencia: como rasgo de personalidad, como proceso o mecanismo de adaptación positiva, y como resultado tras una situación traumática generadora de estrés. Sin embargo, hay consenso a la hora de considerar que la resiliencia implica un afrontamiento efectivo o competencia de una persona en situaciones de adversidad.

Antes de presentar los hallazgos de los estudios revisados, cabe destacar un trabajo llevado a cabo por Campbell-Sills, Cohan y Stein (2006) con adultos jóvenes, debido a las variables estudiadas en la presente investigación. Estos autores, estudiaron la relación de la resiliencia con la personalidad y el afrontamiento, entre otras variables. A continuación se comentan los resultados más relevantes.

En primer lugar, con respecto a la relación entre la resiliencia y el Modelo de los Cinco Grandes Factores de la Personalidad, encontraron que la resiliencia tiene una relación positiva significativa con extraversión. De este modo, la tendencia de las personas extravertidas a experimentar emociones positivas favorecería la resiliencia, facilitando una adaptación óptima a la situación. Asimismo, esta variable se asoció positivamente con la escrupulosidad, por la utilización de estrategias de afrontamiento centradas en el problema por parte de las personas con puntuación elevada en este rasgo. La resiliencia estableció una relación negativa con el neuroticismo (más fuerte que con extraversión) ya que éste implica una tendencia a experimentar emociones negativas y un afrontamiento pobre. Por último, la resiliencia mantuvo una pequeña relación con apertura a la experiencia.

En segundo lugar, con respecto a las contribuciones del afrontamiento a la hora de predecir la resiliencia, cabe destacar que tanto las estrategias centradas en el problema y como las centradas en la emoción predicen resultados resilientes, aunque las últimas predicen niveles bajos de resiliencia. Se ha demostrado que las estrategias centradas en el problema median en la relación entre resiliencia y escrupulosidad, de modo que son mejores predictoras de resiliencia que las centradas en la emoción.

En suma, en cuanto a las contribuciones de la personalidad, los resultados apuntan a la extraversión y el bajo neuroticismo como buenos predictores de resiliencia. La escrupulosidad no demostró ser buen predictor, cuando se incluyeron en el modelo de regresión las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, de manera que éstas mediaron entre la escrupulosidad y la resiliencia.

Debido a la inexistencia de estudios acerca de la resiliencia en pacientes con cáncer de cabeza y cuello, vamos a presentar los hallazgos más relevantes de algunos estudios realizados en los últimos años, en pacientes oncológicos.

En el estudio de Min et al. (2013) se investigaron las relaciones entre resiliencia y angustia emocional en pacientes oncológicos. Los pacientes más angustiados obtuvieron puntuaciones más bajas en resiliencia y apoyo social percibido. El nivel de resiliencia psicológica se asoció con menores niveles de angustia emocional incluso en los pacientes con cáncer metastásico. Por ello, los autores consideran que la resiliencia es una variable protectora ya que predice un menor riesgo de sufrimiento emocional en los pacientes oncológicos. En la misma línea, Sharpley, Bitsika, Wootten y Christie (2014) en su estudio con pacientes con cáncer de próstata, encontraron que los tres aspectos de la resiliencia psicológica que podían actuar como “amortiguadores” de la depresión fueron: la capacidad para concentrarse y pensar con claridad bajo presión, saber dónde pedir ayuda en momentos de estrés, y mantener el humor ante los problemas. Los autores concluyeron que estos hallazgos pueden orientar acerca de aquellos aspectos de la resiliencia que conviene entrenar y los que se deben evitar tras el diagnóstico inicial, con el objetivo de evitar la depresión. Además, las medidas de resiliencia podrían utilizarse para la detección de la depresión.

En consonancia con el estudio de Min et al. (2013), se encuentra el de Ye et al. (2016) en el que se examinó el efecto de mediación de la resiliencia en la relación entre calidad de vida (CV) y angustia emocional (entre otros aspectos), en pacientes con tres tipos de cáncer distintos (pulmonar, gástrico y rectal), tras recibir tratamiento de quimioterapia. Se observó un efecto mediador de la resiliencia en la relación entre CV y depresión. También, se halló una correlación positiva significativa entre resiliencia y CV, siendo más fuerte en los pacientes con cáncer de pulmón en comparación con los de cáncer gástrico o rectal. En la línea de los estudios cuyos resultados evidenciaron la relación entre resiliencia y CV, encontramos la revisión realizada por Quiceno y Vinaccia (2011). Estos autores hallaron que la resiliencia era una variable predictora de CV. Particularmente, esta variable correlacionó negativamente con la fatiga de manera que, los pacientes más resilientes mostraron menos fatiga durante el tratamiento. Además, en algunos estudios, los enfermos manifestaron un mayor sentido de coherencia y bienestar (aunque no todos los estudios muestran grandes diferencias psicológicas con respecto a los menos resilientes). Asimismo, la revisión llevada a cabo por Fernandes de Araújo y Bermúdez (2015) evidenció que, tanto la resiliencia como el afrontamiento, mantuvieron una relación positiva con la calidad de vida en pacientes oncológicos.

Otros trabajos se han centrado en explorar la relación entre la resiliencia y otras variables como el ajuste psicosocial. Es el caso del trabajo realizado por Gouzman et al. (2015) que examinaron la contribución de la resiliencia, el afecto y el crecimiento postraumático (CPT) al ajuste psicosocial y a los cambios en el comportamiento relacionado con la salud, en pacientes con cáncer digestivo. Los resultados mostraron una correlación positiva entre la resiliencia y el afecto positivo. Ambas variables correlacionaron positivamente con CPT, ajuste psicosocial y cambios en las conductas de salud (prácticas nutricionales y ejercicio físico), y negativamente con afecto negativo. El crecimiento postraumático correlacionó positivamente con los cambios en la nutrición. El afecto negativo correlacionó negativamente con el ajuste psicosocial. Además, se halló un efecto de mediación del afecto (positivo y negativo) y del CPT, en algunos de los efectos de la resiliencia en el ajuste psicosocial y/o en los cambios en las conductas de salud. Estos hallazgos mostraron la relevancia de la resiliencia, el CPT y las reacciones afectivas en el ajuste psicosocial de los pacientes que padecen cáncer digestivo.

Otro trabajo a destacar es la revisión de la literatura realizada por Molina et al. (2014) acerca de la resiliencia en todas las fases del proceso de la enfermedad, desde el pre-diagnóstico hasta el final de la vida. Los trabajos que se centraron en el momento de **cribado o pre-diagnóstico** propio de personas con antecedentes familiares de neoplasia, mostraron la relevancia de la fuerza interior para experimentar niveles de angustia reducidos, mejores estrategias de afrontamiento y mejor calidad de vida. Además, se asoció la espiritualidad basal, el optimismo y el apoyo social con la resiliencia y con un mayor autocuidado. En cuanto al momento del **diagnóstico**, los estudios señalaron a la importancia de las características basales y los mecanismos de resiliencia con respecto al funcionamiento psicosocial de los pacientes. Según muestran los datos, el afrontamiento fue un elemento esencial en los resultados de la resiliencia, de modo que si éste era positivo, contribuía al crecimiento, a una mayor calidad de vida, mejor ajuste y autocuidado, en las fases de tratamiento y post-tratamiento. Además, el optimismo y la satisfacción con la atención médica recibida correlacionaron negativamente con la angustia. En cuanto a la fase de **supervivencia**, los estudios mostraron que además de las características basales ya mencionadas, fue importante la cantidad y la calidad del apoyo social, la evolución de la espiritualidad y la oración para lograr mayor crecimiento. El estado civil (casado/en pareja) se relacionó con un mejor

funcionamiento psicológico, y la edad se asoció negativamente con el crecimiento y positivamente con la calidad de vida. Por último, los estudios acerca de la etapa **final de la vida**, mostraron una relación entre características de resiliencia basales como el procesamiento cognitivo, la espiritualidad y la esperanza, y el hecho de experimentar una mayor fuerza interior, mejor funcionamiento psicológico, mejor calidad de vida y apoyo social. Según los autores, estas características basales permitirían al paciente crecer a lo largo del proceso de su enfermedad. De este modo al final de su vida, sería capaz de dar prioridad a objetivos realistas, como vivir lo mejor posible el tiempo que restante de vida, en vez de buscar una curación imposible. Los resultados de esta revisión mostraron que las necesidades de cada etapa son únicas y tienen características y objetivos diferenciales. Además, evidenciaron que los elementos relacionados con la resiliencia son la calidad de vida y el crecimiento postraumático, en todas las etapas excepto en el momento pre-diagnóstico. Asimismo, los diferentes estudios mostraron que las variables de la resiliencia abarcan características de personalidad, mecanismos de ajuste y resultados a nivel psicosocial.

Cabe mencionar la revisión llevada a cabo por Deshields, Heiland, Kracen y Dua (2016) cuyo propósito fue formular un modelo de resiliencia específico para pacientes oncológicos adultos. Para ello, revisaron las diferentes conceptualizaciones existentes acerca de la resiliencia y los trabajos llevados a cabo sobre esta variable, en el ámbito de la oncología. Los autores partieron de una definición de resiliencia como un proceso dinámico y una serie de resultados. E incluyeron en su definición tanto la vuelta al funcionamiento previo al cáncer como un crecimiento más allá del funcionamiento basal. Además, partieron de una concepción del cáncer que incluye estresores crónicos y agudos. El modelo propuesto puede resumirse en seis pasos: 1) En la línea base los atributos (personales y ambientales) que influyen en la respuesta ante el cáncer. 2) Los acontecimientos relacionados con el cáncer. 3) La reacción personal y respuesta de afrontamiento que se situaría en el 4) Continuo resiliencia-angustia emocional. 5) Un acontecimiento transformador (experiencia de vida, intervenciones) puede afectar a la respuesta de afrontamiento del enfermo, generando una respuesta más adaptativa, que provocaría 6) Una recalibración o proceso de adaptación que se daría ante cada evento relacionado con el cáncer (tratamiento, seguimiento, progresión de la enfermedad, entre otros). Los autores, con este modelo, propusieron una conceptualización de la resiliencia



no como algo estático, sino como una práctica que se da mediante un proceso de adaptación continuo o recalibración.

Por último, cabe citar algunos estudios realizados con pacientes con cáncer de mama y cáncer ginecológico. Concretamente, el estudio llevado a cabo por Manne et al. (2015) evidenció la relación positiva entre la resiliencia y la calidad de vida, mediada por tres estrategias de afrontamiento, a saber, la expresión emocional, la reevaluación positiva, y cultivar un sentido de paz y significado en la vida. Asimismo, Markovitz, Schrooten, Arntz y Peters (2015) encontraron que la resiliencia es un factor protector ante la angustia emocional, cuando sus niveles son elevados, ya que las mujeres que puntuaron alto en esta variable presentaron niveles más bajos de ansiedad y depresión y más elevados de felicidad actual. Además, hallaron que la resiliencia parece ser un rasgo estable que no varía ante la adversidad. Y Guil et al. (2016) encontraron correlaciones positivas tanto de la resiliencia total como de cuatro de sus dimensiones (ecuanimidad, perseverancia, confianza y sentirse bien solo) con alguna de las dimensiones de bienestar psicológico (autoaceptación, relaciones positivas y propósito en la vida, autonomía).

Tras la revisión de la literatura sobre la resiliencia en pacientes oncológicos, cabe destacar que, a pesar de la falta de consenso en la conceptualización de dicha variable, en su mayoría, los estudios manifiestan que la resiliencia abarca características de personalidad, mecanismos de ajuste y resultados a nivel psicosocial. Esto ha quedado plasmado en la revisión realizada por Molina et al. (2014), y en el modelo propuesto por Deshields et al. (2016). Además, se puede concluir que la resiliencia se relaciona con variables como la calidad de vida, el afrontamiento, el bienestar psicológico, el crecimiento postraumático, la fe, la espiritualidad y el sentido de la vida. Por ello, sería conveniente mejorar la resiliencia de los pacientes oncológicos con el fin de favorecer la superación de los estados emocionales negativos, y así aumentar la calidad de vida de éstos.

### **1.3.3. Afrontamiento en cáncer de cabeza y cuello**

Los Modelos teóricos acerca del afrontamiento avanzaron de forma notable a finales de los años setenta. Se pasó de una concepción psicoanalítica de éste como

mecanismo estático, a una aproximación del afrontamiento como un proceso dinámico, en el que las estrategias para hacer frente a situaciones estresantes, se adaptaban al contexto situacional y variaban a lo largo del tiempo (Lazarus, 1993).

La concepción del afrontamiento más extendida se basa en el modelo teórico de Lazarus y Folkman. Estos autores definieron el afrontamiento como “esfuerzos cognitivos y de comportamiento constantemente cambiantes para manejar demandas específicas externas y/o internas que se consideran que exceden los recursos de la persona" (Lazarus y Folkman, 1986, p. 164). Esto quiere decir que el afrontamiento es un modo de hacer frente a las situaciones que las personas perciben como desbordantes de sus recursos personales, valorándolas como dañinas, amenazantes o desafiantes.

Según la revisión de la literatura realizada por Richardson, Broadbent y Morton (2013), diversos autores han estudiado las dimensiones de afrontamiento y la mayoría han propuesto dos dimensiones: centrado en el problema/centrado en la emoción; activo/pasivo; compromiso/desconexión; y cognitivo/conductual. Otros autores han identificado factores independientes como el consumo de sustancias, la religión, el humor y la desvinculación conductual.

Respecto a la conceptualización del afrontamiento en relación con el cáncer, Watson y Greer (1998, citado en Soriano, 2002) definieron el afrontamiento de la enfermedad oncológica como aquellas respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes ante el cáncer, incluyendo la valoración (significado de la enfermedad oncológica para el sujeto) y las reacciones subsiguientes (lo que el individuo piensa y hace para reducir la amenaza que supone esta enfermedad).

El estudio del afrontamiento en la enfermedad oncológica es muy extenso, especialmente en pacientes con cáncer de mama. En el caso del cáncer de cabeza y cuello, existen estudios cuya la proliferación no es muy elevada, aunque ha ido aumentando en los últimos años. Junto con la calidad de vida y la sintomatología, el afrontamiento es la variable más estudiada en los pacientes con este tipo de neoplasias. Consideramos que esto es así debido a que, además de ser una enfermedad crónica y grave que atenta contra la continuidad de la vida de los pacientes (al igual que la mayoría de tipos de cáncer), este tipo de neoplasias compromete funciones tan

importantes como el habla y la deglución, y además conlleva la desfiguración facial en muchos casos. Estas alteraciones suponen limitaciones relevantes en los diferentes ámbitos de la vida de estos pacientes, favoreciendo la aparición de sintomatología psicológica y mermando su calidad de vida.

Seguidamente se presentan los resultados más relevantes de la literatura de los últimos años, centrándonos principalmente en aquellos estudios que han utilizado como instrumentos para evaluar el afrontamiento, bien la Escala COPE (*Coping Orientations to Problems Experienced Scale*), bien el cuestionario Mini-MAC (*Mental Adjustment to Cancer*).

Vidhubala, Ravikannan, Mani y Karthikesh (2006) abordaron el estudio de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema y en la emoción, y exploraron también su relación con la supervivencia. Los resultados mostraron diferencias en el uso de las estrategias de afrontamiento en función de la localización del tumor. Los pacientes con cáncer de laringe utilizaban con más frecuencia las orientadas al problema y en menor medida las centradas en la emoción, al compararlos con aquellos con CCC en otras regiones anatómicas. También, los enfermos con neoplasia en las glándulas parótidas empleaban estrategias centradas en el problema en mayor medida que los que padecían cáncer de encía. Es decir, que los pacientes de acuerdo con los déficits que tuvieran que afrontar, empleaban unas estrategias u otras. Cabe mencionar las diferencias halladas según el nivel educativo y el sexo. Particularmente, un mayor nivel educativo correlacionó positivamente con el afrontamiento orientado al problema, favoreciendo una mayor calidad de vida, y los hombres emplearon con más frecuencias las estrategias centradas en el problema. Asimismo, Llewellyn, McGurk y Weinman (2007) estudiaron el afrontamiento de los pacientes con CCC y el papel que poseen las creencias de éstos a la hora de elegir unas estrategias u otras. Para evaluar los estilos de afrontamiento utilizaron la Escala COPE (*Coping Orientations to Problems Experienced Scale*). Los resultados mostraron el uso de estrategias asociadas con el consumo de sustancias, y con el escape de las creencias relativas a las consecuencias negativas del cáncer y a las representaciones emocionales pre-tratamiento, por parte de estos pacientes. Esto indica que, los pacientes con CCC de este estudio, utilizaron estrategias dirigidas a aliviar la angustia generada por la enfermedad. Otro estudio sobre la elección de estrategias de afrontamiento psicológico es el realizado por A.K.H.

Aarstad, Lode, Larsen, Bru y H.J. Aarstad (2011). Estos autores contaron con tres grupos de pacientes: laringectomizados, pacientes con carcinoma de células escamosas en la cabeza y el cuello, y enfermos de esclerosis múltiple. Los análisis revelaron diferencias significativas, en cuanto al afrontamiento en los tres grupos de pacientes, en las siguientes variables: afrontamiento activo, apoyo social por razones instrumentales, y por razones emocionales, aceptación y desconexión conductual. Concretamente, los enfermos con CCC utilizaron más el afrontamiento activo y la aceptación, en comparación con los otros dos grupos. Además, el afrontamiento centrado en la emoción fue más empleado por los pacientes con CCC, al igual que la reevaluación positiva y la religión. Los pacientes laringectomizados puntuaron más alto que los otros dos grupos en consumo de alcohol como modo de afrontamiento. También se observó en los tres grupos estudiados, que las puntuaciones elevadas en el afrontamiento evitativo basado en la desconexión mental y conductual y el consumo de alcohol, se asoció con peor estado de ánimo. Además, se observó que la aceptación y la reinterpretación positiva correlacionaban con mejor estado de ánimo. Kohda et al. (2005) al evaluar los tipos de afrontamiento en un grupo de pacientes tras el tratamiento radioterapéutico y en otro de control, encontraron que el empleo de las estrategias centradas en la tarea era similar en ambos grupos, mientras que el afrontamiento centrado en la emoción y el afrontamiento de evitación del problema fueron más frecuentes en el grupo con CCC. Esto refleja una mayor utilización de estrategias evitativas y emocionales por parte de estos pacientes al compararlos con un grupo control. Asimismo, hallaron que los estilos de afrontamiento emocional utilizados por éstos se asociaron con calidad de vida. En la misma línea, Jagannathan y Juvva (2016) exploraron las estrategias utilizadas por los pacientes tras el diagnóstico de CCC. Los pacientes refirieron una variedad de emociones ante las cuales adoptaron cuatro modos de afrontarlas: inculcarse una actitud positiva acerca de su recuperación, mediante la fe en el médico, en el tratamiento o en Dios, a través del desahogo emocional con sus familiares y amigos, o mediante actividades distractoras. También, Elani y Allison (2010) investigaron el afrontamiento de los pacientes tras el diagnóstico (seis y doce meses posteriores). Los análisis informaron que las estrategias centradas en el problema fueron las más usadas, y en segundo lugar, la búsqueda de apoyo social. La menos utilizada fue la autoculpabilización. En cuanto a la relación entre el afrontamiento y la sintomatología depresiva y ansiosa, se halló que los pacientes que afrontaban el cáncer utilizando en mayor medida la autoculpabilización, ilusión y evitación, manifestaban

niveles mayores de depresión y ansiedad. Estos resultados coinciden en parte con los de otros autores.

Otro estudio a destacar es el de Eadie y Bowker (2012) cuyos resultados mostraron que, tras una laringectomía total, el afrontamiento utilizado con más frecuencia fue el distanciamiento mientras que el escape-evitación tanto a nivel cognitivo como conductual se utilizaron en menor medida. Asimismo, estudiaron cómo los estilos de afrontamiento y los factores tradicionales (edad, sexo, tiempo post-laringectomía, estadio de la enfermedad, radiación, entre otros) son predictores de la calidad de vida. Estos autores encontraron que la variable que predijo CV en mayor medida fue el patrón de afrontamiento (23-32% de la varianza total), frente a las variables tradicionales (25-30% de las puntuaciones de calidad de vida de síntomas específicos, pero no la calidad de vida en general), y la combinación de ambas representó el 26-46% de la varianza.

En la línea de los trabajos sobre la relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida, se encuentra el estudio de Richardson, Morton y Broadbent (2016) que investigaron si las estrategias de afrontamiento utilizadas en el momento del diagnóstico, predecían el estrés postraumático y la calidad de vida, seis meses más tarde. Los análisis mostraron que la negación, el sentimiento de culpa y la desconexión conductual predecían síntomas de estrés postraumático. Además, la negación correlacionó positivamente con consumo de sustancias y con sentimiento de culpa, y el consumo de sustancias correlacionó con la ventilación. También se halló que el sentimiento de culpa predijo una baja CVRS. Dunne et al. (2016), en su revisión de la literatura (2004 y 2015), encontraron una correlación negativa entre un buen número de estrategias de afrontamiento y calidad de vida. Más específicamente, hallaron que las estrategias de afrontamiento activo (humor, apoyo social, centrarse en lo positivo y aceptación) y las estrategias evitativas (supresión de actividades, consumo de alcohol, escape-evitación cognitivo, baja confrontación y afrontamiento depresivo) se asociaron con una calidad de vida más pobres entre los supervivientes de CCC. También, A.K. Aarstad et al. (2008) encontraron que el humor y las estrategias centradas en la resolución directa del problema, eran predictores de baja calidad de vida. Además, hallaron que sólo el 10% de la varianza de la calidad de vida se relacionaba con el afrontamiento en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Sin embargo, la combinación

del afrontamiento y los rasgos de la personalidad explicaron el 30% de la varianza en la calidad de vida. A partir de estos resultados, consideramos que sería preciso investigar con mayor profundidad acerca de la contribución de cada una de estas variables separadamente.

Algunos autores se centraron en examinar el uso diferencial de las estrategias de afrontamiento según la fase de la enfermedad oncológica. Concretamente, Vidhubala et al. (2006), observaron que aquellos pacientes en fase de post-tratamiento (quimioterapia o radioterapia) tendieron al uso de estrategias orientadas al problema, en comparación con los recién diagnosticados o los que se hallaban en fase terminal. Esto puede deberse a las características propias de cada fase, ya que en el momento del diagnóstico el impacto emocional es muy fuerte y en la fase terminal la afectación fisiológica es grave. Otro trabajo es el de Hernández-Mederos, Pérez-Guirado, Guerra-Morales, Treto-González y Grau-Ábalo (2012), quienes encontraron que en el caso del grupo 1 (recién diagnosticados), las estrategias más frecuentemente empleadas fueron la negación optimista (esfuerzos en negar o minimizar la situación y sus consecuencias) y el estilo de afecto-distracción (esfuerzos por separarse de la situación buscando la satisfacción de otras necesidades). Con respecto al grupo 2 (fase de control de la enfermedad), predominó el estilo de afrontamiento orientado a la obtención de información relevante. El hallazgo del estilo afecto-distracción, que caracterizaría a los recién diagnosticados, sería similar al del estudio mencionado anteriormente, llevado a cabo por Eadie y Bowker (2012) en el que predominó el distanciamiento.

Otras investigaciones se han centrado en el estudio de la relación entre los estilos de afrontamiento y la personalidad de los pacientes con CCC. En esta línea, cabe mencionar el trabajo de M. Rana, Gellrich, Czencs, Kanatas y M. Rana (2014), quienes encontraron que los pacientes se caracterizaron por el uso de estilos de afrontamiento activos y orientados al problema, mientras que el afrontamiento depresivo, la espiritualidad y la minimización su utilizaron con menor frecuencia.

Cabe destacar la relación entre estrategias de afrontamiento y edad encontrada por Howren et al. (2013). En su revisión de la literatura, hallaron que los pacientes jóvenes tenían mayor tendencia a utilizar estrategias de afrontamiento activas en comparación con los de mayor edad, que empleaban más las evitativas. Además,

encontraron algunos estudios que investigaron acerca del crecimiento postraumático y la búsqueda de beneficio (*benefit finding*) tras el diagnóstico del cáncer. Los hallazgos mostraron una asociación entre el optimismo, la reevaluación positiva y la búsqueda de beneficio. Esta relación entre optimismo y búsqueda de beneficio fue hallada por Llewellyn et al. (2013), que además, observaron la capacidad predictiva del apoyo emocional y las estrategias activas de afrontamiento con respecto al hallazgo de beneficios derivados del cáncer.

Por lo que se refiere a aquellos estudios que han utilizado el Mini-MAC o escalas muy similares, los estudios revisados evidencian la relación positiva entre la estrategia de preocupación ansiosa con la sintomatología ansiosa y depresiva (García-Conde, 2014; Johansson et al., 2011; Rodríguez-Quintana et al., 2012) y la somatización (García-Conde, 2014). En el caso de la estrategia indefensión/desesperanza, los estudios muestran su asociación con la ansiedad (Johansson et al., 2011; Richardson et al., 2013; Rodríguez-Quintana et al., 2012) y la depresión (Johansson et al., 2011; Richardson et al., 2013; Rodríguez et al., 2007). El fatalismo como modo de afrontamiento, se ha relacionado con depresión (Richardson et al., 2013; Rodríguez et al., 2007) y con ansiedad (Richardson et al., 2013). Y la evitación, se ha asociado con la ansiedad (García-Conde, 2014) y la depresión (García-Conde, 2014; Rodríguez et al., 2007).

Por último, cabe mencionar el estudio de Johansson et al. (2011) en el que se exploró la utilización de las estrategias de afrontamiento un mes después de acabar el tratamiento y tras doce meses, en pacientes con cáncer de laringe. En primer lugar, encontraron que la respuesta más utilizada fue el espíritu de lucha, en ambos puntos temporales, y la menos empleada fue el desamparo/desesperanza. A lo largo del estudio, las puntuaciones disminuyeron de forma significativa para las variables preocupación ansiosa y fatalismo, aunque en general, las respuestas fueron bastante estables a lo largo del tiempo. En segundo lugar, hallaron que la localización del tumor y el estadio del cáncer no mostraron relación con la respuesta de ajuste mental a la enfermedad oncológica. Por último, con respecto a la relación entre el ajuste y la supervivencia, los resultados indicaron que la utilización de la respuesta desamparo/desesperanza se asociaba con peor supervivencia. En contraste con estos resultados se encuentra el de Richardson et al. (2013) que, en su revisión de la literatura, hallaron varios estudios que

evidenciaban un uso frecuente de las respuestas de desamparo/desesperanza y fatalismo por parte de los pacientes con CCC.

En conclusión, y de acuerdo con Dunne et al. (2016), consideramos que hay gran heterogeneidad en el diseño de los estudios, en las medidas y en los análisis utilizados, por ello los resultados son contradictorios. Por un lado, algunos evidencian una frecuencia mayor en el uso de estrategias evitativas y negativas, por parte de los pacientes con CCC (como el consumo de alcohol y la desconexión conductual) (*e.g.* Eadie y Bowker, 2012; Hernández-Mederos, 2012; Kohda et al., 2005; Llewellyn, McGurk y Weinman, 2007). Por otro lado, hay autores que han encontrado una utilización más frecuente de estrategias activas y/o centradas en la emoción (*e.g.* Aarstad et al., 2011; Elani y Allison, 2010; Jagannathan y Juvva, 2016; Johansson et al., 2011; M. Rana et al., 2014; Vidhubala et al., 2006). En cuanto al ajuste mental, Richardson et al. (2013) obtuvieron puntuaciones más elevadas en fatalismo y desamparo/desesperanza, mientras que Johansson et al. (2011), hallaron puntuaciones más elevadas en espíritu de lucha, y la menor puntuación fue la de desamparo/desesperanza. Por último, cabe hacer notar la consistencia en los resultados con respecto a la relación entre la sintomatología ansiosa y depresiva, y las estrategias de preocupación ansiosa y desamparo/desesperanza, fatalismo y evitación (García-Conde, 2014; Johansson et al., 2011; Richardson et al., 2013; Rodríguez-Quintana et al., 2012).

A pesar de los resultados contradictorios, son más numerosos los estudios que hacen referencia al uso de estrategias evitativas y negativas por parte de los pacientes con CCC.

#### **1.3.4. Sintomatología psicológica en cáncer de cabeza y cuello**

Como se ha mencionado anteriormente, el diagnóstico de una enfermedad como el cáncer supone, en muchos casos, una amenaza para la vida del paciente. Éste se enfrenta a una nueva situación que requiere poner en marcha todos sus recursos personales, con el fin de adaptarse a los cambios derivados de la propia enfermedad y de los tratamientos. Además, la enfermedad oncológica comporta numerosas pérdidas funcionales y alteraciones físicas, que inciden en todos los ámbitos de su vida (personal,



social, laboral). A estas pérdidas se añade el posible malestar psicológico del paciente anterior al diagnóstico, el deterioro físico y de las relaciones familiares y sociales, causado por el consumo de alcohol en el caso de muchos pacientes. Por ello, es frecuente que los pacientes con CCC, en algún momento, presenten alteraciones del estado de ánimo (ansiedad, depresión o ambas) y otros trastornos psicológicos.

A lo largo de este apartado se van a presentar estudios que abordan la presencia de sintomatología psicológica en los pacientes con CCC, ya que es una variable que puede interferir con el tratamiento y la rehabilitación de éstos, y que disminuye su calidad de vida (Penner, 2009).

Según las revisiones realizadas por diferentes autores (García-Conde, 2014; Penner, 2009; Richardson et al., 2013), cabe destacar que la ansiedad y la depresión en los pacientes con CCC son más elevadas que en los enfermos de otro tipo de cáncer. Incluso tras un tratamiento exitoso, muchos presentan miedo, inquietudes y angustia sobre la recurrencia de la enfermedad. Es de gran importancia la elección de estrategias de afrontamiento adecuadas, ya que un afrontamiento desadaptativo de la enfermedad puede contribuir al desarrollo de síntomas e incluso trastornos psicopatológicos. Un estudio llevado a cabo por Karnell, Funk, Christensen, Rosenthal y Magnuson (2006) examinó los factores relacionados con la sintomatología depresiva en pacientes con CCC. El estudio abarcó cuatro momentos temporales en la fase de seguimiento (a los 3, 6, 9 y 12 meses). Los autores observaron que las puntuaciones en depresión (BDI) se incrementaban a lo largo del intervalo temporal considerado. Concretamente, en los pacientes con depresión leve, en la primera evaluación (a los 3 meses) el incremento fue del 33.6%, y en la cuarta (a los 12 meses), el 44.2%. Con respecto a los pacientes con depresión moderada/grave, el aumento fue del 9.2%, en la primera evaluación, y del 18.6% en la cuarta. Los autores identificaron cinco factores que predecían depresión en la fase de post-tratamiento, a saber, consumo de alcohol y el menor nivel de funcionamiento en las áreas de alimentación, comunicación, relaciones sociales y estética. Estos resultados son similares a los de otros estudios revisados por estos autores. Asimismo, Chiou et al. (2013) llevaron a cabo un estudio transversal con el fin de examinar la depresión y la CVRS, a los 12 meses de finalizar el tratamiento. Se observó una tasa de depresión del 23%, resultado que coincide con el de otros estudios, en los que ésta fue de entre el 15% y el 22%. La depresión mantuvo correlaciones

significativas con todos los síntomas (salvo el estreñimiento), las escalas funcionales, y el estado de salud global/calidad de vida. De este modo, los pacientes que padecían depresión, presentaban un peor estado de salud general, baja calidad de vida, un mal funcionamiento cognitivo, emocional y social, y peores síntomas de fatiga, náuseas/vómitos, disnea, dolor, insomnio, pérdida de apetito y diarrea. El mismo resultado fue hallado por Richardson et al. (2013), que además del pobre funcionamiento de los pacientes con depresión, observaron un agravamiento de los síntomas asociados a la cabeza y el cuello. También, encontraron que la sintomatología ansiosa y depresiva interfería en la adherencia al tratamiento, afectando al resultado de éste. Estos autores, en su revisión de la literatura, hallaron tasas de depresión del 25%-52% durante el tratamiento, del 11%-45% a los seis meses de seguimiento, y del 9%-27% en años posteriores al diagnóstico. Asimismo destacaron que, a pesar de la elevada prevalencia de la depresión, ésta no solía ser detectada por los médicos, ni tampoco referida por los pacientes con CCC. Como factores asociados a este tipo de sintomatología, encontraron el estadio avanzado de la enfermedad, un mayor tamaño del tumor, los efectos secundarios de los tratamientos, y tener menos trabajo fuera del hogar (además de los mencionados anteriormente en el estudio de Karnell et al., 2006).

Otro trabajo en el que se consideraron varios momentos temporales a la hora de explorar la morbilidad psiquiátrica es el de Wu et al. (2016). Particularmente, tuvieron en cuenta la fase de pre-tratamiento, y a los 3 y 6 meses de seguimiento. Además, compararon la calidad de vida entre aquellos pacientes con y sin depresión. La prevalencia hallada de trastornos psiquiátricos fue la siguiente: el 27.3% de trastornos de ansiedad, el 18.9% de trastornos por consumo de alcohol, el 8.5% de trastornos depresivos y el 2.8% de insomnio. Con respecto a los trastornos de ansiedad, los índices en la fase de pre-tratamiento fueron elevados (27.3%). Tras la adaptación a la enfermedad oncológica, la tasa de ansiedad disminuyó a los 3 y 6 meses de seguimiento (6.4% y 3.3% respectivamente). Con respecto a la depresión, la tendencia fue más bien creciente, de modo que en el pre-tratamiento la tasa fue de 8.5%, a los 3 meses de 24.5% y a los 6 meses de 14%. Es decir, hubo una tendencia al aumento de la depresión, tras ésta la tasa disminuyó pero fue algo superior al nivel inicial. La depresión fue predicha a los 3 meses por la saliva pegajosa y los problemas de contacto social, y a los 6 meses por los problemas sociales relacionados con la alimentación. Con respecto a la calidad de vida, los pacientes experimentaron un empeoramiento a los 3 meses, pero

volvieron a los niveles de pre-tratamiento a los 6 meses de seguimiento. En suma, los pacientes con CCC experimentaron diferentes cambios en ansiedad y depresión en los primeros 6 meses de seguimiento. En general, la morbilidad psiquiátrica disminuyó a lo largo de los seis meses de evaluación.

En la línea de los trabajos que estudian la prevalencia de los trastornos depresivos en pacientes con CCC, encontramos el de Archer, Hutchison y Korszun (2008). Además, estudiaron el impacto de los síntomas depresivos en la mortalidad de los pacientes. Los autores encontraron que los trabajos, generalmente, se centraban en el estudio de los síntomas más que de los trastornos depresivos, siendo escasa la literatura sobre estos últimos. Los estudios revisados mostraron que los síntomas fueron frecuentes, probablemente debido a la elevada mortalidad asociada a este tipo de neoplasias, y a las pérdidas funcionales y desfiguración que le son propias. En general, las tasas de depresión se relacionaron con elevadas tasas de angustia. Los estudios informaron de entre un 6% y 15% de síntomas depresivos. Con respecto a los trastornos depresivos, parece que las tasas son menores que las de los síntomas. Además, algunos trabajos pusieron de manifiesto la asociación entre los síntomas depresivos y la mortalidad, en la enfermedad oncológica (9 de los 15 estudios revisados). Y de los cuatro estudios sobre trastorno depresivo y mortalidad, 2 de 4 mostraron un impacto significativo. Aunque las tasas de trastorno depresivo no parecen superar la de la población general, la evidencia sugiere que las consecuencias de sufrir depresión en los pacientes con cáncer, pueden ser muy graves debido al incremento de la morbilidad (mayor consumo de sustancias, menor adherencia a los tratamientos de deshabituación tabáquica y antineoplásicos) y, posiblemente de la mortalidad. En la misma línea, Chen et al. (2013) realizaron un estudio transversal de la depresión entre supervivientes de CCC tratados con radioterapia y examinaron posibles factores de riesgo. La evaluación se llevó a cabo en tres momentos temporales (1, 3 y 5 años tras el tratamiento). La proporción de pacientes con depresión leve o severa fue del 17%, 15% y 13% al año, a los 3 y a los 5 años, respectivamente, es decir, que no se observaron diferencias significativas en la prevalencia de la depresión, a lo largo del continuo temporal considerado. Los pacientes refirieron que su estado de ánimo era una de las tres variables que contribuían a la calidad de vida. Se encontraron tres variables asociadas a la depresión, como son: la traqueotomía, el consumo de tabaco y la gastrostomía. Ninguno de los pacientes refirió ideación autolítica ni hospitalización debido a la

sintomatología psicológica. De estos resultados, llama la atención la elevada prevalencia de sintomatología depresiva a pesar de haber finalizado el tratamiento (a largo plazo) y de tener la enfermedad controlada. Ninguno de los pacientes tenía diagnóstico de salud mental anterior al cáncer, es decir, que la causa primaria de la sintomatología fue el diagnóstico de cáncer y/o los tratamientos recibidos. Cabe destacar que, el uso de antidepresivos en estos pacientes fue del 6%, 11% y 0%, al año, a los 3 y a los 5 años, respectivamente. Y la búsqueda de apoyo psicológico fue del 3%, 6% y 0%, en el mismo intervalo. Estos datos indican que los servicios de salud mental son poco utilizados por los pacientes con CCC, a pesar de la elevada prevalencia de la depresión.

Neilson et al. (2013) evaluaron los síntomas de depresión y ansiedad en pacientes con CCC, tras el tratamiento radioterapéutico (RT), hasta los 18 meses después. La prevalencia de casos probables de depresión fue del 15% al finalizar la RT, del 29% 3 semanas después de la RT, y del 8% a los 18 meses de la RT. Es decir, que la tasa de depresión, aumentó en un primer momento (a las 3 semanas de la RT) y disminuyó significativamente a los 18 meses de seguimiento. La gravedad de los síntomas físicos producidos por la enfermedad y el tratamiento predijo las variaciones en las puntuaciones en depresión. En cuanto a la ansiedad, la tasa fue del 20% al inicio, 17% 3 semanas después de la RT y 22% a los 18 meses de finalizar la RT. Esto indica que la ansiedad era mayor a los 18 meses que en el momento inmediatamente posterior al final del tratamiento, aunque la variabilidad fue menor que para la depresión. Los dos factores que predijeron los cambios en la ansiedad fueron, la edad más temprana y una mayor presencia de síntomas clínicos asociados al tumor o al tratamiento. En resumen, mientras que la tasa de depresión aumenta en un primer momento tras el tratamiento para después disminuir significativamente a los 18 meses de seguimiento, los niveles de ansiedad son similares tras la RT y a los 18 meses. Esto indica la necesidad de prestar atención a la sintomatología ansiosa en los pacientes con CCC que han recibido tratamiento radioterapéutico. Estos resultados coinciden con los hallazgos de otros autores revisados por Neilson et al. (*e.g.* Chen et al., 2009; Kelly et al., 2009). Otro estudio acerca de los síntomas psicológicos en pacientes tratados con RT es el de Kelly, Paleri, Downs y Shah (2006). Estos autores hallaron que el 24.2% de los pacientes, antes del tratamiento presentaban sintomatología depresiva. Se observó que conforme pasaba el tiempo, la calidad de vida disminuía y la depresión se incrementaba. Con respecto a la ansiedad no se halló ningún cambio a lo largo del tratamiento. Estos

autores refirieron que este aumento de la depresión, probablemente se debía al incremento de la toxicidad debida al tratamiento radioterapéutico, que al mismo tiempo disminuyó la calidad de vida.

Veer, Kia y Papesch (2010) examinaron la prevalencia de la angustia psicológica en una muestra de pacientes ambulatorios que padecían CCC. Los autores encontraron que el 39% de estos pacientes presentaban un posible trastorno de ansiedad, de los cuales el 10% eran casos graves, y el 27% tenían una posible depresión, de los cuales el 10% se clasificaron como graves. Los mismos autores, en su revisión de la literatura, encontraron elevadas tasas de depresión de leve a grave hasta del 58%, e incluso autores que referían que un tercio de los pacientes con CCC padecían algún tipo de morbilidad psiquiátrica, cosa que resulta llamativa.

Singer et al. (2012) exploraron las razones por las cuales los pacientes con CCC experimentan mayor angustia emocional que los que padecen otro tipo de neoplasias. La evaluación se llevó a cabo en cuatro momentos temporales. Los resultados mostraron que los pacientes con cualquier tumor presentaban mayor angustia emocional que la población general. Sin embargo, los que padecían CCC, tenían niveles de angustia crecientes hasta medio año después del diagnóstico, mientras que los demás pacientes oncológicos no. Los pacientes que padecían CCC recibieron menos apoyo social que otros pacientes oncológicos, siendo en parte, la causa de las diferencias en los niveles de ansiedad y depresión. Más concretamente, informaron de haber recibido menos apoyo emocional de familiares, amigos, grupo de autoayuda y psicólogo, durante su ingreso en el hospital y en la fase de seguimiento, que los pacientes con otro tipo de neoplasias. A su vez, recibieron más apoyo de los trabajadores sociales y nutricionistas, y el mismo apoyo por parte de los médicos y enfermeras, que los pacientes con otro tipo de cáncer. A pesar de que los pacientes expresaron tener menos apoyo, manifestaron menor deseo de recibir éste por parte de los psico-oncólogos. Este hecho tuvo consecuencias negativas para el funcionamiento psicológico, favoreciendo la vulnerabilidad a la angustia emocional. Los autores señalaron que, este menor deseo de recibir apoyo, podría deberse a la procedencia de una clase social menos favorecida, que podía asociarse a una carencia de apoyo social útil. Además, la dependencia alcohólica podría haber favorecido una retirada social por parte de los pacientes.

Beisland, K.H. Aarstad, Osthus y H.J. Aarstad (2012) estudiaron la estabilidad de la angustia y de la CVRS relacionadas con el neuroticismo y el afrontamiento, en pacientes con CCC, en fase de seguimiento (periodo de cuatro años). Observaron que los niveles de angustia y CVRS al inicio de la fase de seguimiento, predecían las puntuaciones en estas dos variables, a los cuatro años. Hallaron que los niveles de angustia se mantenían estables a lo largo de los cuatro años de seguimiento, mientras que la CVRS y los síntomas generales disminuyeron levemente. El neuroticismo y el afrontamiento evitativo predijeron mayores niveles de angustia y menor CVRS. Asimismo, las variables objeto del estudio fueron predichas por variables físicas como la historia de tabaquismo y el estadio T (tamaño del tumor). Asimismo, H.J. Aarstad, Osthus, Olofsson y K.H. Aarstad (2013) encontraron que los niveles de angustia predecían la supervivencia, en pacientes con CCC tratados con éxito. Además, variables como la edad, la historia de tabaquismo y de infarto de miocardio, también predijeron la supervivencia. Otras variables como el uso de medicación para el pulmón y el hecho de padecer enfermedades pulmonares (bronquitis crónica o asma) mostraron una fuerte tendencia a la predicción de la supervivencia. Los autores consideraron que el Cuestionario QHQ (*General Health Questionnaire*), utilizado en el estudio, podía ser un instrumento útil para detectar a aquellos pacientes con mayor riesgo de mortalidad y hacer un seguimiento de éstos más de cerca.

En el caso de los pacientes que se encuentran en la etapa final de su vida, aunque muchos experimentan emociones positivas (65%), existe un porcentaje (3%) que presenta con frecuencia ideación suicida debido a la angustia emocional (Miovic y Block, 2007). Estos mismos autores, en su revisión de la literatura, encontraron que el 50% de los enfermos de cáncer en fase terminal, padecen un trastorno psiquiátrico, siendo los más comunes los trastornos adaptativos (11%-35%) y la depresión mayor (5%-26%). Además de este tipo de sintomatología, también son frecuentes las alteraciones del sueño, que están asociadas a diversos factores. Con respecto a las alteraciones del sueño, Shuman et al. (2010) estudiaron los factores asociados a la calidad de éste en pacientes con CCC, un año después del diagnóstico. Los datos mostraron que las diferencias en la calidad del sueño, desde el diagnóstico hasta un año después, no variaron demasiado. Al comparar las puntuaciones de los pacientes con la media de la población general se encontraron diferencias en ambos puntos temporales. Los factores que predijeron peor calidad del sueño fueron: el dolor, la depresión, la

xerostomía, presentar una traqueotomía, la edad (ser más joven) y las comorbilidades. También se halló una tendencia a la significación en tres variables: consumo de tabaco y alcohol y sexo (mujer). Todos los factores enumerados pueden ser tratados adecuadamente con el fin de mejorar la calidad del sueño y de la vida de los pacientes.

Por último, cabe mencionar el miedo a la recurrencia, que consiste en un temor a que el cáncer reaparezca amenazando la propia supervivencia. Éste incide negativamente en el bienestar y la morbilidad psicológica, correlacionando positivamente con la ansiedad y la depresión. Además, la presencia de ansiedad en el diagnóstico, predice el miedo a la recurrencia.

Como conclusión, destacar que los estudios señalan la elevada frecuencia de sintomatología depresiva y ansiosa en los pacientes con CCC, siendo más prevalente que en otros tipos de cáncer. Además, esta sintomatología puede provocar alteraciones en el sueño, generando un mayor malestar físico y emocional. Los autores han determinado muchos factores asociados al padecimiento de este tipo de sintomatología, entre las que destacan los efectos secundarios de los tratamientos (desfiguración y pérdidas funcionales), consumo de tabaco y alcohol, reacción primera ante el diagnóstico, y miedo a la recurrencia, entre otros. Estos factores incrementan, en los pacientes con CCC, la vulnerabilidad de padecer sintomatología psicológica.

### **1.3.5. Trastornos de personalidad en cáncer de cabeza y cuello**

Previo a la exposición de los estudios acerca de los trastornos de personalidad, destacar que se han diferenciado dos enfoques a la hora de definir y establecer los criterios diagnósticos y la evaluación de los trastornos de personalidad. Estos dos enfoques son, por un lado, el categorial cuya clasificación de los trastornos se lleva a cabo por consenso, y por otro lado, el dimensional, siguiendo la óptica rasguista del estudio de la personalidad (mencionada anteriormente).

Los trastornos de personalidad se pueden definir del siguiente modo:

*“Los trastornos de personalidad (son) trastornos graves del carácter constitutivo y de las tendencias comportamentales del individuo, que*

*normalmente afectan a varios aspectos de la personalidad y que casi siempre se acompañan de alteraciones personales y sociales considerables. Los trastornos de personalidad tienden a presentarse en la infancia y adolescencia y a persistir durante la edad adulta... No son secundarios a otros trastornos mentales o lesiones cerebrales, a pesar de que pueden preceder a otros trastornos o coexistir con ellos... Representan desviaciones extremas, o al menos significativas, del modo como el individuo normal de una cultura determinada percibe, piensa, siente y, sobre todo, se relaciona con los demás. Estas formas de comportamiento tienden a ser estables y a abarcar aspectos múltiples de las funciones psicológicas y del comportamiento” (OMS, 1992; citado en De Miguel y Pelechano, 2000, p.27).*

De acuerdo con el modelo categorial, encontramos dos sistemas de clasificación, la CIE-10 (OMS, 1992) y el DSM-IV-TR (APA, 2000). A continuación, se presentan los nueve trastornos de la personalidad de la CIE-10, para posteriormente, ver su equivalencia con los del DSM-IV-TR.

De acuerdo con la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (1992), se diferencian nueve trastornos de la personalidad especificados: paranoide (F60.6), esquizoide (F60.1), disocial (F60.2), histriónico (F60.4), impulsivo (F60.30), límite (F60.31), anancástico (F60.5), dependiente (F60.7) y ansioso (F60.6). Además, los trastornos de la personalidad no especificados (F60.9 y F61.0).

Los nueve trastornos de la personalidad diferenciados por el DSM-IV-TR (APA, 2000) han sido agrupados en tres conglomerados o grupos, en función de los aspectos comunes entre los diversos trastornos. En primer lugar, el conglomerado A agrupa los trastornos paranoide (301.00), esquizoide (301.20), esquizotípico (301.22) (no equivalente). El conglomerado B agrupa los trastornos antisocial (301.7), narcisista (301.81) (no equivalente), histriónico (301.50), límite (301.83). El conglomerado C agrupa los trastornos obsesivo-compulsivo (301.4), dependiente (301.6), evitativo (301.82). Además, el trastorno de la personalidad no especificado (301.9).

Tras esta somera introducción acerca del concepto de trastorno de personalidad y la clasificación utilizada en el presente estudio, se procede a la exposición de los



trabajos encontrados. Cabe destacar que, tras revisar la literatura, no hemos encontrado estudios previos que aborden el estudio de los trastornos de personalidad en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Las investigaciones existentes se centran en el estudio de estos trastornos desde la perspectiva del consumo de sustancias (alcohol y tabaco), que están estrechamente vinculadas al desarrollo de este tipo de neoplasias. Asimismo, la literatura estudia dichos trastornos en relación con el consumo de drogas ilegales. Debido a que la prevalencia de consumo de tabaco y alcohol es elevada en los pacientes con CCC, consideramos que los resultados de los estudios existentes sobre la cuestión, pueden aportar información relevante acerca de los trastornos de la personalidad más frecuentes en éstos.

Echeburúa, Bravo de Medina y Aizpiri (2007) llevaron a cabo un estudio epidemiológico transversal con el fin de estudiar el perfil de los trastornos de la personalidad asociados con la dependencia alcohólica, y compararlo con otros trastornos del Eje I y con población normal. La prevalencia de los trastornos de personalidad fue mayor en los pacientes dependientes del alcohol (44.3%) seguido del grupo clínico (21.7%) y en último lugar, la muestra normativa (6.8%). Los trastornos más prevalentes en pacientes alcohólicos fueron: el obsesivo-compulsivo (12%), el antisocial (7%), el dependiente (7%), el narcisista (6.3%), el límite (5.1%) y el histriónico (5.1%). De estos resultados, se desprende que los trastornos incluidos en los conglomerados B y C parecen los más frecuentes en consumidores de alcohol. Asimismo, Echeburúa et al. (2008) llevaron a cabo un estudio sobre los tipos de alcohol-dependientes, estudiando los trastornos de la personalidad (entre otras variables), siguiendo la tipología de Cloninger. Los resultados evidenciaron la elevada prevalencia de estos trastornos tanto en los alcohol-dependientes de tipo I (tardío, de menor gravedad) (44.6%), como en los de tipo II (precoz, de mayor gravedad) (63.5%), siendo los segundos los que presentan una prevalencia más elevada. En el caso de los alcohol-dependientes de tipo I los trastornos más frecuentes son: el obsesivo, el no específico, el dependiente, el antisocial y el evitativo. Éstos se concentran principalmente en el clúster C (ansiosos y temerosos). En el caso de los alcohol-dependientes de tipo II, son más frecuentes el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo, el narcisista, el paranoide y el antisocial. Éstos se agrupan en el clúster B (dramáticos, emocionales y erráticos) y en el C (ansiosos y temerosos). Estos autores

encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, en los trastornos narcisista y paranoide, no hallándolas en el resto.

Perea-Baena, Oña-Compan, y Ortiz-Tallo (2009), estudiaron las diferencias en personalidad, en relación con el mantenimiento de la abstinencia y recaídas en el tratamiento del tabaquismo. Este estudio se llevó a cabo durante un programa de deshabitación tabáquica. Los sujetos que recayeron puntuaron más alto en personalidad evitativa, autodestructiva y pasivo-agresiva. En el caso de los sujetos con rasgos clínicos de personalidad dependiente, todos se mantuvieron abstinentes. Los autores encontraron una asociación entre algunos rasgos de personalidad (evitativa y autodestructiva) y la recaída, en el proceso de deshabitación tabáquica. Además, analizaron las diferencias entre ambos grupos, en los patrones de personalidad esquizotípico, límite y paranoide (que son los más graves), obteniendo una tasa de recaída más elevada en personalidad esquizotípica (30.8% vs 7.0%) y límite (23.1% vs. 3.5%). La revisión realizada por estos autores, corroboró los resultados hallados por éstos con respecto a los trastornos de personalidad esquizotípica y límite asociados a un consumo de tabaco más elevado, y en el caso del límite con mayor dificultad para mantenerse en el abandono del tabaco. Igualmente, la personalidad autodestructiva y personalidad evitativa se relacionaron con dicha dificultad para mantenerse abstinentes.

Asimismo, en una revisión de la literatura llevada a cabo por Fernández del Río y Becoña (2009) en relación con el tabaquismo y los trastornos de la personalidad, encontraron doce estudios que abordaban el tema. Con respecto a la prevalencia de estos trastornos en fumadores, la variabilidad entre estudios fue notable (del 9% al 45%, del 31.7%, y del 18.6%). A pesar de esta variabilidad, la mayoría de los estudios apuntan a una mayor frecuencia de los trastornos del grupo C en fumadores de cigarrillos, quizás como modo de afrontamiento del temor y la ansiedad que padecen. Estos hallazgos coinciden con los obtenidos para otras sustancias, como el alcohol. Posteriormente, Fernández del Río, López y Becoña (2010) encontraron una prevalencia de trastornos de la personalidad en los fumadores del 39.1% (al menos presentaban un trastorno). Además, se halló una relación entre el trastorno por dependencia y la recaída, a los seis meses. En cuanto al trastorno antisocial, se observó que tras seis meses de seguimiento, el 75% se mantenían abstinentes.

Zikos, Gill y Charney (2010), estudiaron la prevalencia de los trastornos de personalidad co-ocurrentes en pacientes alcohólicos en tratamiento ambulatorio, y el impacto de éstos en el tratamiento del alcoholismo. Los autores encontraron que el 59% de los pacientes presentaban un trastorno de personalidad, siendo los agrupados en el clúster B los más prevalentes (32 %). Cabe destacar que los pacientes con trastornos del grupo B, presentaban una problemática psicológica y social mayor con respecto a aquellos con otros trastornos de personalidad. Además, el nivel de impulsividad de éstos eran significativamente más elevado en el momento de la admisión al tratamiento ambulatorio. También, la probabilidad de abandono temprano y de recaída era mayor en estos pacientes. Este estudio muestra la elevada prevalencia de los trastornos de personalidad, co-ocurrentes con un trastorno por consumo de sustancias, especialmente los del grupo B. En la misma línea, Di Pierro, Preti, Vurro y Madeddu (2014) tras una revisión de la literatura, encontraron una frecuencia elevada de trastornos de personalidad del grupo B que co-ocurren entre los trastornos por consumo de sustancias, especialmente el trastorno de la personalidad antisocial y el límite. Asimismo, los resultados de su estudio manifestaron que los pacientes con patología dual, al compararlos con los que padecían trastornos psiquiátricos, presentaban diferencias significativas en la prevalencia de los trastornos de personalidad antisocial y no especificado (40.5% y 23.4%). En consonancia con estos resultados, encontramos el estudio realizado por Langås, Malt y Opjordsmoen (2012) en el que obtuvieron una prevalencia de trastornos de la personalidad del 46%, en los pacientes consumidores. En el grupo B se concentraron mayor número de pacientes (21%), en segundo lugar el Grupo C (18%) y por último, el grupo A (8%), sin diferencias estadísticamente significativas entre el B y el C. Cabe destacar que los trastornos más frecuentes fueron el antisocial (16%) y el límite (13%). Los trastornos paranoide, evitativo, obsesivo-compulsivo y el trastorno de personalidad no especificado estuvieron presentes en la misma proporción (8%). Además, se hallaron diferencias significativas entre sexos, en el trastorno antisocial (hombres 16%, mujeres 0%). Por último, destacar que los pacientes que padecían trastorno por consumo de sustancias con trastorno de personalidad, utilizaron más drogas ilegales, iniciaron antes su primer trastorno por consumo, presentaron más trastornos de ansiedad (sobre todo fobia social) y síntomas depresivos más severos. Todo ello indica que existe una notable diferencia en sintomatología y comorbilidad, entre pacientes con trastorno por consumo y trastorno de personalidad con respecto a los que sólo tienen trastorno por consumo. En

contraposición a estos resultados, encontramos el trabajo de Lien y Arnevik (2016). Estos autores, al investigar la gravedad de los problemas de personalidad en pacientes con trastorno por consumo de sustancias, hallaron un nivel similar de problemas de personalidad en éstos con respecto a aquellos con diagnóstico de trastorno de la personalidad, y significativamente más graves que los de la población general. Esto indica que los pacientes con trastorno por consumo de sustancias se caracterizan por presentar problemas de personalidad.

En conclusión, de acuerdo con la literatura revisada, las personas con trastorno por consumo de sustancias (alcohol y tabaco, entre otras), presentan trastornos de la personalidad comórbidos, con mayor frecuencia que aquellos que únicamente padecen un trastorno de la personalidad. Además, parecen más frecuentes en este tipo de pacientes, los trastornos incluidos en los conglomerados B y C.

#### **1.3.6. La búsqueda de sentido en la enfermedad**

Es imposible hablar de la búsqueda de sentido en la enfermedad sin citar a Viktor Frankl, uno de los pensadores del siglo XX que ha tratado con gran amplitud y profundidad sobre el tema del sentido de la vida. En palabras de este gran filósofo y psiquiatra, la psicología moderna no ha utilizado este término hasta hace relativamente poco tiempo, porque parecía que la ciencia no podía acceder a él (Frankl, 2008). Como él afirmaba, el interés principal del ser humano es encontrar sentido a la vida, y el sentido de la vida se halla en total relación con el sentido del sufrimiento y la muerte, tal como refleja la siguiente cita tomada de su obra “La voluntad de sentido”, hablando de su experiencia en los campos de concentración (2008, p.92):

*“Hubo otros cuya pregunta era: ¿tiene sentido este sufrir, este morir- si no tampoco tendría sentido sobrevivir, ya que una vida que está a merced del azar, de la casualidad, o sea, si con suerte nos salvamos o no, una vida tal no podría ser plena de sentido ni digna de ser vivida, aun si la salváramos”-.*

En relación con la enfermedad, dicho autor afirmó lo siguiente, refiriéndose al cumplimiento de un sentido (1996 y 2008):

*“Se demuestra que también allí, donde nos enfrentamos a un destino que parece irrevocable, digamos con una enfermedad incurable, un carcinoma inoperable,... justamente allí se le puede dar sentido a la vida, pues entonces podemos realizar lo más humano dentro del hombre y eso lo constituye su facultad de transformar una tragedia- a nivel humano- en un triunfo. Ése es el secreto de la incondicionada tendencia al sentido que tiene la vida: que el hombre, precisamente en situaciones límite de su existencia, es llamado a dar fe de aquello que él y sólo él es capaz”.*

Por lo tanto, de acuerdo con esta afirmación, el ser humano se caracteriza por esta capacidad única de dar sentido a su vida hasta el último momento, independientemente de las circunstancias exteriores por difíciles que sean, como puede ser una enfermedad terminal.

Según Frankl, lo que da valor y mérito al sufrimiento es la capacidad de aceptación con una actitud positiva y de sentido, que deriva de ser consciente de que el sufrimiento favorece el desarrollo de la personalidad, la hace más fuerte, la equilibra y la hace más comprensiva con el dolor de los demás. Tal como afirmó Frankl (2008, p.231): “...allí donde la situación es irreversible, allí se nos exige que cambiemos, es decir, que maduremos, que crezcamos, que nos trascendamos”. Esto no significa asumir sufrimientos que se puedan evitar sino que, para este autor, el sufrimiento dotado de sentido va siempre más allá de sí mismo, remite a una causa por la que se sufre, y éste tiene una finalidad, un “para qué” como puede ser el crecimiento y la maduración personal.

Cogwell y Anderson (2001) afirman que el efecto psicosocial de una neoplasia es variado y profundo, dependiendo de la personalidad de cada paciente, de sus estrategias de afrontamiento y red de apoyo, entre otros factores. Aun cuando existen diferencias en la respuesta al diagnóstico del cáncer, algunos pacientes encuentran que esta situación difícil es una oportunidad de gran crecimiento personal. Estos autores, en su revisión de la literatura, afirman la relevancia de prestar atención a la dimensión espiritual de los pacientes, comprendiéndoles y facilitándoles el cuidado que necesitan en esos momentos de su vida.

Rodríguez (2006) en su amplia revisión de la literatura realizada sobre el sentido de la vida, del sufrimiento y el significado del cáncer, encontró que esta búsqueda por parte de los pacientes oncológicos se realiza principalmente de tres formas:

- a) **Búsqueda de atribuciones casuales** y especulaciones sobre las repercusiones de la enfermedad en el organismo y metas futuras. En ocasiones, buscar atribuciones causales al sufrimiento no siempre da sentido a éste ya que a veces se asocia con sentimientos de culpabilidad, particularmente cuando estas atribuciones son internas. Un ejemplo de ello, es cuando los pacientes consideran que su enfermedad es consecuencia de su conducta, como puede ser el consumo de tabaco. De esto se deduce que el hecho de encontrar sentido a cualquier acontecimiento o enfermedad, no se identifica necesariamente con la atribución causal acerca de éste.
  
- b) **Aceptación de las pérdidas** y demás aspectos asociados al cáncer. Este es un aspecto relevante ya que el proceso de la enfermedad oncológica conlleva pérdidas significativas, y la aceptación de éstas es de gran ayuda para la adaptación de los pacientes a su situación.
  
- c) **Reordenación de prioridades vitales**. De este modo, los pacientes se centran más en actividades relacionadas con la búsqueda del sentido de sus vidas o de la enfermedad. Diferentes investigadores observaron que, a raíz de la enfermedad la persona, frecuentemente, cambia su escala de valores y comienza a diferenciar entre lo principal y lo secundario, dando más importancia a las relaciones familiares o intentando lograr la realización de deseos que ha tenido desde siempre; siente más aprecio por la vida, disfruta más cuando realiza las actividades cotidianas, la intensidad de sus relaciones interpersonales aumenta y adquiere una mayor conciencia de sí misma.

Además, esta misma autora, en su revisión, encontró diferentes estudios cuyos hallazgos ponen de manifiesto la relación positiva entre el sentido de la vida o de la enfermedad y otras variables como: el bienestar psíquico, experimentar sentimientos positivos, el optimismo, una mayor autoestima, un afrontamiento más positivo de la enfermedad, y menor frecuencia de trastornos afectivos. También halló una asociación

negativa entre esta variable y el locus de control externo de la salud, y que el sentido negativo otorgado a la enfermedad se relacionaba con peor estado psicológico. Asimismo, Rodríguez refiere con respecto a la necesidad de ayuda para la creación de significado, que los pacientes manifiestan la carencia en esta área. Esto debe ser tenido en cuenta en el abordaje multidisciplinar de este tipo de enfermedades que amenazan la vida de los pacientes, de modo que una meta del tratamiento sea la promoción de la búsqueda de experiencia de sentido, en los pacientes y en sus cuidadores.

Las autoras Alonso y Bastos (2011) en su estudio con pacientes oncológicos, encontraron diferentes sentidos otorgados por los pacientes a su enfermedad. Para algunos pacientes era un estímulo para conocer su modo de actuar inconsciente como: el papel propio en la familia, los duelos no elaborados, el carácter (antes, durante y después de la enfermedad), las dependencias con respecto a los demás, entre otros. Para otros, se trataba de una oportunidad, el aprendizaje de un nuevo modo de vivir. En otros casos, el cáncer era un beneficio secundario que le había permitido conocer el afecto de personas cercanas. Para ciertos pacientes la enfermedad suponía una fortaleza, el desarrollo de una personalidad más fuerte, cosa que coincide con la afirmación de Frankl anteriormente citada. Por último, las autoras encontraron que en algunos pacientes, se daba una toma de conciencia de actitudes propias como la dependencia y el sometimiento.

En esta línea, Van der Spek et al. (2013) estudió sobre el significado del cáncer en supervivientes encontrando que, generalmente, los pacientes experimentan un mayor significado tras la enfermedad al menos en alguna de sus formas específicas. En general, los supervivientes hallaron significado en las relaciones íntimas, con las personas cercanas (familia y amigos), y en una mayor toma de conciencia de lo que es importante en la vida, produciéndose un cambio en sus prioridades vitales. En aquellos que experimentaron una pérdida de sentido, éste se halló asociado a las dificultades y limitaciones físicas que impidieron el desarrollo de actividades que anteriormente llevaban a cabo. Asimismo, un grupo de pacientes hicieron referencia al “sentimiento de separación del mundo”. En este estudio, los autores encontraron que el aislamiento tras el cáncer era la mayor dificultad experimentada por los pacientes. Ante esta discrepancia, que también se encuentra en la literatura, los autores afirman que ésta puede deberse a que, mientras que las relaciones íntimas son fuente de significado, a

nivel social se sienten más excluidos. Es decir, que el mayor significado está ligado a facetas concretas como son las relaciones personales y el cambio en las prioridades vitales, mientras que el sentimiento de vacío se asocia a la pérdida de actividades debido a las limitaciones físicas y al sentimiento de exclusión por parte del entorno social.

Por último, mencionar los resultados obtenidos por Gil y Breitbart (2013), que intervinieron en pacientes con cáncer avanzado mediante grupos de psicoterapia centrada en el sentido. Estos autores hallaron una disminución de la desesperanza, de la sintomatología depresiva y ansiosa y del deseo de morir, a la vez que un incremento de la sensación de sentido y de bienestar espiritual. Además, en un trabajo anterior (Breitbart et al., 2000; citado en Gil y Breitbart, 2013) y en su revisión de la literatura, observaron un aumento del sentido, la fe y la sensación de paz tras este tipo de intervención. Esto indica la relación existente entre la actitud positiva y de sentido de la que hablaba Frankl, y la disminución de sintomatología y el bienestar interior.

En suma, a pesar de que no todos los estudios señalan los beneficios de la búsqueda de sentido en el proceso de la enfermedad oncológica (debido a que hay pacientes que no logran encontrarlo) la mayoría de estudios muestran los beneficios de ésta. Asimismo, la literatura pone de manifiesto la necesidad de los pacientes de ser ayudados por los profesionales en esta área.

#### **1.4. Objetivos e hipótesis**

El *objetivo general* que se pretende con la presente investigación, es explorar y describir diversas variables psicológicas y las consecuencias psicopatológicas asociadas en pacientes con cáncer de cabeza y cuello (CCC).

Los aspectos psicosociales contemplados cubren diversas áreas: *(i)* el consumo de sustancias y su relación con la enfermedad; *(ii)* las características de personalidad, tanto temperamentales (extraversión, neuroticismo, cordialidad, apertura a la experiencia, escrupulosidad, impulsividad y autocontrol) como cognitivas (enfrentamiento y resiliencia); y *(iii)* los síntomas psicopatológicos generales y trastornos de la personalidad asociados.



El objetivo general se articularía en los siguientes *objetivos específicos*, a saber:

1. Identificar las diferencias psicosociales que se observan entre los pacientes de CCC y personas que no presentan esta patología en las áreas anteriormente mencionadas.
2. Evaluar la sintomatología psicológica en el grupo de pacientes con CCC y compararla con la de un grupo de control, con el fin de determinar el impacto que esta enfermedad posee sobre la salud mental.
3. Describir y analizar en profundidad en el GCCC los siguientes tres aspectos: (i) las pautas de covariación que presenta el afrontamiento específico ante la enfermedad y el resto de variables de personalidad y síntomas evaluados; (ii) la influencia de la fase de tratamiento; y (iii) el sentido que la enfermedad posee para los pacientes y los cambios derivados de ésta.

Las hipótesis que derivarían de estos objetivos serían las siguientes:

- 1.1. Se hipotetiza que los pacientes del GCCC consumirán mayor cantidad de tabaco y alcohol que el GC formado por sujetos sanos sin cáncer (Almeida et al., 2014; Duffy et al., 2010; Gallegos-Hernández, 2006; López-Pelayo et al., 2016; Lubin et al., 2009; Penner, 2009; Polônio et al., 2015; Tirado y Granados, 2007; Mariela y Torrente, 2009; Richardson et al., 2013; Sandoval, 2003).
- 1.2. En cuanto a variables temperamentales de personalidad, se espera que los pacientes del GCCC presenten mayor neuroticismo, impulsividad, mayor búsqueda de riesgos y menor autocontrol que el grupo de comparación, formado por sujetos sanos sin cáncer (H.J. Aarstad et al., 2002; A.K. Aarstad et al., 2008; Charney et al., 2009; Chaudhury et al., 2010; Cuevas y Hernández-Pozo, 2008; Dom et al., 2006; Dubey et al., 2010; Echeburúa et al., 2008; García-Conde, 2014; Granö et al., 2004; Müller et al., 2008; Perea-Baena y Oña-Compan, 2011; Skinner et al., 2004).
- 1.3. Se hipotetiza que los pacientes con CCC serán menos resilientes que los sujetos que constituyen el GC, debido al estilo de afrontamiento que los primeros

utilizan para enfrentarse a las situaciones problemáticas, basado en el consumo de drogas (Campbell-Sills et al., 2006; Manne et al. 2015; Molina et al. 2014).

1.4. Con respecto a las estrategias de afrontamiento (evaluadas por el COPE), se espera que los pacientes del grupo con CCC manifiesten con más frecuencia una tendencia al uso de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y conductas/pensamientos de escape y consumo de sustancias, dirigidas al alivio del malestar emocional, decantándose en menor medida por estrategias cognitivas y conductuales centradas en el problema (A.K.H. Aarstad et al., 2011; Eadie y Bowker, 2012; Kohda et al., 2005; Llewellyn et al., 2007; Tromp et al., 2004).

2.1. En relación con los síntomas psicológicos generales (independientemente de que el consumo de alcohol y tabaco sea elevado), se hipotetiza que el grupo de CCC presente una mayor sintomatología psicológica; concretamente, mayores puntuaciones en sintomatología depresiva y ansiosa, que los sujetos del GC. (H.J. Aarstad et al., 2013; Archer et al., 2008; Beisland et al., 2012; Chen et al., 2013; Chiou et al., 2013; García-Conde, 2014; Karnell et al., 2006; Kelly et al., 2006; Miovic y Block, 2007; Neilson et al., 2013; Penner, 2009; Richardson et al., 2013; Shuman et al., 2010; Singer et al., 2012; Veer et al., 2010; Wu et al., 2016)

2.2. Se espera que los pacientes con CCC (independientemente del consumo de alcohol y tabaco) presenten puntuaciones más elevadas en los trastornos de personalidad paranoide, y en los que constituyen el conglomerado B con respecto a los sujetos del grupo de comparación.

3.1. Se espera que aquellos pacientes con CCC que afrontan su enfermedad de forma positiva (como el espíritu de lucha) presenten rasgos de personalidad positivos (más adaptativos) como la extraversión, resiliencia, un estilo de afrontamiento activo, y menos sintomatología. Asimismo, se espera que los pacientes que se caracterizan por un afrontamiento al cáncer más negativo como la *preocupación ansiosa* y *el desamparo* presenten un mayor neuroticismo, y desarrollen sintomatología psicológica, especialmente de tipo ansioso y

depresivo (García-Conde, 2014; Johansson et al., 2011; Richardson et al., 2013; Rodríguez et al., 2007; Rodríguez-Quintana et al., 2012).

3.2 Los pacientes con CCC que están en fase de seguimiento de su enfermedad, se espera que se caractericen por una mayor extraversión, resiliencia, y un afrontamiento más activo con respecto a los que se encuentran recibiendo el tratamiento, y que a su vez presenten más sintomatología (Chiou et al., 2013; Hernández-Mederos et al., 2012; Karnell et al., 2006; Kelly et al., 2006; Neilson et al., 2013; Richardson et al., 2013; Soriano, 2002; Vidhubala et al., 2006).

3.3. Se espera que un mayor número de pacientes otorguen un significado de atribución negativa a su enfermedad, y que presenten mayormente una afectación negativa en diferentes áreas de la vida personal, teniendo en cuenta las limitaciones e implicaciones psicosociales propias del cáncer de cabeza y cuello.

3.4. Se hipotetiza que aquellos pacientes con CCC que han otorgado un sentido positivo a su enfermedad y que presentan cambios positivos en sus relaciones personales, se caracterizarán por un modo de adaptación positivo al cáncer, concretamente, por un mayor espíritu de lucha. Asimismo, se espera encontrar cambios con respecto a sus metas y prioridades vitales, siendo la familia y los demás lo más importante (Rodríguez, 2006; Van der Spek et al., 2013).



## **CAPÍTULO II. MÉTODO**



## **2.1. Introducción**

En este capítulo se detalla la metodología utilizada en el presente estudio, como son: el diseño de investigación utilizado, las propiedades generales de la muestra (tanto las del grupo de pacientes con cáncer de cabeza y cuello como las del grupo de comparación), las características de los instrumentos que se han incluido en la batería de evaluación psicológica, el procedimiento utilizado para la administración de éstos y los diferentes análisis estadísticos aplicados a los datos obtenidos.

## **2.2. Diseño**

Para llevar a cabo esta investigación se ha optado por una metodología descriptiva, correlacional, de corte transversal, llevando a cabo la evaluación de cada sujeto en un único momento temporal. Nuestro objetivo ha sido por tanto, evaluar dos grupos independientes (un grupo de pacientes con cáncer de cabeza y cuello y otro de comparación o control) en una serie de variables psicológicas como son: rasgos de la personalidad, estrategias de afrontamiento, resiliencia, sintomatología psicológica, y trastornos de la personalidad, para posteriormente, realizar comparaciones entre ambos y determinar la magnitud de las diferencias encontradas. Asimismo, se explora el afrontamiento del cáncer, y a través de una entrevista, el significado o sentido otorgado a la enfermedad y el impacto de ésta en aspectos fundamentales de la vida de los pacientes.

## **2.3. Descripción de la muestra**

Este apartado presenta por un lado, los datos sociodemográficos que describen la muestra que ha participado en el estudio, y por otro, los referidos al consumo de alcohol y tabaco por parte de los participantes en ambos grupos.

La muestra que ha participado en esta investigación está conformada por un total de 220 sujetos distribuidos en dos grupos, de los cuales 114 constituyen el grupo de pacientes con cáncer de cabeza y cuello (GCCC) y 106 el grupo control formado por personas sin esta enfermedad (GC).

Los criterios de inclusión para participar en la investigación, como parte del grupo de pacientes con cáncer de cabeza y cuello, se enumeran seguidamente:

- Pacientes diagnosticados de carcinoma de cabeza y cuello.
- Pacientes que se encuentran en cualquier estadio de la enfermedad.
- Mayores de edad.

Se ha contado también con un grupo de participantes voluntarios, que funcionará como grupo de comparación respecto al grupo de enfermos de cáncer de cabeza y cuello.

Los criterios de inclusión para participar en la investigación, como parte del grupo de comparación, se enumeran a continuación:

- Ausencia de enfermedad oncológica.
- Mayores de edad.

### **2.3.1. Datos sociodemográficos de la muestra**

Con respecto a la variable **sexo**, en la Figura 2 podemos observar como la mayoría de sujetos se corresponden con sexo masculino, en ambos grupos. Además, la proporción de hombres y mujeres en los dos grupos es similar, no existiendo diferencias en esta variable ( $Chi^2 = .04$ ). Concretamente, los porcentajes correspondientes al GCCC son los siguientes: el 72% de los sujetos son hombres y el 28% mujeres; y en el GC el 71 % son hombres y 29% mujeres.



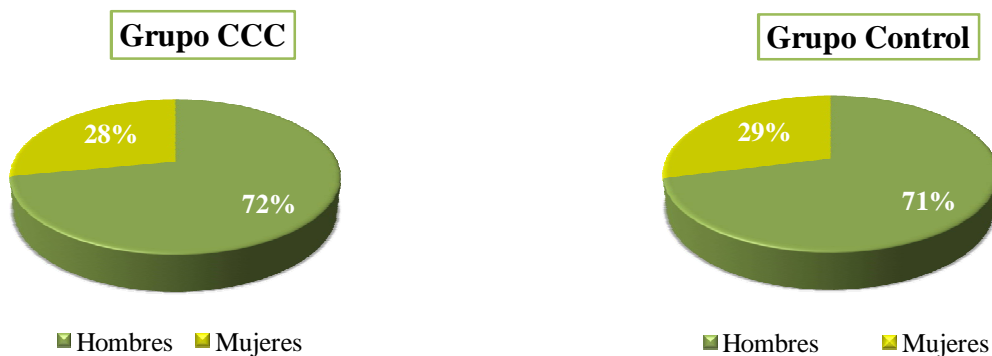


Figura 2. *Distribución por sexos*

Por otra parte, como se puede observar en la Figura 3, con respecto a la variable **edad**, en el grupo con CCC, la media es de 59.78 ( $DT = 11.29$ ), con un rango de edad comprendido entre 27 y 83 años; y en el grupo control, la media es de 58.75 ( $DT = 10.26$ ), con un rango de edad que va de 28 a 80 años. La diferencias de medias entre ambos grupos no es significativa ( $t = .71$ ), es decir, que los dos grupos participantes en el estudio, no se diferencian en esta variable. A partir de estos datos se puede afirmar que la edad de los participantes se corresponde con las particularidades demográficas propias de los pacientes con CCC.

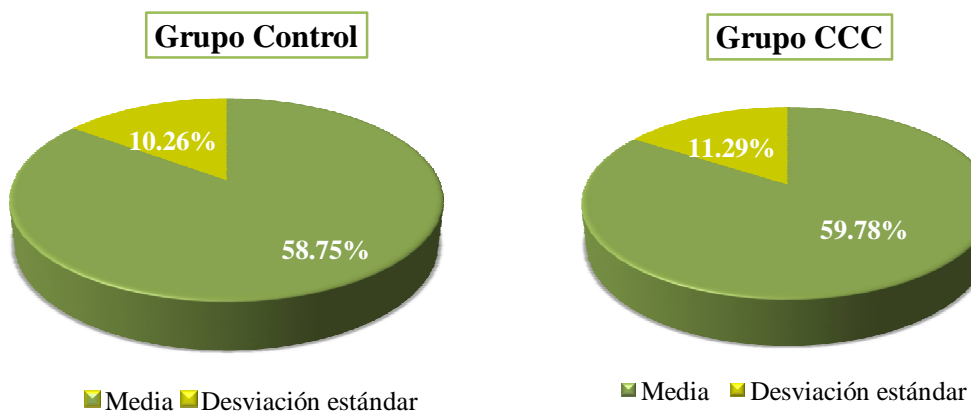


Figura 3. *Variable edad (Media y Desviación Típica) en el GCCC y GC*

En relación con el **estado civil** de los participantes, como puede observarse en la Figura 4, en ambos grupos el porcentaje mayor se obtuvo para los que vivían en pareja (casados o no) siendo del 65.8% en el GCCC y del 74.5 % en el GC. Por otra parte, en el GCCC refirieron estar divorciados/separados el 18.4% mientras que en el GC fue menor, concretamente el 6.6%. Cabe destacar que esta es la mayor diferencia en cuanto al estado civil, aun cuando las diferencias no alcanzaron la significación estadística ( $Chi^2 = 7.02$ ). Quizás, esta ligera desproporción se deba a los problemas derivados del elevado consumo de alcohol por parte de los pacientes, algo que se describirá posteriormente. Por otro lado, en el GCCC indicaron estar solteros el 7.9% no hallándose diferencias importantes con respecto al GC cuyo porcentaje fue del 10.4%. Por último, señalar que tampoco se hallaron diferencias entre ambos grupos con respecto al estado de viudedad ya que en el GCCC el porcentaje fue de 7.9% y en el GC de 8.5%.

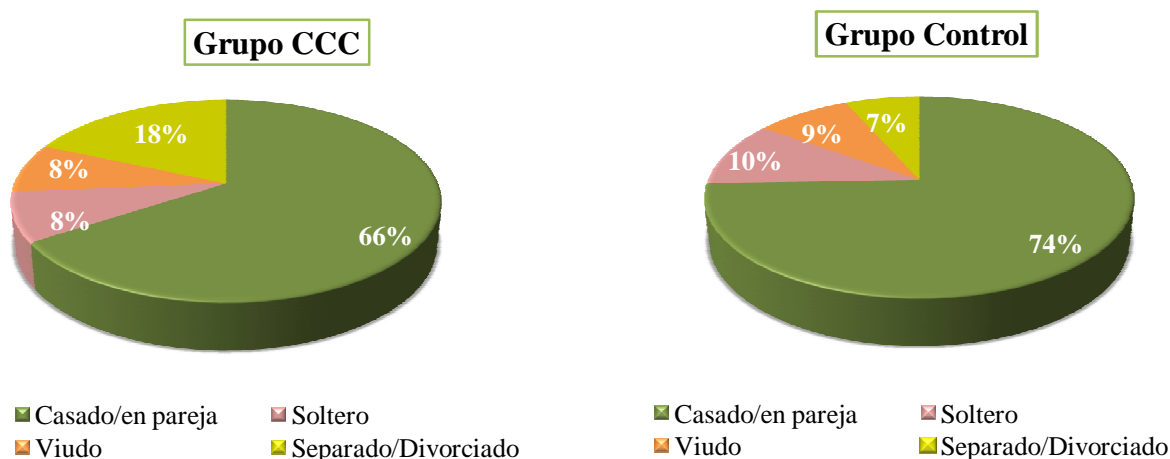


Figura 4. Distribución por estado civil

En cuanto al **nivel de estudios**, como puede observarse en la Figura 5, las discrepancias entre ambos grupos son significativas ( $Chi^2 = 86.02$ ,  $p < .001$ ). En el grupo de pacientes con CCC, el 8.8% manifiesta haber cursado estudios universitarios superiores, el 4.4% estudios universitarios medios, el 18.4% formación profesional, el 12.3% refiere tener un nivel de estudios de secundaria, el 49.1% cuenta con estudios de primaria y el 7% manifiesta no tener estudios por haber comenzado su vida laboral en la infancia (a los 9-10 años de edad por trabajar en el negocio familiar). Con respecto al grupo de comparación, se observa que la mayoría de los participantes han realizado

estudios universitarios superiores o medios, en un 36.2% y 31.4% y respectivamente. El 8.6% refiere tener estudios de formación profesional, el 12.4% ha cursado estudios de secundaria, el 7.6% manifiesta tener estudios de primaria y el 1% no tiene estudios.

De acuerdo con los resultados obtenidos, los integrantes del GC tienen en su mayoría un nivel de estudios universitarios medios y superiores, mientras que el GCCC ha cursado en menor proporción este tipo de formación, de modo que casi la mitad de la muestra de este último refiere tener un nivel básico de enseñanza.

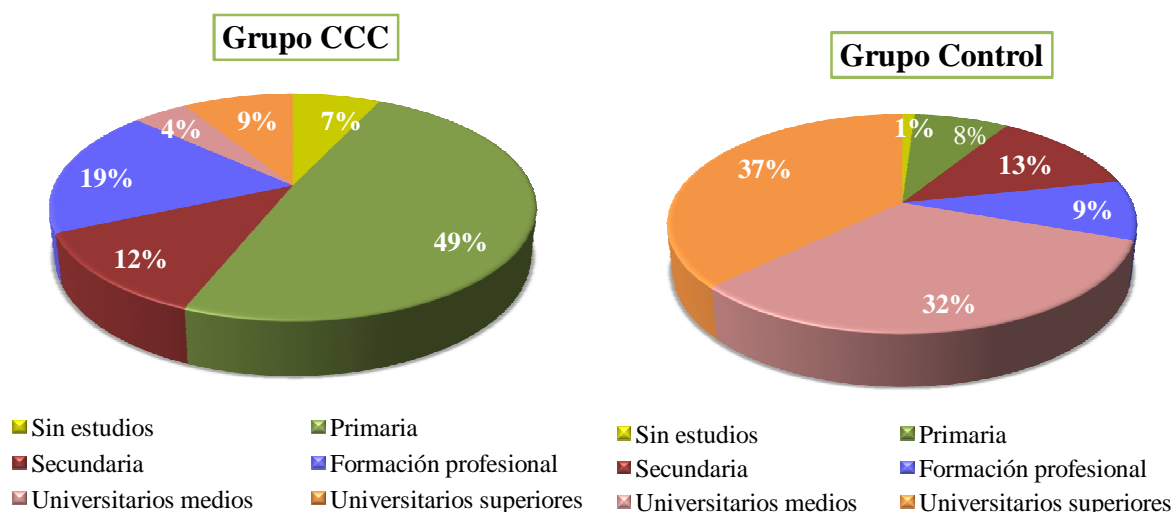


Figura 5. Distribución por nivel de estudios

Finalmente, en lo que concierne a la variable **ocupación actual**, es decir, la situación laboral en el momento de la evaluación, como puede observarse en la Figura 6, se han encontrado diferencias significativas entre ambos grupos ( $Chi^2 = 60.63$ ,  $p < .001$ ).

En el grupo de pacientes con cáncer de cabeza y cuello, se observa que el 34% se encuentra en situación de incapacidad debido a la enfermedad y el 28% jubilados, por lo que la mayoría (62%) no están trabajando. El 14% manifiesta una situación laboral activa (4% trabajo por cuenta propia y 10% contrato indefinido). El 7% refiere estar

desempleado y el 17% ha seleccionado la opción otros (dedicación exclusiva a las labores del hogar).

En el grupo control el 43% de los integrantes refieren estar jubilados, el 44% manifiestan estar trabajando (7% trabajo por cuenta propia y 37% contrato indefinido), mientras que el 5% se encuentra en situación de desempleo y el 8% restante ha seleccionado la opción otros (dedicación exclusiva a las labores del hogar). Ninguno de los integrantes del grupo control se encuentra en situación de incapacidad.

Cabe destacar, las múltiples consecuencias de tipo biopsicosocial generadas por el CCC que se reflejan en el notable deterioro de la actividad laboral de los pacientes, lo que puede generar dependencia económica en el paciente, y una cierta pérdida de interacciones sociales en el área del trabajo.

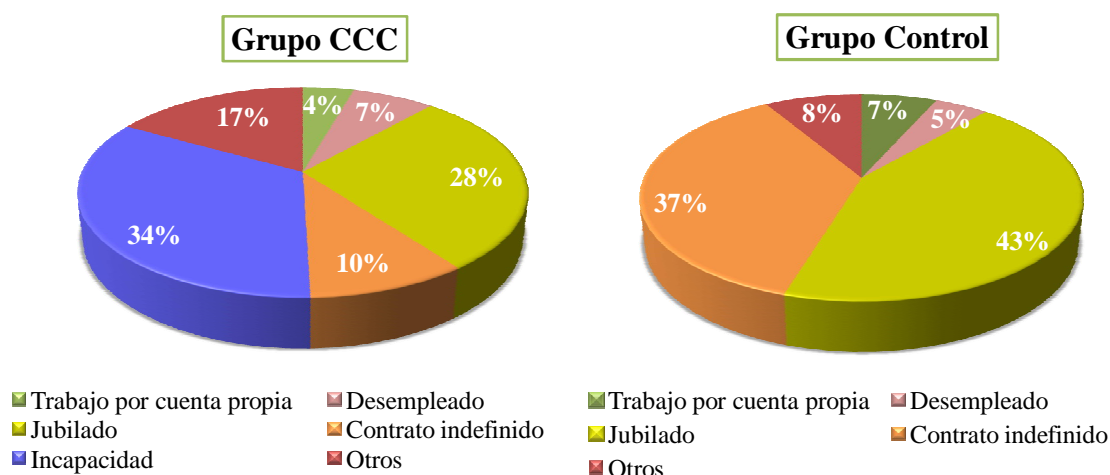


Figura 6. Distribución por ocupación actual

Con respecto al **número de empleos** realizados a lo largo de la vida laboral, la media del GCCC es de 5.56 ( $DT = 7.67$ ), mientras que para el GC la media es de 3.17 ( $DT = 2.85$ ), con una diferencia entre grupos estadísticamente significativa ( $t = 3.09$ ,  $p < .01$ ) y un tamaño del efecto pequeño ( $d = .45$ ). Esto apunta a la inestabilidad laboral del grupo de pacientes.

Con el fin de obtener información acerca del **apoyo** que reciben los pacientes de nuestra muestra por parte de familiares y amigos, se les ha preguntado acerca de si acuden a la consulta médica acompañados de éstos, y si en su entorno más cercano se les pregunta sobre la información dada por el facultativo y acerca del avance de la enfermedad.

Los resultados muestran que el 77.2% de los pacientes van acompañados a la consulta médica, es decir, la mayoría. Al 94.7% después de la consulta con el médico, algún familiar o amigo le pregunta acerca de ésta. Y por último, al 95.6% sus familiares o amigos le preguntan acerca del avance de su enfermedad. Estos resultados ponen de manifiesto la implicación y acompañamiento de las personas más cercanas y la comunicación con los pacientes acerca del proceso de enfermedad.

En el presente estudio se ha recabado información acerca de la **fase de tratamiento** en la que se encuentra cada paciente en el momento de la entrevista, para posteriormente, ver su relación con las variables de personalidad evaluadas, las estrategias de afrontamiento del cáncer, la resiliencia y la sintomatología. Asimismo, con un fin descriptivo, se obtuvo información acerca de los **tipos de tratamiento** recibidos hasta la fecha. Esta información pudo obtenerse de 92 pacientes, de los 114. A continuación se presentan los resultados obtenidos:

El 90.4% han sido intervenidos quirúrgicamente, el 89.5% ha recibido tratamiento de quimioterapia y el 89.5% ha sido tratado con radioterapia. Estos datos evidencian que los pacientes con CCC en su mayoría, son sometidos a más de un procedimiento médico. El hecho de recibir varios tratamientos conlleva sufrimiento físico y psicológico derivado tanto de los tratamientos como de los efectos secundarios de éstos, lo que supone un proceso de enfermedad altamente estresante.

Con respecto a la fase de tratamiento en la que se encuentran los pacientes de nuestra muestra, el 80.7% reciben tratamiento actualmente (10.5% quimioterapia, 70.2% radioterapia) y el resto (19.3%) realizan visitas de seguimiento médico, con una media de 26.36 meses desde el último tratamiento recibido. Es decir, que la mayoría de participantes de nuestro estudio se encuentran en una situación de estrés elevado debido a la administración de los tratamientos y sus efectos secundarios.

### 2.3.2. Análisis Descriptivo del Consumo de Sustancias

A continuación, se realiza un análisis descriptivo de la frecuencia con la que los pacientes consumían tabaco y alcohol diariamente (antes del diagnóstico de CCC), ambas sustancias relacionadas con el desarrollo de los tumores en las estructuras anatómicas de la cabeza y el cuello. Dicha variable se tendrá en cuenta en otros análisis que se presentarán en el capítulo tercero de este estudio.

El análisis de las bebidas alcohólicas se presenta de forma independiente, ya que algunas propiedades de estas sustancias etílicas (concentración de alcohol) se relacionan mayormente con la enfermedad oncológica en las zonas de nuestro interés. Asimismo, el consumo de tabaco se expone por tipos de sustancia fumada. En este apartado se presentan las frecuencias y las diferencias halladas mediante la prueba estadística  $Chi^2$ .

A continuación se presentan los datos relativos al consumo diario de alcohol y tabaco anterior al diagnóstico del cáncer, obtenidos mediante el registro elaborado *ad hoc* para el presente estudio. Los resultados han sido calculados sobre la muestra total (N = 220), diferenciando el grupo con cáncer de cabeza y cuello (GCCC) (N = 114) y el grupo de comparación o control (N = 106).

En primer lugar, se presentan las Figuras 7, 8, 9, 10, 11, 12, para mostrar los porcentajes en consumo de alcohol por grupo, en cada tipo de bebida (*carajillo, vino, cerveza, licor, combinados, otros*), y la Tabla 4 con las diferencias en frecuencia de consumo de alcohol, halladas mediante el estadístico  $Chi^2$ .

Seguidamente se expone en las Figuras 13, 14, 15, la comparación de los porcentajes en consumo de tabaco por grupo, en cada tipo de sustancia fumada. En la Tabla 5, se presentan las diferencias encontradas en las frecuencias de consumo de tabaco, mediante la prueba estadística  $Chi^2$ , presentándolas también por tipos.

Es preciso explicitar que por consumición de alcohol diaria se entiende la ingesta de la cantidad indicada en el siguiente baremo, siendo una unidad:

- Carajillo 25 ml
- Vaso de vino 100 ml
- Cerveza de 333 ml
- Licor 35 ml
- Combinados 70 ml

A continuación, en la Figura 7, se muestran los porcentajes obtenidos en el consumo de *carajillo* para ambos grupos.

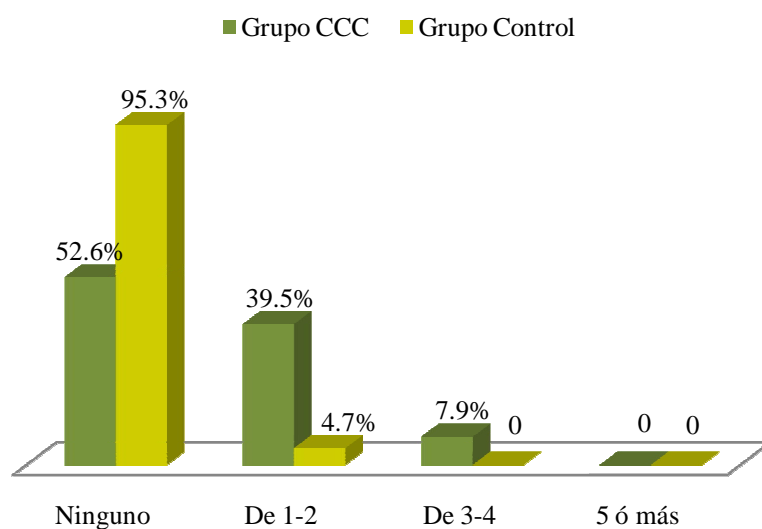


Figura 7. Consumo diario de carajillo por grupos

El 47.4% de los pacientes con CCC consumen 1 o más *carajillos*, mientras que el 4.7% del grupo control consumen este tipo de bebida. Esto indica que el GCCC consume más *carajillo* que el GC.

Seguidamente, en la Figura 8 se muestran los porcentajes obtenidos en el consumo de vino para ambos grupos.

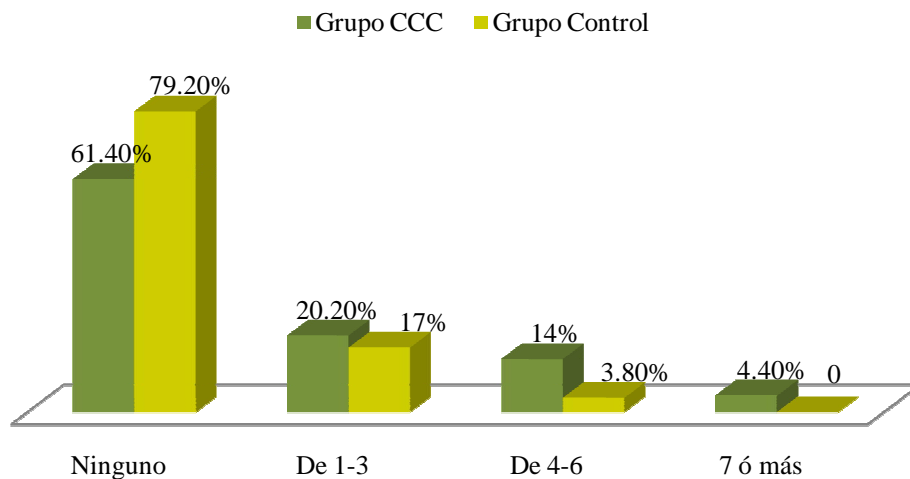


Figura 8. Consumo diario de vino por grupos

Cabe destacar de la Figura 8, que el 38.60% de los pacientes con CCC consumen *vino* frente al 20.80% del GC. En cuanto al intervalo de consumo entre 1 y 3 vasos de *vino*, las diferencias entre grupos son menores (20.2% vs 17%), siendo importantes para el resto de intervalos considerados. Estos datos manifiestan que el GCCC consume mayores cantidades de *vino*.

En la Figura 9, se muestran los porcentajes obtenidos en el consumo de *cerveza* para ambos grupos.

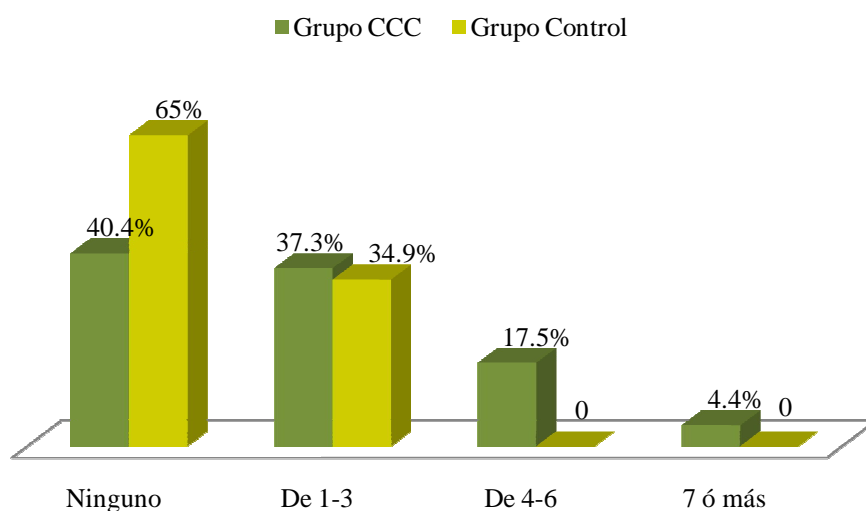


Figura 9. Consumo diario de cerveza por grupos



Como puede observarse en la Figura 9, las diferencias entre grupos en el consumo de *cerveza* son notables, ya que en el GCCC se ha obtenido un porcentaje de consumo de 59.6% frente al 35% del GC. En cuanto al intervalo que va de 1 a 3 en el consumo de esta bebida alcohólica, las diferencias son menores (37.3% vs 34.9%), siendo elevadas para el resto de intervalos considerados, de modo que el GCCC es el que obtiene porcentajes superiores a los del GC.

A continuación, la Figura 10, muestra los porcentajes obtenidos en el consumo de *licor* para ambos grupos.

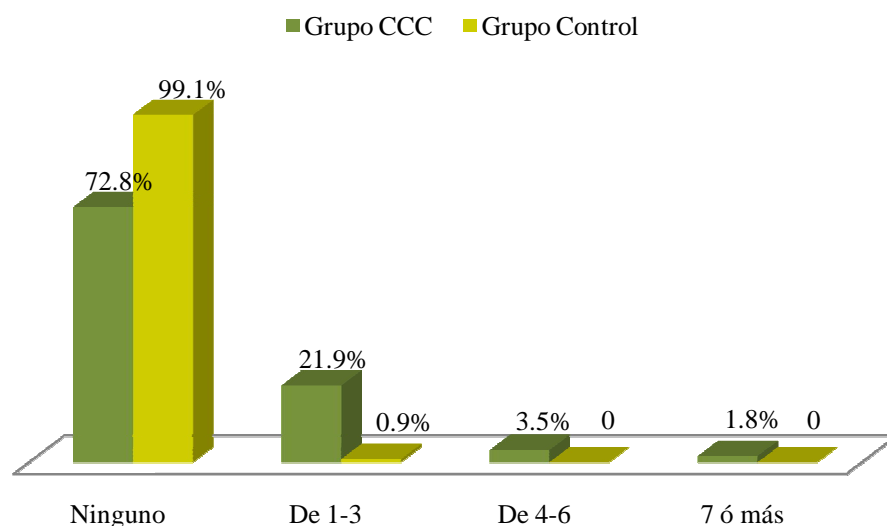


Figura 10. Consumo diario de licor por grupos

Como puede observarse en la Figura 10, las diferencias entre grupos en el consumo de *licor* es grande ya que 27.2% de los pacientes con CCC consumen este tipo de bebida alcohólica frente al 0.9% del GC, es decir, casi la totalidad del grupo de comparación no la consume. También en el resto de intervalos, es el GCCC el que consume más *licor* al compararlo con el GC.

La Figura 11, representa los porcentajes obtenidos en el consumo de *combinados* para ambos grupos.

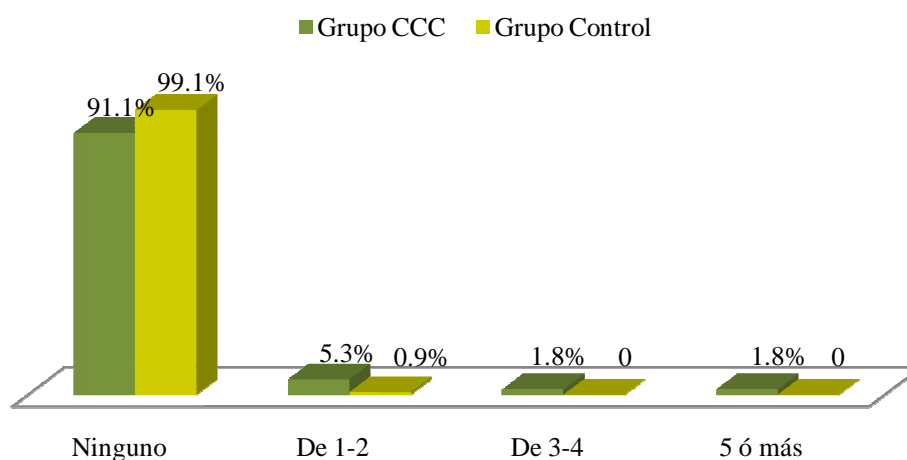


Figura 11. *Consumo diario de combinados por grupos*

En cuanto al consumo de *combinados*, como se observa en la Figura 11, las diferencias en consumo diario de esta bebida son pequeñas, aunque el GCCC ha obtenido un consumo del 8.9%, mientras que en el GC sólo el 0.9% la consume. Es decir, que el GCCC, al igual que en las bebidas mencionadas anteriormente, consume en mayor medida este tipo de bebida alcohólica.

En la Figura 12, se muestran los porcentajes obtenidos en el consumo de *otros* para ambos grupos.

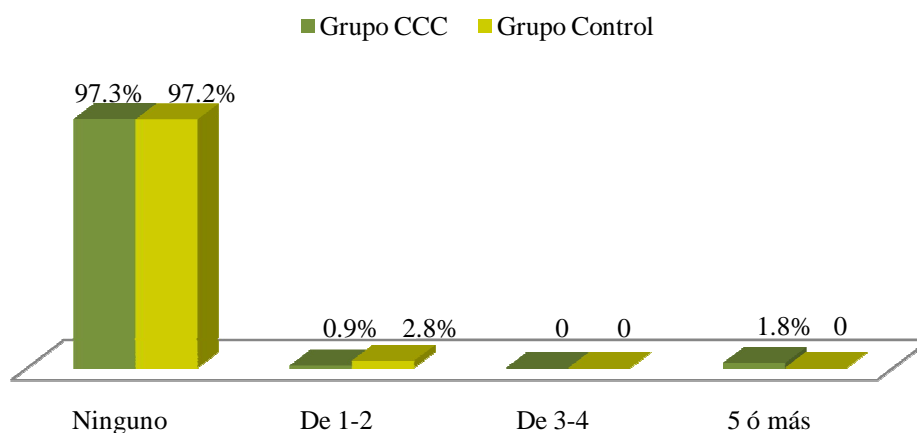


Figura 12. *Consumo diario de otros por grupos*

Tal como puede apreciarse en la Figura 12, las diferencias en la categoría *otros* es casi inexistente. En el caso de 1 ó 2 bebidas al día el consumo es mayor en el GC (2.8%) en comparación con el GCCC (0.9%), mientras que en el intervalo de 5 o más consumiciones, el consumo se da únicamente por parte del GCCC (1.8%).

Si se observan todas las Figuras presentadas anteriormente, (7, 8, 9, 10,11, 12) que contienen el tipo y la cantidad de consumiciones de alcohol diarias, en ambos grupos, se puede ver cómo, en líneas generales, el grupo con CCC obtiene porcentajes mayores en prácticamente todas las bebidas, siendo más elevado el consumo en el grupo con CCC en *carajillo* (47.4%), *vino* (38.6%), *cerveza* (59.6%) y *licor* (27.2%).

En la Tabla 4, se presentan los resultados correspondientes al consumo para cada bebida alcohólica, hallados mediante el estadístico  $Chi^2$ .

Tabla 4

*Comparación de frecuencias en consumo de alcohol GCCC (N = 114) vs GC (N = 106)*

Consumo de alcohol	$Chi^2$	<i>p</i>
Carajillo	<b>51.22***</b>	<b>.000</b>
Vino	<b>13.81**</b>	<b>.003</b>
Cerveza	<b>29.80***</b>	<b>.000</b>
Licor	<b>30.48***</b>	<b>.000</b>
Combinados	7.30	.063
Otros	3.01	.222

**Nota.-**  $Chi^2$ \*\**p* < .01 y \*\*\**p* < .001

Como puede observarse en la Tabla 4, tras el análisis de la frecuencia de consumo mediante la prueba estadística  $Chi^2$  (*p* < .000) los datos muestran que existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, en la tasa de consumo de cuatro de las seis bebidas alcohólicas consideradas en nuestro estudio (*carajillo*, *vino*, *cerveza* y *licor*). Estos resultados evidencian que el mayor número de bebedores se encuentra en el grupo de pacientes con CCC, con diferencias relevantes entre ambos grupos.

En suma, de los resultados contemplados se evidencia una tendencia al policonsumo en el grupo de pacientes que ingiere tanto bebidas de poca graduación (*vino y cerveza*) como con elevada concentración etílica (*licor y combinados*).

Con respecto al tipo y cantidad de *tabaco, puros y otros*, consumidos por ambos grupos, previo a la exposición de los resultados, es preciso explicitar que una unidad de consumo diario de tabaco se correspondería con un cigarro, un puro o un cannabis.

En la Figura 13 se muestran los porcentajes obtenidos en el consumo diario de *tabaco* por ambos grupos.

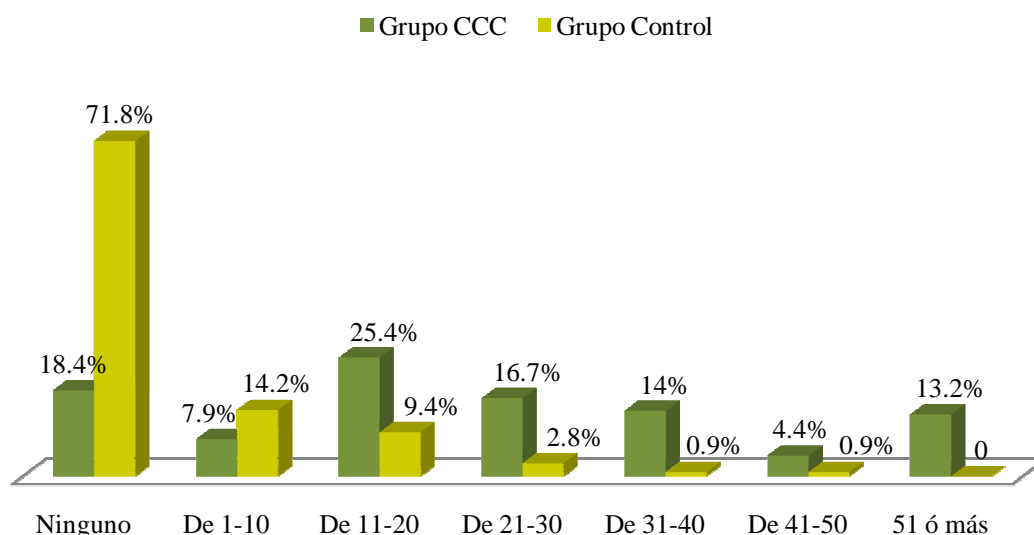


Figura 13. Consumo diario de tabaco

Con referencia al consumo de *tabaco*, como se aprecia en la Figura 13, casi la mitad del GCCC (42,1%) se encuentra en torno a un consumo diario de 11 a 30 *cigarrillos*, 14% de 31 a 40 y el 17.6% fuma una cantidad superior a 40 *cigarrillos*. Sólo el 18.4% no han sido fumadores. Mientras que en el GC, el 71.8% no han sido nunca fumadores.

La Figura 14 presenta los porcentajes encontrados en el consumo de *puros* en ambos grupos.

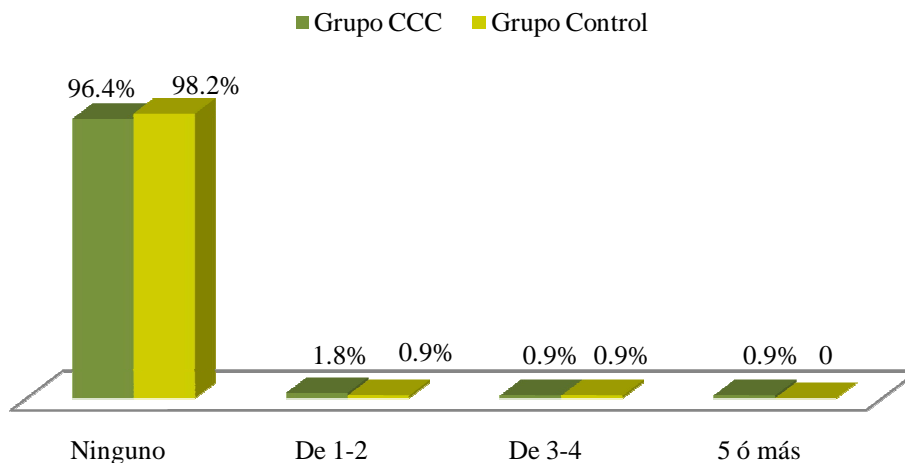


Figura 14. Consumo diario de puros

Con respecto al consumo de *puros* que se muestra en la Figura 14, la diferencia entre grupos es escasa, sin embargo es el GCCC el que ha obtenido porcentajes más elevados (3.6% fuman 1 ó más puros vs. 1.8% del GC).

Por último, la Figura 15, muestra los porcentajes hallados en el consumo de *otros* para ambos grupos.

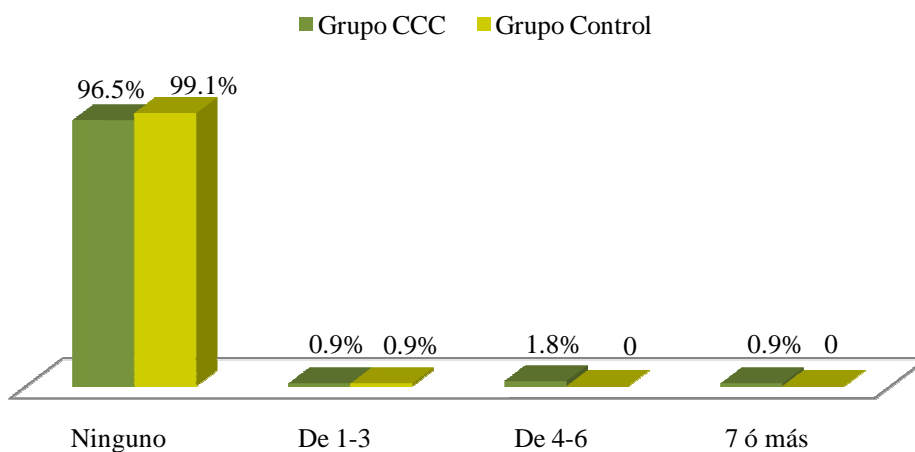


Figura 15. Consumo diario de Otros

En cuanto a cantidades entre ambos grupos, en el caso de consumo de *otros* (marihuana y hachís), ésta es baja en ambos grupos, si bien el GCCC consume más que

el GC. Los porcentajes totales de consumo para ambos grupos son el 3.6% para el GCC y el 0.9% para el GC.

Los datos muestran lo esperado siendo fumadores antes del diagnóstico de CCC la mayoría de los pacientes, en todas las modalidades de sustancias fumadas.

En las Figuras 13, 14 y 15, aparecen los tipos y cantidades de tabaco consumidas por ambos grupos, siendo el GCCC el que alcanza porcentajes más elevados en las tres modalidades, en relación con el GC. Esto indica que nos encontramos ante personas con una tasa muy elevada de consumo.

En suma, las diferencias más notables se encuentran en el consumo de *tabaco* mientras que para las otras dos modalidades aunque hay diferencias son muy pequeñas.

A continuación, en la Tabla 5 se expone la diferencia en el consumo de *tabaco* en ambos grupos de forma independiente, diferenciando entre *tabaco*, *puros* y *otros* (marihuana y hachís). Éstas han sido obtenidas mediante el estadístico  $Chi^2$ .

Tabla 5

*Comparación de Frecuencias en consumo de tabaco GCCC (N = 114) vs GC (N = 106)*

Consumo de tabaco	$Chi^2$	$p$
Cigarrillos	84.30***	.000
Puros	2.83	.750
Otros	2.83	.419

**Nota.-** \*\* =  $p < .01$ , \*\*\* =  $p < .001$

Como puede observarse en la Tabla 5, tras el análisis de la frecuencia de consumo mediante la prueba estadística  $Chi^2$ , los datos muestran que existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, en la tasa de consumo de *cigarrillos* ( $Chi^2 = 84.30$ ,  $p < .001$ ), mientras que en *puros* y *otros* no se han hallado diferencias estadísticamente significativas.

### 2.3.3. Instrumentos

Los participantes en ambos grupos cumplieron un abanico de instrumentos en los que se recogía información sobre datos sociodemográficos y de consumo de sustancias y apoyo. También, como parte de la entrevista tenida con ellos, se categorizó la información relacionada con cinco preguntas abiertas acerca de los cambios generados por el CCC en áreas y aspectos significativos de la vida de los pacientes. Concretamente se preguntaba acerca del sentido de la enfermedad, de los cambios derivados de ésta en cuanto a las relaciones personales, la percepción de la propia persona y de la propia vida y en las prioridades vitales. Además, se recogió información acerca de las características temperamentales y cognitivas de la personalidad y síntomas psicológicos diversos.

En la Tabla 6 se recogen los instrumentos cumplimentados por ambos grupos.

Tabla 6

*Instrumentos de evaluación*

<b>Instrumentos</b>	<b>Autores</b>	<b>Año</b>
Registro elaborado <i>ad hoc</i>	Longares, Beleña y Báguena	2013
Inventario NEO reducido de Cinco Factores (NEO-FFI)	Adaptación de Avia, Silva y Sanz	1997
Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11)	Adaptación de Oquendo, Baca-García, Graver, Morales, Montalván y Mann	2001
Escala de Autocontrol	Adaptación de Romero, Gómez-Fraguela, Luengo, y Sobral	2003
Escala de Resiliencia CD-RISC	Adaptación de Notario-Pacheco, Solera-Martínez, Serrano-Parra, Bartolomé-Gutiérrez, García-Campayo y Martínez-Vizcaíno	2011
Escala de Evaluación de Estilos de Afrontamiento (COPE)	Adaptación de Crespo y Cruzado	1997
Listado de Síntomas Breve (LSB-50)	Adaptación de González de Rivera y Abuín	2012
Examen Internacional de Desórdenes de Personalidad (IPDE)	Adaptación de De Miguel y Pelechano	2000
Mini Mental Adjustment to Cancer Scale (Mini-MAC)	Watson, Law, Dos Santos, Greer, Baruch y Bliss	1994

Además, al grupo con cáncer de cabeza y cuello, se le ha aplicado la escala de afrontamiento del cáncer *Mini Mental Adjustment to Cancer Scale* (Mini-MAC) de Watson et al. (1994).

A continuación se describen los instrumentos utilizados en la investigación.

#### **2.3.4. Registro de datos socio-demográficos y consumo de sustancias**

Se ha elaborado un registro *ad hoc* en el que se recogen datos de tipo socio-demográfico como el sexo, edad, nivel de estudios, estado civil, y ocupación. Además se pregunta acerca del consumo de alcohol y tabaco, si acude acompañado a la consulta con el médico, si habla con familiares y amigos del contenido de la visita médica, y del avance de la enfermedad y la fase del tratamiento (tratamiento activo o seguimiento). También, como parte de este registro, se realizaron cinco preguntas abiertas, la primera se refiere al sentido otorgado o no a la enfermedad, y las otras cuatro a los cambios que pueden haberse producido debido a la enfermedad oncológica en las siguientes áreas: relaciones interpersonales, percepción sobre la propia vida, acerca de la propia persona, y las prioridades y metas de la vida.

Se adjunta un ejemplar del cuestionario en el **Anexo II**

#### **2.3.5. Inventario NEO reducido de Cinco Factores (NEO-FFI)**

Fue elaborado por Costa y McCrae (1992). Este instrumento es la versión abreviada del NEO-PI-R (1992) adaptada al castellano por Avia, Silva y Sanz (1997). Es considerado uno de los instrumentos más prestigiosos para la evaluación de la personalidad en condiciones de normalidad. Se compone de 60 ítems cuya respuesta se recoge mediante una escala tipo Likert. Cinco son las posibles respuestas: A = *En total desacuerdo*, B = *En desacuerdo*, C = *A veces*, D = *De acuerdo*, E = *Totalmente de acuerdo*.

Permite la evaluación de cinco factores principales:

- *Neuroticismo*: es la tendencia general a experimentar emociones negativas como: ira, culpa, vergüenza, tristeza, miedo, entre otras.



- *Extraversión*: hace referencia al interés por el entorno, por las personas y las cosas que rodean a la persona, se trata de personas más sociables y atentas a lo que sucede a su alrededor.
- *Apertura a la experiencia*: este rasgo se relaciona con la curiosidad intelectual, la sensibilidad estética, la creatividad e imaginación y el gusto por la variedad.
- *Cordialidad o Amabilidad*: se refiere a la tendencia a complacer a los demás, a ser agradable, altruista, a simpatizar con los demás, a ayudarles y a confiar en ellos.
- *Escrupulosidad o Responsabilidad*: hace referencia a la capacidad para controlar y/o dirigir los propios impulsos, y a características como la disciplina, la minuciosidad, y la planificación.

Con respecto a la fiabilidad del cuestionario, ha obtenido buenos niveles en población española, oscilando la consistencia interna de todas las escalas entre  $\alpha = .71$  y  $\alpha = .83$  (Aluja, García y García, 2002; Aluja, García, Rossier y García, 2005).

Se adjunta un ejemplar del cuestionario en el **Anexo III**.

### **2.3.6. Escala de Impulsividad de Barratt, versión 11 (BIS-11)**

Se trata de una escala autoaplicada para evaluar la impulsividad, desarrollada por Patton, Stanford, y Barratt (1995) a partir de sus estudios sobre esta dimensión que valora la presencia de un patrón de conducta impulsiva a largo plazo, se trata pues de una escala clínica de rasgo. La adaptación española ha sido realizada por Oquendo et al. (2001).

Está compuesta por 30 ítems con las 4 opciones de respuesta siguientes: 0 = *Raramente o Nunca*, 1= *Ocasionalmente*, 3 = *A menudo*, 4 = *Siempre o Casi siempre*. Estos ítems se agrupan en 3 subescalas (Salvo y Castro, 2013):

- *Impulsividad motora* (10 ítems): se refiere principalmente al autocontrol en la conducta y a la hora de hablar.

- *Impulsividad cognitiva* (8 ítems): hace referencia a la capacidad para concentrarse, para resolver problemas mentalmente o pensar en ellos.
- *Ausencia de planificación* (12 ítems): se refiere a la planificación tanto de tareas y actividades como de la propia economía doméstica.

Con la suma de las 3 subescalas se obtiene una medida de impulsividad total.

Se han realizado estudios con poblaciones clínicas, pacientes con problemas de consumo de drogas, o con trastorno de personalidad y tendencias agresivas, delincuentes, etc. (Stanford y Barratt, 1992; Luengo, Carrillo de la Peña y Otero, 1991; Luengo, Carrillo de la Peña, Otero, y Romero (1994).

La puntuación total en la escala BIS-11 han demostrado poseer buenas propiedades psicométricas (Carrillo, Otero y Romero, 1993). En un estudio realizado por Reise, Moore, Sabb, Brown y London (2013), estos autores hallaron una fiabilidad de  $\alpha = .80$ .

Se adjunta un ejemplar del cuestionario en el **Anexo IV**.

### **2.3.7. Escala de Autocontrol**

Para evaluar el autocontrol se ha utilizado la Escala de Autocontrol de Grasmick, Title, Bursik, y Arneklev, (1993). Esta escala es autoaplicada, y mediría seis aspectos de autocontrol: *impulsividad, tareas simples, búsqueda de riesgo, actividad física, egocentrismo, temperamento inestable o volátil*.

En la presente investigación se ha utilizado la versión traducida al español en el estudio de Romero, Gómez-Fraguela, Luengo, y Sobral (2003). En esta investigación fueron cinco los factores que resultaron del análisis exploratorio, puesto que en el primero de ellos se agruparon los ítems de impulsividad y de búsqueda de riesgo juntos, al que denominaron *búsqueda de riesgo impulsiva*, debido a que aparecen asociados el deseo de placer inmediato y la ausencia de interés por el futuro con la búsqueda de riesgo. En el segundo estarían los ítems que miden la *preferencia por tareas simples*, en el que se incluirían dos ítems del primer factor de la versión original y los otros tres

factores reproducirían la distribución de Grasmick. Así pues, no encuentran que la impulsividad sea un factor diferenciado, sino con una relación con búsqueda de riesgo.

La escala contiene 24 ítems, en los que los sujetos deben señalar su grado *de acuerdo/desacuerdo*, si bien en el presente trabajo para facilitar el sistema de respuesta y homogeneizarlo con las otras escalas, se utilizó una respuesta dicotómica *de acuerdo* o *desacuerdo*.

Los cinco factores obtenidos fueron los siguientes (Vazsonyi, Pickering, Junger y Hessing, 2001):

- *Búsqueda de riesgo impulsiva*: este factor se refiere a la realización de actos que conllevan riesgo como modo de divertirse, o por el gusto de arriesgarse y la despreocupación ante la propia seguridad.
- *Preferencia por tareas simples*: hacer referencia a la tendencia a elegir aquellas tareas que requieren el mínimo esfuerzo y que proporcionan placer y a evitar y abandonar las más complicadas.
- *Egocentrismo*: este factor comprende aquellos ítems referidos a una actitud y despreocupación por el otro, falta de simpatía, mirada centrada en uno mismo y búsqueda de los propios intereses sin tener en cuenta a los demás (si les perjudican o no).
- *Preferencia por actividades físicas*: hace referencia a la necesidad de estar en movimiento, a la tendencia a elegir actividades físicas más que intelectuales, y a salir de casa.
- *Temperamento volátil o inestable*: es la tendencia a perder los estribos, a evitar y herir a los demás cuando se está enfadado y la dificultad para mantenerse calmado.

Además se obtiene también una puntuación total de la escala.

La fiabilidad hallada en dicha escala por Piquero y Rosay (1998) es de  $\alpha = .71$ .

Se adjunta un ejemplar del cuestionario en el **Anexo V**.

### 2.3.8. Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC)

El CD-RISC es una escala desarrollada por Connor y Davidson (2003). Se ha construido con los siguientes objetivos: desarrollar una medida válida y fiable para cuantificar la resiliencia, para establecer valores de referencia para la resistencia en la población general y en muestras clínicas, y evaluar la capacidad de recuperación en respuesta a tratamiento farmacológico en una población clínica.

Se trata de una escala de calificación para evaluar la capacidad de recuperación. La prueba consta de 25 ítems, cada uno valorado en una escala de 5 alternativas de respuesta (*Nunca, Pocas veces, Ni muchas Ni pocas, Muchas veces, Siempre*). La escala se califica en función de cómo el sujeto se ha sentido durante el mes pasado.

Posteriormente, Campbell-Sills y Stein (2007) validaron una nueva escala del CD-RISC ya que la primera versión tenía escasa estabilidad factorial. Crean una versión reducida constituida únicamente por 10 ítems, los relacionados con estos dos factores: persistencia y resistencia. Esta versión abreviada cuantifica la capacidad para tolerar experiencias como problemas personales, enfermedades, cambio, presión, fracaso y sentimientos dolorosos. Es una medida que permite diferenciar a las personas con buen funcionamiento tras someterse a una situación adversa, de las que no logran este nivel óptimo.

En esta investigación vamos a utilizar la versión en española de la escala reducida (de 10 ítems) del CD-RISC (Notario-Pacheco et al., 2011) que demuestra buenas propiedades psicométricas en adultos jóvenes, ya que se obtuvo una fiabilidad de  $\alpha = 0.81$  similar a la de la versión original ( $\alpha = 0.85$ ).

El CD-RISC está compuesto por un único factor, la *resiliencia*, que consiste en la capacidad de las personas para resistir a las situaciones de estrés y adversidad, y que incluye el despliegue de estrategias adecuadas que permiten la superación de dichas experiencias difíciles; e incluso en algunos casos, significa crecimiento tras éstas.

Se adjunta un ejemplar del cuestionario en el **Anexo VI**.

### 2.3.9. Escala de Evaluación de Estilos de Afrontamiento (COPE)

El cuestionario COPE (*Coping Orientations to Problems Experienced Scale*) evalúa los estilos de afrontamiento ante los estresores en sus aspectos conductuales y cognitivos. Elaborado por Carver y Scheier (1985), consta de 13 escalas conceptualmente diferentes. Este cuestionario surge del planteamiento teórico que considera que el afrontamiento individual es una preferencia estable, más que una adaptación específica, de manera que tanto los ítems como las escalas están basados teóricamente en el modelo de estrés de Lazarus y en el modelo de auto-regulación conductual de Carver y Scheier (Carver y Scheier, 1981; Carver y Scheier, 1985; y Carver, Scheier y Weintraub, 1989).

La adaptación utilizada en la presente investigación es la realizada por Crespo y Cruzado (1997).

El cuestionario consta de 60 ítems con formato de respuesta tipo Likert donde las respuestas van desde: 1 *Habitualmente no hago esto en absoluto*, 2 *Habitualmente lo hago esto un poco*, 3 *Habitualmente hago esto bastante*, y 4 *Habitualmente hago esto mucho*. Los sujetos tienen que marcar la contestación que más se ajuste a su respuesta cuando se encuentran en una situación estresante, intentando contestar con la respuesta más generalizada a las situaciones de estrés.

La adaptación española concluyó en la emergencia de 15 factores primarios que en un análisis factorial posterior de segundo orden concluyó en 6 agrupaciones o factores:

- *Afrontamiento conductual centrado en el problema*: se refiere a la realización de actos directos para solucionar los problemas, tomando medidas adicionales y actuando ordenadamente, paso a paso.
- *Afrontamiento cognitivo del problema*: abarca todos aquellos esfuerzos por ver el lado positivo de las situaciones problemáticas y el aprendizaje a través de esas experiencias difíciles.

- *Escape cognitivo*: hace referencia a la realización de actividades que distraigan y faciliten el olvido del problema (ver la televisión, soñar despierto, dormir más, volcarse en otras tareas no relacionadas con los problemas).
- *Afrontamiento centrado en las emociones*: caracterizado por sentimientos de gran angustia emocional, gran consciencia de las propias emociones, actitud de permanecer centrado en ellas y de expresarlas.
- *Escape conductual*: este factor se refiere a todas las conductas que implican la disminución de los esfuerzos por solucionar el problema.
- *Consumo de alcohol o drogas*: con el fin de no pensar en las situaciones problemáticas.

La fiabilidad de esta escala oscila entre  $\alpha = .42$  y  $\alpha = .89$  (Carver et al., 1989).

Se adjunta un ejemplar del Cuestionario COPE en el **Anexo VII**.

### **2.3.10. Listado de Síntomas Breve (LSB-50)**

Se trata de un cuestionario autoadministrado de detección y medida de síntomas psicopatológicos y psicosomáticos en población general, adaptado por González De Rivera y Abuín (2012). Se pregunta acerca de las últimas semanas dando las siguientes opciones de respuesta: 0 = *Nada*, 1 = *Poco*, 2 = *Moderadamente*, 3 = *Bastante*, 4 = *Mucho*. Una vez puntuadas las respuestas es posible caracterizar la sintomatología del evaluado en un perfil compuesto por las 10 escalas clínicas. En el presente estudio se han tenido en cuenta siete escalas. Está compuesta por 50 ítems. A continuación se describen todas las escalas que componen este instrumento:

- *Psicorreactividad*: examina sentimientos de incomprensión y diversas reacciones psicológicas ante los demás y los acontecimientos.
- *Hipersensibilidad*: esta escala engloba la hipersensibilidad en relación con uno mismo y los demás.
- *Obsesión-compulsión*: síntomas obsesivo-compulsivos como las verificaciones, dudas, rituales y rumiaciones.

- *Ansiedad*: indaga acerca de la posible presencia de fobias, síntomas de ansiedad y trastorno de ansiedad generalizada.
- *Hostilidad*: los ítems de esta escala interrogan acerca de conductas de ira, enfado y resentimiento.
- *Somatización*: esta escala interroga sobre síntomas somáticos con base psicológica o médica.
- *Depresión*: evalúa síntomas relacionados con tristeza, culpa, falta de energía y desesperanza.
- *Alteraciones del sueño*: examina dificultades que pueden darse en el sueño en relación con el bienestar (pesadillas, dificultad en el inicio y mantenimiento del sueño).
- *Alteraciones del sueño ampliada*: ésta se ha formado adicionalmente. Comprende los ítems sobre el sueño y además dos de ansiedad y otros dos de depresión que se encuentran asociados al sueño.
- *Índice de riesgo psicopatológico*: está formada por ítems que comprende los aspectos relacionados con “mareos o sensación de desmayo, ideas de acabar con la vida y presentimientos de que va a pasar algo malo” (González de Rivera y Abuín, 2012).

Presenta escalas de validez como la de Minimización (Min) y la de Magnificación (Mag) con el fin de obtener información acerca de los posibles sesgos de aumento o minimización de respuestas.

En la evaluación de la sintomatología se ha prescindido de las dos subescalas *alteraciones del sueño ampliada* e *índice de riesgo psicopatológico* así como de los índices globales: el Índice Global de severidad, Número de síntomas presentes y el Índice de intensidad de síntomas presentes.

Este test, como la versión original (SCL-90), se emplea con asiduidad entre profesionales e investigadores de la salud mental por ser de fácil aplicación y corrección, permitir tamizar la sintomatología en varios niveles de complejidad, y

muestra buenas propiedades psicométricas, concretamente, en la versión utilizada en el presente estudio, los coeficientes de fiabilidad de las diferentes escalas clínicas son altos, oscilando entre  $\alpha = .82$  y  $\alpha = .90$ .

Se adjunta un ejemplar del cuestionario en el **Anexo VIII**.

### **2.3.11. Examen Internacional de Desórdenes de Personalidad (IPDE)**

Para nuestro propósito hemos empleado el Cuestionario de Evaluación IPDE autoaplicado. Es un instrumento que evalúa trastornos de personalidad según los criterios del DSM-IV-TR y el CIE-10 (esquizoide, paranoide, disocial, impulsivo, límite, histriónico, anancástico, ansioso y dependiente). Fue construido por Loranger, Janca y Sartorius (1997). La versión utilizada ha sido la traducida y elaborada por De Miguel y Pelechano (2000). Se han utilizado las 59 preguntas de screening cuyo formato de respuesta es de tipo dicotómico (*Verdadero* o *Falso*). Esta prueba proporciona información acerca de los posibles trastornos de personalidad que pueden estar presentes en los pacientes que lo cumplimenten.

En cuanto a la fiabilidad de las escalas obtenida mediante el  $\alpha$  de Cronbach, sus valores oscilan entre  $\alpha = .81$   $\alpha = .92$  (Lenzenweger, 1999; citado en Furnham, Milner, Akhtar, y De Fruyt, 2014) por lo que se consideran buenas las propiedades psicométricas de este instrumento.

Se adjunta un ejemplar del cuestionario en el **Anexo IX**.

### **2.3.12. Mini Mental Adjustment to Cancer Scale (Mini-MAC)**

Esta escala se utiliza para medir las respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes ante el diagnóstico y el tratamiento del cáncer, en el momento actual. Las opciones de respuesta son: 1 = *Nada*, 2 = *Algo*, 3 = *Bastante*, 4 = *Mucho*. Está formada por 29 ítems agrupados en cinco subescalas:

- *Espíritu de lucha*: se caracteriza por una actitud optimista y la determinación de luchar durante la enfermedad.



- *Preocupación ansiosa*: caracterizada por sentimientos de abandono y bloqueo tras conocer el diagnóstico, y la adopción de una actitud pesimista.
- *Desamparo/Desesperanza*: preocupación constante por el cáncer y sentimientos de miedo, aprensión, ansiedad y de devastación, de que todo ha acabado.
- *Fatalismo*: hace referencia a la actitud de abandono en manos de Dios y de no anticipación, de aceptación de los acontecimientos tal como se presentan.
- *Negación o Evitación*: se caracteriza por la distracción con respecto a los pensamientos relativos al cáncer.

Se trata de un instrumento sencillo de cumplimentar por los pacientes. Fue desarrollada por Watson et al. (1994) para compensar algunas limitaciones, revisar y refinar los cuarenta ítems del MAC (*Mental Adjustment to Cancer*) y evaluar un componente más (respuestas de afrontamiento evitativo) (Anagnostopoulos, Kolokotroni, Spanea y Chrysochoou, 2006). Además, se eliminaron algunos ítems y se modificaron otros (Soriano, 2002). Esta escala junto con su versión anterior, MAC es la más utilizada para evaluar el afrontamiento en cáncer (Soriano, 2002).

En cuanto a la fiabilidad de las escalas obtenida mediante el de  $\alpha$  de Cronbach, oscila entre el .50 y el .88, habiendo obtenido más de .80 en tres de sus 5 escalas, por lo que puede afirmarse que ésta es aceptable (Grassi, Buda, Cavana, Annunziata, Torta y Varetto, 2005).

Se adjunta un ejemplar del cuestionario en el **Anexo X**.

## 2.4. Procedimiento

Para conseguir los objetivos anteriores se han evaluado a los pacientes que acuden al Servicio de Oncología de diversos centros públicos de la Comunidad Valenciana, siendo éstos: el Hospital Clínico Universitario de Valencia, Hospital Universitario Doctor Peset y La Fundación IVO, así como a los miembros de la Asociación A.V.O.L. (Asociación Valenciana de Operados de Laringe) que habían sido intervenidos quirúrgicamente tras el diagnóstico de cáncer.

La obtención de la muestra exigió que los médicos oncólogos fueran los encargados de remitir a la investigadora la muestra de pacientes de cáncer de cabeza y cuello (cuyo diagnóstico y tratamiento es el único criterio de inclusión fijado para este grupo). Para ello, informaron primeramente, a los pacientes sobre las características y objetivos de la investigación y se les ofreció la posibilidad de colaborar en ella. Los que aceptaron la invitación a participar en el estudio, concertaron cita para la entrevista con la psicóloga para cumplimentar los cuestionarios con la ayuda de ésta.

Asimismo, se ha contado con un grupo de comparación formado por personas “sanas”, sin diagnóstico de enfermedad oncológica. A estos sujetos, tras recibir información sobre las características principales de la investigación, se les ofreció la posibilidad de colaborar en ella, garantizando la privacidad incondicional de sus identidades, según indicaba el consentimiento informado (**Anexo I**).

## **2.5. Análisis estadísticos**

Los análisis estadísticos han sido llevados a cabo con el Programa SPSS.22 y, en consonancia con el tipo de diseño utilizado hemos aplicado las siguientes estrategias de análisis: (a) cálculo de la consistencia interna (alpha de Cronbach) de las diferentes variables manejadas en la investigación, (b) porcentajes, (c) análisis bivariados: análisis de medias, análisis correlacional y análisis de varianza y (d) análisis multivariados: análisis factorial y análisis discriminante.

## **CAPÍTULO III. RESULTADOS**



### **3.1. Introducción**

Con el fin de dar cuenta de las hipótesis planteadas en este estudio, los resultados que se exponen a continuación se han organizado en cinco bloques. Los cuatro primeros comprometen tanto al GCCC como al GC, mientras que el último se dirige a explorar algunos aspectos de interés que atañen más en exclusiva al GCCC. Concretamente, el primer bloque se dirige al estudio de la consistencia interna de las variables empleadas en la investigación. En el segundo y tercero, se plantea la comparación entre el GCCC y el GC, bien a nivel bivariado, bien a nivel multivariado. El cuarto, se interesa por los efectos que poseen el consumo de sustancias y el padecimiento de la enfermedad sobre los diferentes aspectos tratados en esta investigación. Finalmente, el quinto bloque se ocupa de explorar las peculiaridades que reviste el afrontamiento en el paciente con CCC, la influencia de la fase de tratamiento en la que se encuentra y la relevancia que para los enfermos posee el sentido de la enfermedad.

### **3.2. Análisis de la consistencia interna de las variables evaluadas**

A continuación, se exponen los índices de fiabilidad encontrados para las dimensiones de personalidad evaluadas por el cuestionario NEO-FFI, estimados a partir del  $\alpha$  de Cronbach.

Tabla 7

*Consistencia interna de las dimensiones de personalidad evaluadas por el NEO-FFI: GCCC (N = 114) y GC (N = 106)*

	Nº ítems	Rango	Muestra Total $\alpha$	GCCC $\alpha$	GC $\alpha$
Neuroticismo	12	0 – 48	.80	.76	.84
Extraversión	12	0 – 48	.82	.81	.84
Apertura a la experiencia	12	0 – 48	.79	.79	.69
Cordialidad	12	0 – 48	.71	.69	.71
Escrupulosidad	12	0 – 48	.82	.78	.85

**Nota.-** Se ha omitido el cero y la coma decimal ha sido sustituida por un punto,  $\alpha$  = Alfa de Cronbach

La muestra total (N=220) goza de buenos niveles de fiabilidad en cuatro de sus cinco subescalas (*neuroticismo*, *extraversión*, *apertura a la experiencia* y *escrupulosidad*), con coeficientes  $\alpha$  que oscilan entre  $\alpha = .79$  y  $\alpha = .82$ . Y un índice de fiabilidad aceptable en la escala cordialidad ( $\alpha = .71$ ).

Con respecto a los índices de fiabilidad en cada una de las escalas del NEO-FFI para cada grupo, cabe destacar que éstos son bastante parecidos, siendo en todo caso *apertura a la experiencia* algo más bajo en el GC que en el grupo con CCC ( $\alpha = .69$  vs.  $\alpha = .79$ ).

Seguidamente (Tabla 8) se presentan los índices de fiabilidad para los distintos factores de impulsividad, evaluados por el BIS-11.

Tabla 8

*Consistencia interna de la impulsividad evaluada por el BIS-11: GCCC (N = 114) y GC (N = 106)*

	Nº ítems	Rango	Muestra Total $\alpha$	GCCC $\alpha$	GC $\alpha$
Impulsividad cognitiva	8	0 – 32	.38	.38	.38
Impulsividad motora	10	0 – 40	.71	.63	.76
Ausencia de planificación	12	0 – 48	.53	.51	.59

**Nota.-**  $\alpha$  = Alfa de Cronbach

La tabla indica que se ha obtenido un nivel de fiabilidad aceptable para el factor *impulsividad motora* ( $\alpha = .71$ ), mientras que para los factores *impulsividad cognitiva* y *ausencia de planificación* los niveles de fiabilidad son bajos ( $\alpha = .38$  y  $\alpha = .53$  respectivamente). Respecto a los índices de consistencia interna de la impulsividad para las subescalas del cuestionario BIS-11 por grupos, éstos son aproximados siendo más elevados en el caso del grupo control en *impulsividad motora* ( $\alpha = .76$  vs.  $\alpha = .63$ ). Con respecto a los factores *ausencia de planificación* e *impulsividad cognitiva* se han eliminado de los análisis posteriores por su baja fiabilidad.

A continuación se presentan los índices de fiabilidad para las distintas subescalas de autocontrol, evaluados por el Cuestionario de Autocontrol de Grasmick.

Tabla 9

*Consistencia interna de autocontrol evaluado por el Cuestionario de Autocontrol: GCCC (N = 114) y GC (N = 106)*

	Nº ítems	Rango	Muestra Total $\alpha$	GCCC $\alpha$	GC $\alpha$
Búsqueda de riesgos	7	0 – 7	.57	.61	.49
Preferencias por tareas fáciles	5	0 – 5	.61	.52	.67
Egocentrismo	4	0 – 4	.42	.52	.27
Preferencias por actividades físicas	4	0 – 4	.69	.65	.68
Temperamento volátil	4	0 – 4	.60	.49	.68

**Nota.-**  $\alpha$  = Alfa de Cronbach

Como puede observarse en la Tabla 9, en la escala *preferencias por actividades físicas* se ha alcanzado un nivel de fiabilidad que se aproxima a lo aceptable ( $\alpha = .69$ ), mientras que el resto de escalas han obtenidos niveles bajos (entre .61 y .57), siendo la subescala *egocentrismo* la que ha obtenido el índice más bajo ( $\alpha = .42$ ), por ello será eliminada en los análisis posteriores.

Si se comparan los índices de consistencia interna entre grupos, éstos son más altos en el grupo control para *preferencias por tareas fáciles* ( $\alpha = .52$  vs.  $\alpha = .67$ ) y *temperamento volátil* ( $\alpha = .49$  vs.  $\alpha = .68$ ). En el caso del factor *búsqueda de riesgos* la fiabilidad es más elevada en el caso del grupo con CCC ( $\alpha = .61$  vs.  $\alpha = .49$ ).

Seguidamente se presenta el índice de consistencia interna encontrado en relación con la medida de la resiliencia, evaluados por el CD-RISC.



Tabla 10

*Consistencia interna de la resiliencia evaluada por el CD-RISC: GCCC (N = 114) y GC (N = 106)*

	Nº ítems	Rango	Muestra Total $\alpha$	GCCC $\alpha$	GC $\alpha$
Resiliencia	10	0 – 40	.78	.76	.81

**Nota.-**  $\alpha$  = Alfa de Cronbach

Como puede apreciarse en la Tabla 10, el índice de consistencia interna hallado tanto en la muestra total como para ambos grupos es aceptable (Total  $\alpha = .78$ , GCCC  $\alpha = .76$ , GC  $\alpha = .81$ ). El índice más elevado ha sido para el grupo de comparación.

Los índices de fiabilidad en los estilos de afrontamiento evaluados por el COPE se presentan en la Tabla 11.

Tabla 11

*Consistencia interna del afrontamiento evaluado por la Escala COPE: GCCC (N = 114) y GC (N = 106)*

	Nº ítems	Rango	Muestra Total $\alpha$	GCCC $\alpha$	GC $\alpha$
Afrontamiento conductual centrado en el problema	11	11 – 44	.68	.61	.75
Afrontamiento cognitivo del problema	15	15 – 60	.74	.69	.78
Escape cognitivo	11	11 – 44	.78	.82	.73
Afrontamiento centrado en las emociones	12	12 – 48	.84	.83	.85
Escape conductual	7	7 – 28	.46	.30	.57
Consumo de drogas	4	4 – 16	.99	.99	.97

**Nota.-**  $\alpha$  = Alfa de Cronbach

Las variables *afrentamiento cognitivo*, *escape cognitivo* y *afrentamiento emocional* obtienen índices adecuados, que oscilan entre  $\alpha = .74$  y  $\alpha = .84$ . La variable diseñada para evaluar el *consumo de drogas* obtiene un nivel de consistencia interna de  $\alpha = .99$ , que se considera excelente. En el caso de la subescala de *afrentamiento conductual*, la fiabilidad roza niveles aceptables ( $\alpha = .68$ ), mientras que la que evalúa el *escape conductual* ha obtenido niveles bajos ( $\alpha = .46$ ), por ello se eliminará en análisis posteriores.

Si se compara la fiabilidad alcanzada por ambos grupos en cada subescala, se aprecia que, en la mitad de ellas, el GCCC obtiene unos índices más elevados, mientras que en la otra mitad es el GC quien alcanza niveles superiores.

A continuación se hacen constar los índices de fiabilidad en afrontamiento específico del cáncer, evaluados por el Mini-MAC, aplicado únicamente al GCCC.

Tabla 12

*Consistencia interna del afrontamiento del cáncer evaluado por el Mini-MAC: GCCC (N = 114) y GC (N = 106)*

	Nº ítems	Rango	GCCC $\alpha$
Espíritu de lucha	4	4 – 16	.56
Preocupación ansiosa	8	8 – 32	.86
Fatalismo	5	5 – 20	.59
Desamparo/Desesperanza	8	8 – 32	.80
Evitación cognitiva	4	4 – 16	.72

**Nota.-**  $\alpha$  = Alfa de Cronbach

En relación con el índice de fiabilidad de las subescalas, éstos resultan adecuados en *preocupación ansiosa* y *desamparo/desesperanza* ( $\alpha = .86$  y  $\alpha = .80$  respectivamente), el índice es aceptable en la escala *evitación cognitiva* ( $\alpha = .72$ ), y más bajo en las escalas *espíritu de lucha* y *fatalismo* ( $\alpha = .56$  y  $\alpha = .59$  respectivamente).

En la Tabla 13, se muestran los índices de consistencia interna referentes a la escala LSB-50, que evalúa síntomas psicológicos generales.

Tabla 13. *Consistencia interna de la sintomatología psicológica evaluada por el LSB-50: GCCC (N = 114) y GC (N = 106)*

	Nº ítems	Rango	Muestra Total $\alpha$	GCCC $\alpha$	GC $\alpha$
Hipersensibilidad	7	0 – 28	.79	.72	.87
Obsesión-Compulsión	7	0 – 28	.74	.69	.80
Ansiedad	9	0 – 36	.77	.73	.82
Hostilidad	6	0 – 24	.74	.70	.79
Somatización	8	0 – 32	.72	.65	.80
Depresión	10	0 – 40	.81	.74	.87
Alteraciones de sueño	3	0 – 12	.82	.80	.86

**Nota.-**  $\alpha$  = Alfa de Cronbach

Como puede observarse, los índices de fiabilidad de las siete escalas del instrumento para la muestra total son aceptables, oscilando entre  $\alpha = .72$  y  $\alpha = .82$ . Al igual que en otros instrumentos, los índices de consistencia interna del GC son más elevados que los del grupo con CCC.

En suma, todas las variables de los instrumentos utilizados han alcanzado niveles moderados o altos de fiabilidad, excepto *impulsividad cognitiva*, *ausencia de planificación*, *egocentrismo* y *escape conductual*, que por su baja fiabilidad no serán tenidas en cuenta en los sucesivos análisis.

### 3.3. Análisis de medias

En este segundo bloque de resultados se presentan los análisis de medias, con el objetivo de determinar las diferencias encontradas entre el grupo de pacientes con cáncer de cabeza y cuello (GCCC) y el grupo de comparación (GC) en las variables analizadas en este estudio.

#### 3.3.1. Dimensiones básicas de personalidad

Los datos que se recogen en la Tabla 14 se corresponden con las medias, desviaciones típicas, el estadístico  $t$  de Student, y la  $d$  de Cohen, que nos permiten observar las diferencias significativas en los rasgos de personalidad, evaluados mediante el NEO-FFI, entre ambos grupos (GCCC y GC). Los intervalos para calificar el tamaño del efecto son: pequeño o débil ( $d = .20$ ), medio o moderado ( $d = .50$ ) y fuerte ( $d = .80$ ).

Tabla 14

*Análisis de medias de las dimensiones de personalidad evaluadas por el NEO-FFI: GCCC (N = 114) y GC (N = 106)*

	GCCC (N=114)		GC (N=106)		$t$	$d$
	$M$	$DT$	$M$	$DT$		
Neuroticismo	16.60	6.60	15.75	7.09	.92	/
Extraversión	29.19	8.07	29.00	7.56	.18	/
Apertura a la experiencia	20.26	8.50	26.83	6.33	<b>-6.53***</b>	.89
Cordialidad	34.84	6.32	32.42	5.91	<b>2.95**</b>	.40
Escrupulosidad	34.03	7.06	33.73	7.14	.31	/

**Nota.** -  $M$  = Media;  $DT$  = Desviación Típica;  $t = t$  de Student; \*\* =  $p < .01$ , \*\*\* =  $p < .001$

Los resultados obtenidos en la prueba  $t$  de Student, indican diferencias estadísticamente significativas en el factor *apertura a la experiencia* ( $t = -6.53$ ;  $p < .001$ ), con un tamaño del efecto fuerte ( $d = -.89$ ), de forma que la presencia de este

rasgo es significativamente menor en el GCCC, lo que apuntaría a una falta de curiosidad intelectual, de creatividad e imaginación, de gusto por la variedad.

Otra diferencia estadísticamente significativa se ha hallado en *cordialidad* ( $t = 2.95$ ;  $p < .01$ ), con un tamaño del efecto débil ( $d = .40$ ). En este caso el GCCC ha obtenido puntuaciones más elevadas en este rasgo de personalidad.

Por último, cabe señalar que no se han obtenido diferencias significativas entre ambos grupos para el resto de rasgos temperamentales evaluados en el cuestionario NEO-FFI (*neuroticismo, extraversión y escrupulosidad*).

### 3.3.2. Impulsividad

En la Tabla 15 se presentan los datos referentes a la diferencia de medias obtenidas en impulsividad (evaluada mediante la Escala BIS-11), al comparar ambos grupos (GCCC y GC).

Tabla 15

*Análisis de medias de la impulsividad evaluada por el BIS-11: GCCC (N = 114) y GC (N = 106)*

	GCCC (N=114)		GC (N=106)		<i>t</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
Impulsividad motora	16.82	6.52	13.52	6.61	<b>3.73***</b>	50

**Nota.-** *M* = Media; *DT* = Desviación Típica; *t* = *t* de Student; \*\*\* =  $p < .001$

Como puede observarse, el GCCC obtiene puntuaciones significativamente más elevadas que el GC en la subescala *impulsividad motora* ( $t = 3.73$ ,  $p < .001$ ), con un tamaño del efecto moderado ( $d = .50$ ).

### 3.3.3. Autocontrol

Los resultados que se presentan en la Tabla 16, se refieren a las diferencias de medias de ambos grupos, en las variables de autocontrol (evaluada mediante la Escala de Autocontrol).

Tabla 16

*Análisis de medias del autocontrol evaluado por la Escala de Autocontrol de Grasmick: GCCC (N = 114) y GC (N = 106)*

	GCCC (N=114)		GC (N=106)		<i>t</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
Búsqueda de riesgos	2.29	1.65	1.82	1.36	<b>2.30*</b>	31
Preferencias por tareas fáciles	2.44	1.41	1.85	1.57	<b>2.93**</b>	40
Preferencia por actividades físicas	2.98	1.17	2.05	1.40	<b>5.34***</b>	72
Temperamento volátil	1.58	1.10	1.26	1.28	1.95(.052)	27

**Nota.**- *M* = Media; *DT* = DesviaciónTípica; *t* = *t* de Student; \* =  $p < .05$ , \*\* =  $p < .01$ , \*\*\* =  $p < .001$

Los resultados obtenidos en la *t* de Student, indican diferencias entre ambos grupos en tres de las cuatro escalas. Concretamente, la subescala *preferencia por actividades físicas* es la que ha alcanzado mayor nivel de significación ( $t = 5.34$ ,  $p < .001$ ), con un tamaño del efecto moderado ( $d = .72$ ), por ello, el grupo de pacientes con CCC se caracterizaría por una mayor tendencia a escoger tipos de tareas que implican movimiento. Este resultado se encuentra relacionado con el obtenido en *impulsividad motora*, mencionado anteriormente.

Asimismo, la diferencia es significativa en *preferencia por tareas fáciles* ( $t = 2.93$ ,  $p < .001$ ), con un tamaño del efecto débil ( $d = .40$ ), caracterizando al grupo de pacientes con CCC. Esto apunta a la tendencia de los pacientes a esforzarse lo mínimo, a buscar el placer y a abandonar las actividades más complicadas.

Otro hallazgo de interés ha sido la diferencia obtenida en la escala *búsqueda de riesgos* en la que, como cabía esperar, ha puntuado más alto el grupo con CCC ( $t = 2.30$ ,  $p < .05$ ), con un tamaño del efecto pequeño ( $d = .40$ ). Esto implica que los pacientes con CCC de nuestra muestra, buscan más el riesgo como modo de diversión y se despreocupan de la propia seguridad.

En cuanto al *temperamento volátil o inestable*, cabe destacar que se acerca a la significación estadística ( $t = 1.95$ ,  $p < .052$ ,  $d = .27$ ), por lo que el grupo con CCC se caracterizaría ligeramente más por este tipo de temperamento.

### 3.3.4. Resiliencia

En la Tabla 17 se presentan los datos referentes a la diferencia de medias obtenidas en resiliencia (evaluada mediante la Escala CD-RISC), al comparar ambos grupos (GCCC y GC).

Tabla 17

*Análisis de medias en resiliencia evaluada por el CD-RISC: GCCC (N = 114) y GC (N = 106)*

	GCCC (N=114)		GC (N=106)			
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>t</i>	<i>d</i>
Resiliencia	27.15	5.43	26.92	5.45	.32	/

**Nota-** *M* = Media; *DT* = DesviaciónTípica; *t* = *t de Student*

Los datos que se recogen en la Tabla 17, nos permiten observar que no existen diferencias en resiliencia, entre ambos grupos.

### 3.3.5. Estilos de afrontamiento (COPE)

Los datos que se presentan en la Tabla 18 muestran las diferencias de medias entre ambos grupos (GCCC y GC), en los estilos de afrontamiento, evaluados mediante la Escala COPE.

Tabla 18

*Análisis de medias en afrontamiento evaluado por la Escala COPE: GCCC (N = 114) y GC (N = 106)*

	GCCC (N=114)		GC (N=106)		<i>t</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
Afrontamiento conductual centrado en el problema	29,91	3,91	31,53	4,45	<b>-2.85**</b>	-.39
Afrontamiento cognitivo del problema	35,50	5,56	37,57	5,99	<b>-2.65**</b>	-.36
Escape cognitivo	18,64	6,14	19,63	5,35	-1.28	/
Afrontamiento centrado en las emociones	27,73	6,16	29,65	6,07	<b>-2.33*</b>	-.31
Consumo de drogas	4,84	2,26	4,17	1,26	<b>2.75**</b>	.38

**Nota-** *M* = Media; *DT* = Desviación Típica; *t* = *t* de Student; \* =  $p < .05$ , \*\* =  $p < .01$

Los resultados obtenidos en la *t* de Student, indican diferencias significativas entre los dos grupos en cuatro de las cinco subescalas del instrumento. El grupo de CCC ha obtenido puntuaciones más elevadas con respecto al GC, en *consumo de drogas* ( $t = 2.75$ ,  $p < .01$ ), con un tamaño del efecto pequeño ( $d = .38$ ). Como cabría esperar, este tipo de afrontamiento basado en la evasión ante los problemas, caracterizaría más al grupo con CCC.

En el caso del GC, se han obtenido las puntuaciones más elevadas con diferencias significativas en *afrontamiento conductual* ( $t = -2.85$ ,  $p < .01$ ), *afrontamiento cognitivo* ( $t = -2.65$ ,  $p < .01$ ), y *afrontamiento centrado en las emociones* ( $t = -2.33$ ,  $p < .01$ ), con un tamaño del efecto pequeño en las tres variables ( $d = -.39$ ,  $d = -.36$ ,  $d = -.31$ , respectivamente).

Estos resultados evidencian el uso menos frecuente de estrategias de afrontamiento conductuales y cognitivas (orientadas tanto al problema como a la



emoción) en el grupo de pacientes con CCC en comparación con el GC formado por personas sanas.

### 3.3.6. Síntomas psicológicos generales

Los datos que se recogen en la Tabla 19, nos muestran las diferencias de medias entre ambos grupos (GCCC y GC), en sintomatología psicológica, evaluados mediante la Escala LSB-50.

Tabla 19

*Análisis de medias en sintomatología psicológica evaluada por el LSB-50: GCCC (N = 114) y GC (N = 106)*

	GCCC (N=114)		GC (N=106)		<i>t</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
Hipersensibilidad	3,66	4,10	3,42	4,08	.42	/
Obsesión-Compulsión	7,66	4,84	7,70	4,93	-.06	/
Ansiedad	3,66	4,15	2,76	3,76	1.68	/
Hostilidad	2,06	2,66	2,35	2,76	-.79	/
Somatización	6,22	4,84	4,24	4,52	<b>3.14**</b>	.42
Depresión	7,61	5,82	5,35	5,78	<b>2.88**</b>	.39
Alteraciones de sueño	4,26	3,81	3,78	3,35	.99	/

**Nota-** *M* = Media; *DT* = Desviación Típica; *t* = *t* de Student; \*\* =  $p < .01$

Los resultados obtenidos en la *t* de Student para la Escala LSB-50, muestran únicamente diferencias estadísticamente significativas en *somatización* ( $t = 3.14$ ,  $p < .01$ ) y *depresión* ( $t = 2.88$ ,  $p < .01$ ), con un tamaño del efecto débil ( $d = .42$  y  $d = .39$  respectivamente). Estos resultados indican que el grupo con CCC puntúa significativamente más alto que el grupo de comparación en ambas variables, siendo lógica la diferencia en *somatización* debido a la enfermedad física que padecen. Por ello cabe destacar principalmente la diferencia en *depresión*, no encontrando diferencias en el resto de sintomatología psicológica.

### 3.3.7. Trastornos de personalidad

A continuación, en la Tabla 20 se presentan las diferencias de medias entre los grupos en los trastornos de personalidad, evaluados a través del IPDE.

Tabla 20

*Análisis de medias en trastornos de personalidad evaluados por el Cuestionario IPDE: GCCC (N = 114) y GC (N = 106)*

	GCCC (N=114)		GC (N=106)		<i>t</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
Paranoide	2,64	1,42	2,14	1,21	<b>2.82**</b>	38
Esquizoide	3,22	1,44	3,17	1,50	.25	/
Disocial	1,58	0,72	1,44	0,60	.83	/
Impulsivo	1,78	0,97	1,69	0,93	.72	/
Límite	2,30	0,83	2,33	0,80	-.29	/
Histriónico	2,21	0,96	1,72	0,85	<b>4.04***</b>	54
Anancástico	3,28	1,67	3,22	1,72	.28	/
Ansioso	2,97	1,38	2,55	1,25	<b>2.41*</b>	32
Dependiente	1,54	1,36	1,18	1,16	<b>2.09*</b>	29

**Nota-** *M* = Media; *DT* = Desviación Típica; *t* = *t* de Student; \* =  $p < .05$ , \*\* =  $p < .01$ , \*\*\* =  $p < .001$

Como se observa en la Tabla 20, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en cuatro de los nueve trastornos de personalidad que son considerados en el IPDE.

El grupo con CCC ha obtenido puntuaciones más elevadas en el *trastorno histriónico* ( $t = 4.04$ ,  $p < .001$ ), con un tamaño del efecto moderado ( $d = .54$ ) seguido del *trastorno paranoide* ( $t = 2.82$ ,  $p < .01$ ), con un tamaño del efecto pequeño ( $d = .38$ ), el *trastorno ansioso* ( $t = 2.82$ ,  $p < .05$ ) y el *trastorno dependiente* ( $t = 2.09$ ,  $p < .05$ ) ambos también con un tamaño del efecto débil ( $d = .32$  y  $d = .29$ , respectivamente).

### 3.3.7.1. Trastornos de personalidad más prevalentes

Con el fin de detectar una posible presencia de trastornos de personalidad, se ha tenido en cuenta el criterio clínico (De Miguel y Pelechano, 2000). Según dicho criterio, es preciso puntuar en al menos tres de los ítems que se corresponden con cada subescala. Los resultados de la Tabla 21 muestran las diferencias de frecuencias en trastornos de personalidad entre ambos grupos.

Tabla 21

*Diferencias de frecuencias en los trastornos de personalidad (GCCC vs. GC)*

	GCCC (N=114)	GC (N=106)	Chi <sup>2</sup>
Sin Trastornos	5 (4,4%)	10 (9,4%)	2.20
Paranoide	61 (53,5%)	37 (34,9%)	7.70**
Esquizoide	76 (66,7%)	65 (61,3%)	.68
Disocial	11 (9,6%)	4 (3,8%)	2.99
Impulsivo	22 (19,3%)	16 (15,1%)	.68
Límite	37 (32,5%)	39 (36,8%)	.46
Histriónico	43 (37,7%)	17 (16,0%)	13.02***
Anancástico	72 (63,2%)	65 (61,3%)	.08
Ansioso	63 (55,3%)	55 (51,9%)	.25
Dependiente	21 (18,4%)	16 (15,1%)	.44

Nota-. \*\* =  $p < .01$ , \*\*\* =  $p < .001$

Como puede apreciarse, se ha encontrado una mayor presencia de trastornos en el GCCC para todas las subescalas de trastornos, excepto en el *trastorno límite* que aparece con apenas mayor frecuencia en el GC. Tras efectuar el análisis de diferencias mediante Chi<sup>2</sup>, únicamente se han hallado diferencias estadísticamente significativas en los *trastornos paranoide* (Chi<sup>2</sup> = 7.70,  $p < .01$ ) e *histriónico* (Chi<sup>2</sup> = 13.02,  $p < .001$ ), siendo éstos más frecuentes en el GCCC.

A continuación, la Tabla 22 muestra la frecuencia de múltiples trastornos en ambos grupos.

Tabla 22

*Frecuencia de múltiples trastornos (GCCC vs. GC)*

Nº Trastornos	GCCC	GC
0	4.4%	9.4%
1	11.4%	12.3%
2	17.5%	21.7%
3	17.5%	20.8%
4	14.9%	15.1%
5	19.3%	9.4%
6	7.9%	8.5%
7	3.5%	2.8%
8	2.6%	0%
9	0.9%	0%

Como puede observarse en la Tabla 22, en el GCCC el porcentaje de presencia de varios trastornos en un mismo sujeto, es más elevado en comparación con el GC, en el rango entre cinco y nueve trastornos. En el GC, los sujetos con trastornos se concentran en el rango de uno a cuatro, siendo los porcentajes mayores en éste con respecto al GCCC. Por tanto, la multiplicidad de trastornos en un mismo sujeto es mayor en el GCCC que en el GC.

### **3.4. Análisis multivariados**

En este apartado se consideran las diferencias entre el GCCC y el GC a nivel multivariado. Concretamente se han ejecutado análisis factoriales (rotación varimax con componentes principales) y análisis discriminantes (paso a paso con procedimiento V de Rao).

#### **3.4.1. Análisis factoriales**

Con el objetivo de resumir los patrones de covariación entre las diferentes variables evaluadas, que son comunes a ambos grupos, se han realizado análisis factoriales, uno para cada grupo participante en la investigación.

Las variables comunes a los dos grupos, introducidas en cada uno de los análisis son las siguientes: dimensiones básicas de personalidad, impulsividad y autocontrol, resiliencia, afrontamiento, sintomatología psicológica y trastornos de personalidad.

El procedimiento de rotación seguido en los análisis ha sido varimax, con el método de extracción de análisis de componentes principales. El índice de Kaiser-Meyer-Olkin arrojó un valor de .68 para el GCCC y de .80 para el GC. Los resultados de ambos análisis se muestran en las Tablas 23 (GCCC) y 24 (GC).

Los coeficientes de correlación simple entre las distintas variables para cada grupo se encuentran en el Anexo VI (Tablas 49 a 53 para el grupo con CCC, y para el grupo de comparación tablas 54 a 58).

A continuación se presentan los resultados correspondientes al análisis factorial para el GCCC, en la Tabla 23.

Tabla 23

*Análisis factorial: grupo con cáncer de cabeza y cuello (N=114)*

	Matriz de estructura										h <sup>2</sup>
	Componente										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Neuroticismo	<b>.62</b>	-.14	.26	.42	-.06	-.38	-.00	.08	-.43	.37	.71
Extraversión	-.31	.43	-.16	-.24	-.13	.19	-.40	<b>-.56</b>	.13	.11	.70
Apertura a la experiencia	-.06	.32	.01	-.00	<b>-.72</b>	.02	-.38	-.16	-.12	.04	.73
Cordialidad	.02	.09	<b>-.59</b>	.16	.11	-.01	-.11	-.30	.31	.13	.59
Escrupulosidad	<b>-.64</b>	.34	-.37	.15	-.20	.03	.26	-.28	.11	-.18	.76
Impulsividad motora	.23	-.06	<b>.57</b>	-.01	.37	-.14	-.30	.04	-.27	.42	.66
Búsqueda de riesgos	.15	.20	<b>.50</b>	.11	.26	.04	-.44	.20	-.46	.41	.76
Preferencia tareas fáciles	.42	-.04	.24	.00	.52	.12	.09	.24	-.17	<b>.53</b>	.71
Preferencia actividad física	.03	.14	.08	.13	<b>.75</b>	-.14	-.13	-.07	-.12	-.03	.69
Temperamento volátil	.02	-.07	<b>.80</b>	.03	.23	.01	.03	.26	-.17	-.03	.71
Resiliencia	<b>-.63</b>	.48	.06	-.09	-.27	.23	-.25	-.14	.08	-.03	.72
Afrontamiento conductual centrado en problema	-.17	<b>.77</b>	-.18	.07	.01	-.22	.13	-.22	.01	-.10	.75
Afrontamiento cognitivo centrado en problema	-.09	.85	-.03	-.12	-.07	.10	-.08	-.04	-.00	<b>.16</b>	.79
Escape cognitivo	.02	.12	-.12	.02	-.11	-.13	.06	-.04	-.09	<b>.85</b>	.82
Afrontamiento centrado en emociones	.16	<b>.51</b>	.11	.20	-.03	-.50	-.17	-.36	-.20	.28	.65
Consumo de drogas	.04	-.01	.20	-.08	.14	<b>-.71</b>	-.08	.19	-.05	.14	.64
Trastorno paranoide	.25	.16	.32	.12	.28	.12	.03	.36	<b>-.58</b>	-.04	.61
Trastorno esquizoide	.07	-.11	.01	.08	.24	.33	.36	<b>.64</b>	-.13	.00	.64
Trastorno disocial	.06	-.04	.16	-.03	-.05	-.13	-.27	<b>.66</b>	-.10	.10	.60
Trastorno impulsivo	.29	.14	<b>.52</b>	.17	.01	-.50	.03	-.18	-.15	.04	.58
Trastorno límite	-.00	-.11	.12	.14	-.03	-.12	.10	.16	<b>-.84</b>	.13	.81
Trastorno histriónico	.35	.23	.07	.17	.08	-.04	-.05	-.31	<b>-.66</b>	.25	.69
Trastorno anancástico	.05	.08	.13	.11	.06	-.03	<b>.81</b>	-.04	-.15	.14	.78
Trastorno ansioso	.47	.01	.05	.29	.20	<b>-.57</b>	.30	-.05	-.23	.24	.63
Trastorno dependiente	.50	-.05	.14	.01	.05	-.47	.17	.00	-.32	<b>.57</b>	.69
Hipersensibilidad	.50	-.20	.39	<b>.50</b>	.07	-.01	.05	.31	-.40	.21	.65
Obsesión-compulsión	<b>.79</b>	.10	.12	.44	.02	-.17	.06	.00	-.28	.22	.75
Ansiedad	<b>.65</b>	-.05	.17	.57	-.06	-.14	.01	-.17	-.10	.18	.67
Hostilidad	.27	-.11	<b>.72</b>	.29	-.03	-.25	-.02	-.08	-.02	.08	.68
Somatización	.23	.09	.03	<b>.83</b>	-.07	.01	.02	-.08	-.10	.05	.72
Depresión	.51	-.17	.28	<b>.71</b>	.06	-.10	.12	.06	-.44	.14	.76
Alteraciones del sueño	-.03	-.06	.04	<b>.73</b>	.30	-.05	.15	.12	-.12	-.09	.70

Continuación Tabla 23

Matriz de estructura											
Componente											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	h <sup>2</sup>
Valor propio	6.39	3.13	2.56	2.03	1.86	1.69	1.52	1.12	1.11	1.10	/
% varianza total	20	9,80	8.02	6.35	5.83	5.3	4.77	3.51	3,50	3,209	70.26
% varianza extraída rotación	28.47	13.95	11.41	9.04	8.29	7.54	6.78	4.99	4.98	4.55	/

Por lo que se refiere al grupo de pacientes (GCCC), se han obtenido un total de 10 factores que explican el 70.26 % de la varianza total. A continuación pasamos a describir cada uno de los factores.

El *primer factor*, posee un valor propio de 6.39 y explica el 20% de la varianza total y el 28.47% de la extraída por la rotación. Es un factor bipolar relacionado con la *inestabilidad emocional* ya que en un polo saturan positivamente las dos dimensiones de síntomas de *obsesión-compulsión*, *ansiedad*, junto con el *neuroticismo* y, en el otro polo, saturan negativamente la *escrupulosidad* y *resiliencia*. Las saturaciones factoriales oscilan entre unos valores de  $-.63$  (*resiliencia*) y  $.79$  (*obsesión-compulsión*).

El *segundo factor*, posee un valor propio de 3.13, explicando el 9.80% de la varianza total y el 13.95% de la extraída por la rotación. Es un factor que podríamos calificar de *afrentamiento* caracterizado principalmente por un estilo *activo* ante los problemas, aunque incluye también el *afrentamiento centrado en las emociones*. Los valores de las saturaciones factoriales de las dos variables que lo definen oscilan entre  $.85$  (*afrentamiento cognitivo centrado en el problema*) y  $.51$  (*afrentamiento centrado en las emociones*).

El *tercer factor*, posee un valor propio de 2.56 y explica el 8.02% de la varianza total y el 11.41% de la extraída por la rotación. Se trata de un factor bipolar de *impulsividad* concierto tinte de hostilidad que agrupa en el polo positivo cinco variables, la *impulsividad motora* ( $.57$ ), el *temperamento volátil* ( $.80$ ), la *búsqueda de riesgos* ( $.50$ ), el *trastorno impulsivo* ( $.52$ ) y la *hostilidad* ( $.72$ ) y en el negativo, la variable de personalidad *cordialidad* ( $-.59$ ).

El *cuarto factor* posee un valor propio de 2.03 y explica el 6.35% de la varianza total y el 9.04% de la extraída por la rotación. Es un factor de *sintomatología*, que agrupa cuatro variables evaluadas por la LSB-50, con cargas respectivas de .83 (*somatización*), .73 (*alteraciones del sueño*), .71 (*depresión*) y .50 (*hipersensibilidad*).

El *quinto factor* tiene un valor propio de 1.86 y explica el 5.83% de la varianza total y el 8.29% de la extraída por la rotación. Es un factor que contrasta la *preferencia por las actividades físicas* (.75) vs. la *apertura a la experiencia* (-.72).

El *sexto factor* tiene un valor propio de 1.69 y explica el 5.3% de la varianza total y el 7.54% de la extraída por la rotación. Es un factor claro relacionado con *afrentamiento evasivo y ansioso* (invirtiendo las puntuaciones). Está compuesto por dos variables con carga negativa, concretamente, se trata de las variables de *consumo de drogas* (-.71), y *trastorno ansioso* (-.57).

El *séptimo factor* tiene un valor propio de 1.52 y explica el 4.77% de la varianza total y el 6.78% de la extraída por la rotación. Está compuesto por una única variable, el *trastorno de personalidad anancástico* (.81) correspondiente al cuestionario IPDE.

El *octavo factor* tiene un valor propio de 1.12 y explica el 3.51% de la varianza total y el 4.99% de la extraída por la rotación. Es un factor que supone *dificultades para establecer relaciones interpersonales* por falta de sociabilidad y empatía. Éste agrupa por una parte las variables del IPDE, *trastorno esquizoide* (.64) y *trastorno disocial* (.66), y por otra, el rasgo de personalidad *extraversión* (-.56)

El *noveno factor* tiene un valor propio de 1.11 y explica el 3.50% de la varianza total y el 4.98% de la extraída por la rotación. Es un factor de *trastornos de personalidad* (invirtiendo las puntuaciones), compuesto por tres variables con carga negativa, concretamente se trata de las variables del IPDE *trastorno límite* (-.84), *trastorno histriónico* (-.66) y *trastorno paranoide* (-.58).

El *décimo factor* posee un valor propio de 1.10 y explica el 3.20% de la varianza total y el 4.55% de la extraída por la rotación. Es un factor que agrupa tres variables, la *preferencia por tareas fáciles* (.53), *escape cognitivo* (.85) y el *trastorno de*



*personalidad dependiente* (.57). Es un factor que da una cierta idea de huida, de querer desentenderse, de no estar uno pendiente de las cosas que le rodean.

Seguidamente, en la Tabla 24, se muestran los resultados obtenidos tras el análisis factorial correspondiente al GC.

Tabla 24

*Análisis factorial: Grupo Control (N=106)*

Matriz de estructura									
	Componente								h <sup>2</sup>
	1	2	3	4	5	6	7	8	
Neuroticismo	<b>.59</b>	.45	.42	.10	-.27	.47	.35	-.23	.73
Extraversión	-.40	.23	.61	.13	.19	<b>.50</b>	.08	-.12	.69
Apertura a la experiencia	.01	.09	<b>.61</b>	.02	.03	.02	.05	.19	.44
Cordialidad	-.22	-.10	.03	.07	.11	<b>.82</b>	.08	.09	.72
Escrupulosidad	-.22	-.34	.42	.06	.51	.28	<b>.53</b>	.35	.77
Impulsividad motora	.27	<b>.76</b>	.14	.00	.16	.14	.26	.28	.67
Búsqueda de riesgos	.08	<b>.62</b>	.21	.28	.07	.00	.57	.17	.74
Preferencia tareas fáciles	.26	.35	.36	.14	<b>.59</b>	.13	.28	.01	.58
Preferencia actividad física	-.05	<b>.79</b>	.08	.07	.07	.03	.05	.24	.75
Temperamento volátil	.50	.38	.28	.07	.18	<b>.58</b>	.08	.30	.60
Resiliencia	-.39	-.32	<b>.63</b>	.05	.35	.55	.09	.07	.75
Afrontamiento conductual centrado en problema	-.23	-.48	<b>.67</b>	.08	.35	.15	.15	.24	.75
Afrontamiento cognitivo centrado en problema	-.17	-.32	<b>.71</b>	.05	.18	.31	.08	.04	.70
Escape cognitivo	.17	.09	.02	.07	<b>.64</b>	.02	.00	.25	.50

Continuación Tabla 24

Matriz de estructura									
	Componente								h <sup>2</sup>
	1	2	3	4	5	6	7	8	
Afrontamiento centrado en emociones	.00	.13	<b>.48</b>	.49	.17	.13	.31	.07	.68
Consumo de drogas	.00	.15	.20	.04	.13	.14	<b>.69</b>	.08	.59
Trastorno paranoide	.37	.14	.00	<b>.73</b>	.06	.20	.07	.13	.63
Trastorno esquizoide	.43	-.06	.01	.41	<b>.50</b>	.38	.05	.12	.66
Trastorno disocial	.20	-.13	.17	.24	.10	.15	.16	<b>.76</b>	.73
Trastorno impulsivo	.39	-.09	-.09	.06	.30	<b>.59</b>	-.13	-.24	.62
Trastorno límite	-.02	-.02	-.01	<b>-.73</b>	-.02	-.05	.17	-.08	.60
Trastorno histriónico	.18	.09	-.04	-.11	-.14	.02	<b>.65</b>	.00	.45
Trastorno anancástico	.47	-.21	-.15	-.38	.22	<b>.48</b>	-.22	.15	.66
Trastorno ansioso	.53	.19	-.29	-.26	-.05	<b>.63</b>	.15	-.02	.59
Trastorno dependiente	.09	-.07	-.18	.12	<b>-.49</b>	.46	.37	.00	.59
Hipersensibilidad	<b>.78</b>	.08	-.36	-.18	-.39	.56	.02	-.11	.81
Obsesión-compulsión	<b>.84</b>	.03	-.23	-.13	-.07	.34	.14	-.06	.74
Ansiedad	<b>.82</b>	.16	-.20	-.09	-.26	.42	.08	-.06	.72
Hostilidad	<b>.70</b>	.18	-.29	-.05	-.05	.66	-.01	-.33	.78
Somatización	<b>.69</b>	.14	.11	-.22	-.10	-.03	.19	-.25	.66
Depresión	<b>.88</b>	.07	-.27	-.28	-.34	.46	.16	-.15	.88
Alteraciones del sueño	<b>.79</b>	.08	-.03	-.10	-.05	.24	.05	-.17	.64
Valor propio	8.80	3.13	2.59	1.75	1.64	1.39	1.27	1.00	/
% Varianza total	27.50	9.80	8.10	5.46	5.13	4.40	3.97	3.15	67.49
% Varianza total extraída	40.74	14.52	12	8.09	7.60	6.51	5.88	4.66	/

Por lo que se refiere al GC, se han obtenido 8 factores que explican el 67.49 % de la varianza total. A continuación pasamos a describir cada uno de los factores.

El *primer factor*, posee un valor propio de 8.80 y explica el 27.50% de la varianza total y el 40.74% de la extraída por la rotación. Es un factor claro de *sintomatología psicológica*, que agrupa todas las variables que hemos medido mediante la LSB-50 y el *neuroticismo* evaluado por el NEO-FFI. Las saturaciones factoriales oscilan entre .88 (*depresión*) y .59 (*neuroticismo*).

El *segundo factor*, posee un valor propio de 3.13, explicando el 9.80% de la varianza total y el 14.52% de la extraída por la rotación. Es un factor que podríamos calificar de *impulsividad*, pero una impulsividad *activa*. Está compuesto por *impulsividad motora* (.76), *búsqueda de riesgos* (.62) y *preferencia por actividades físicas* (.79).

El *tercer factor*, posee un valor propio de 2.59 y explica el 8.10% de la varianza total y el 12% de la extraída por la rotación. Es un factor claro de *afrontamiento* ya que de las cinco variables que lo componen, tres se corresponden con el afrontamiento (*afrontamiento conductual y cognitivo centrado en problema, afrontamiento centrado en las emociones*), una con *resiliencia* y otra con *apertura a la experiencia*. Las saturaciones factoriales oscilan entre .48 (*afrontamiento centrado en las emociones*) y .71 (*afrontamiento cognitivo de los problemas*).

El *cuarto factor* posee un valor propio de 1.75 y explica el 5.46% de la varianza total y el 8.09% de la extraída por la rotación. Es un factor que podemos denominar *trastornos de personalidad* (invirtiendo las puntuaciones), puesto que agrupa el *trastorno paranoide* (-.73) y el *trastorno límite* (-.73).

El *quinto factor* tiene un valor propio de 1.64 y explica el 5.13% de la varianza total y el 7.60% de la extraída por la rotación. Se trata de un factor bastante similar al último encontrado en el GCCC (aunque aquí las saturaciones aparecen con signo negativo), un factor que da cierta idea de escape, de no tener que preocuparse de lo cotidiano. Concretamente, las variables que lo definen son la *preferencia por tareas fáciles*, el *escape cognitivo*, y los *trastornos de personalidad esquizoide y dependiente*. Las saturaciones de este factor oscilan entre -.49 (*trastorno dependiente*) y -.64 (*escape cognitivo*).

El *sexto factor* tiene un valor propio de 1.39 y explica el 4.4% de la varianza total y el 6.51% de la extraída por la rotación. Es un factor bipolar que contrasta un cierto *temperamento inestable*, con una ausencia de interés y preocupación por los demás. En un polo saturan negativamente dos variables del NEO-FFI, la *extraversión* (-.50) y la *cordialidad* (-.82), y en el otro, saturan positivamente *temperamento volátil* (.58) y los *trastornos anancástico* (.48), *impulsivo* (.59) y *ansioso* (.63).

El *séptimo factor* tiene un valor propio de 1.27 y explica el 3.97% de la varianza total y el 5.88% de la extraída por la rotación. Es un factor que contrasta la carencia de *escrupulosidad* (-.53) con el *consumo de drogas* (.69) y el *trastorno histriónico* (.65).

El *octavo factor* tiene un valor propio de 1.00 explica el 3.15% de la varianza total y el 4.66% de la extraída por la rotación. Está compuesto por una única variable con carga negativa, concretamente se trata del *trastorno disocial* (-.76).

Con respecto a los resultados de los análisis factoriales obtenidos por ambos grupos, cabe entresacar las siguientes conclusiones.

- a) El análisis correspondiente al GCCC describe una estructura más compleja que la del GC, aunque el porcentaje de varianza que explican los factores extraídos en uno y otro caso sea bastante similar (70,26% vs. 67,49%).
- b) El primer factor extraído en ambos grupos es bastante diferente. Así, mientras que el *neuroticismo* (N) aparece como marcador importante en los dos análisis, sin embargo la composición restante del factor es distinta: en el GC, N se asocia con el malestar subjetivo general (todas las dimensiones del LSB-50 concentran sus saturaciones más altas en este factor), algo que es usual en población normal, mientras que en el caso del GCCC vemos que N correlaciona solo con los síntomas *obsesivo-compulsivos* y de *ansiedad* en el polo positivo del factor (también con *hipersensibilidad*, aunque estos síntomas poseen una saturación semejante en el cuarto factor que es donde se ha reservado). De hecho, los diferentes síntomas psicológicos en el GCCC se distribuyen a lo largo de tres factores de los 10 encontrados: factores I, III y IV.

- c) Por otra parte, los trastornos de personalidad se comportan de un modo errático, de forma que su distribución en las matrices no es homogénea en ninguno de los dos grupos: los 9 trastornos evaluados se distribuyen en el GCCC a lo largo de 6 factores (III, VI, VII, VIII, IX y X) y en el GC a lo largo de 5 (IV, V, VI, VII y VIII).
- d) Los factores más similares encontrados serían, por una parte, el factor que agrupa las variables de *afrontamiento*: el factor II en el GCCC y el factor III en el GC, siendo la principal diferencia que en el caso del GC el afrontamiento se relaciona con la *apertura a la experiencia*, mientras que en el GCCC, no. Por otra parte, cabe señalar que, la *impulsividad* caracterizaría a los dos grupos, pero en el caso del GCCC (factor III) ésta tendría un matiz hostil mientras que en el GC (factor II) tendría que ver más con la necesidad de movimiento. Por último, otro factor bastante parecido en ambos análisis es aquel que denota una cierta idea de *huida, desentendimiento o comodidad*, en el sentido de no estar pendiente de lo cotidiano, concretamente nos referimos al factor menos relevante en el GCCC (X) y al que ocupa el quinto lugar en el análisis del GC.

### **3.4.2. Análisis discriminantes**

Con el fin de identificar los factores que tienen más potencia para diferenciar a los participantes de los dos grupos de este estudio, se han ejecutado dos análisis discriminantes por separado. El primero incluye las distintas variables de personalidad consideradas en el estudio. El segundo, las variables de síntomas (los síntomas psicológicos generales y los trastornos de personalidad).

#### **3.4.2.1. Personalidad**

En este análisis, se han considerado los 16 factores correspondientes a los instrumentos que evalúan las dimensiones de personalidad (cognitivas y emocionales), a saber: NEO-FFI, BIS-11, Escala de Autocontrol, CD-RISC, COPE.

A continuación, se presenta la Tabla 25 con los resultados obtenidos y los comentarios sobre éstos.

Tabla 25

*Análisis discriminante entre el GCCC (N=114) y el GC (N=106), empleando las dimensiones de personalidad (NEO-FFI, BIS-11, Escala de Autocontrol), afrontamiento (COPE), y resiliencia (CD-RISC)*

A. Resumen de pasos

Variables entradas/eliminadas						
Paso	Entrada	V de Rao			Cambio en V	
		Estadístico	Gl	p aproximada	Estadístico	P
1	Apertura a la experiencia	41.74	1	.000	41.74	.000
2	Preferencias actividades físicas	59.67	2	.000	17.92	.000
3	Resiliencia	68.21	3	.000	8.54	.003
4	Afrontamiento conductual centrado problema	76.41	4	.000	8.19	.004
5	Cordialidad	82.89	5	.000	6.47	.011
6	Neuroticismo	89.88	6	.000	6.99	.008

Lambda de Wilks									
Paso	Número de variables	Lambda	Lambda			Estadístico	F exacta		
			gl1	gl2	gl3		gl1	gl2	p
1	1	.83	1	1	218	41.74	1	218.000	.000
2	2	.78	2	1	218	29.69	2	217.000	.000
3	3	.76	3	1	218	22.53	3	216.000	.000
4	4	.74	4	1	218	18.84	4	215.000	.000
5	5	.72	5	1	218	16.27	5	214.000	.000
6	6	.70	6	1	218	14.63	6	213.000	.000

*B. Función discriminante*

Autovalores				
Función	Autovalor	% de varianza	% acumulado	Correlación canónica
1	.41	100.0	100.0	.54

Lambda de Wilks				
Prueba de funciones	Lambda de Wilks	$Chi^2$	<i>Gl</i>	<i>P</i>
1	.70	74.22	6	.000

*C. Coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica*

Coeficientes de función discriminante canónica estandarizados	
	Función
Neuroticismo	.35
Apertura a la experiencia	-.77
Cordialidad	.31
Preferencia actividades físicas	.41
Resiliencia	.59
Afrontamiento conductual centrado en problema	-.28

*D. Coeficientes de Estructura (ordenadas de mayor a menor según grado de correlación con la función discriminante)*

<b>Matriz de estructuras</b>	
	<b>Función</b>
Apertura a la experiencia	-.68
Preferencia actividades físicas	.56
Cordialidad	.31
Afrontamiento conductual centrado en problema	-.30
Preferencia tareas fáciles	.27
Impulsividad motora	.22
Afrontamiento cognitivo centrado en problema	-.17
Afrontamiento centrado en emociones	-.13
Búsqueda de riesgos	.10
Neuroticismo	.09
Escrupulosidad	-.09
Temperamento volátil	.07
Consumo de drogas	.07
Resiliencia	.03
Extraversión	-.03
Escape cognitivo	.02

*E. Valor de los Centroides*

<b>Grupo</b>	<b>Función</b>
Grupo con cáncer de cabeza y cuello	.61
Grupo control	-.66



F. Resultados de la Clasificación

Resultados de clasificación					
		Pertenencia a grupos pronosticada			
		Grupo	GCCC	GC	Total
Original	Recuento	GCCC	85	29	114
		GC	24	82	106
	%	GCCC	74.6	25.4	100,0
		GC	22.6	77.4	100,0
75,9% de casos agrupados originales clasificados correctamente.					

- a) De las 16 variables introducidas, la combinación de variables que permite discriminar con mayor claridad entre ambos grupos son: *apertura a la experiencia, preferencia por actividades físicas, resiliencia, afrontamiento conductual centrado en el problema, cordialidad y neuroticismo.*
- b) La correlación canónica posee un valor de  $r = .54$ , mientras que el correspondiente a Lambda de Wilks es de  $.70$  para la función discriminante, esto indica cierto solapamiento entre ambos grupos. Sin embargo, el valor transformado de Lambda ( $Chi^2 = 74.22$ ) tiene asociado un nivel crítico de significación de  $p < .000$ , con 6 grados de libertad. Este resultado nos permite rechazar la hipótesis nula. Los grupos comparados tienen valores promedios diferentes con respecto a las variables seleccionadas.
- c) Los coeficientes estandarizados indican que, de las 6 variables que discriminan la que mayor peso tiene es la *apertura a la experiencia* (NEO-FFI) ( $-.77$ ).
- d) Los coeficientes de estructura señalan que las correlaciones más altas entre las variables seleccionadas y la función discriminante son la *apertura a la experiencia* (NEO-FFI) ( $-.68$ ), seguida de *preferencia por actividades físicas* ( $.56$ ), siendo éstas moderadas. El resto de correlaciones son bajas o muy bajas.

- e) El valor de los centroides determina que los sujetos del grupo con CCC puntúan de modo positivo en la función discriminante (.61), sin embargo los del grupo control puntúan de forma negativa (-.66).
- f) Finalmente, con las variables seleccionadas se puede clasificar correctamente al 75.9% de los sujetos de la muestra. Respecto a la adscripción correcta de éstos a sus respectivos grupos, se observa que el porcentaje de clasificación se aproxima: un 74.6% en el caso del grupo con CCC, y un 77.4% para los sujetos del grupo control, siendo los de este último ligeramente mejor clasificados.

### 3.4.2.2. Síntomas psicológicos

En este análisis, se han considerado los 16 factores correspondientes a los instrumentos que evalúan las dimensiones de síntomas psicológicos (LSB-50) y trastornos de la personalidad (IPDE).

A continuación, se presenta la Tabla 26 con los resultados obtenidos y los comentarios sobre éstos.

Tabla 26

*Análisis discriminante entre el GCCC (N=114) y el GC (N=106), con las dimensiones de síntomas (LSB-50) y trastornos de la personalidad (IPDE)*

#### A. Resumen de pasos

Variables entradas/eliminadas						
Paso	Entrada	Estadístico	V de Rao		Cambio en V	
			Gl	Sig. aprox.	Estadístico	Sig.
1	Trastorno histriónico	16.16	1	5.81	16.16	.000
2	Somatización	21.77	2	1.87	5.61	.018
3	Obsesión-Compulsión	26.83	3	6.38	5.05	.025
4	Trastorno paranoide	32.44	4	1.55	5.61	.018
5	Trastorno límite	37.60	5	4.52	5.16	.023
6	Trastorno dependiente	42.88	6	1.22	5.27	.022

Lambda de Wilks									
Paso	Número de variables	Lambda	gl1	gl2	gl3	Estadístico	F exacta		
							gl1	gl2	Sig.
1	1	.93	1	1	218	16.16	1	218.000	.000
2	2	.90	2	1	218	10.83	2	217.000	.000
3	3	.89	3	1	218	8.86	3	216.000	.000
4	4	.87	4	1	218	8.00	4	215.000	.000
5	5	.85	5	1	218	7.38	5	214.000	.000
6	6	.83	6	1	218	6.98	6	213.000	.000

*B. Función discriminante*

Autovalores				
Función	Autovalor	% de varianza	% acumulado	Correlación canónica
1	.197	100.0	100.0	.40

Lambda de Wilks				
Prueba de funciones	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	Gl	Sig.
1	.83	38.61	6	.000

C. *Coefficientes estandarizados de la función discriminante canónica*

<b>Coefficientes de función discriminante canónica estandarizados</b>	
	<b>Función</b>
Obsesión-Compulsión	-.62
Somatización	.55
Trastorno paranoide	.52
Trastorno límite	-.41
Trastorno histriónico	.59
Trastorno dependiente	.38

Coefficientes de Estructura (ordenadas de mayor a menor según grado de correlación con la función discriminante)

<b>Matriz de estructuras</b>	
	<b>Función</b>
Trastorno histriónico	.61
Somatización	.47
Trastorno paranoide	.42
Trastorno dependiente	.31
Depresión	.28
Ansiedad	.23
Trastorno ansioso	.18
Hipersensibilidad	.18
Alteraciones del sueño	.10
Trastorno esquizoide	.09
Trastorno disocial	.08
Hostilidad	.06
Trastorno anancástico	.05
Trastorno límite	-.04
Trastorno impulsivo	.04
Obsesión-Compulsión	-.01

D. Valor de los Centroides

Grupo	Función
Grupo con cáncer de cabeza y cuello	.42
Grupo control	-.45

E. Resultados de la Clasificación

Resultados de clasificación					
		Pertenencia a grupos pronosticada			
		Grupo	GCCC	GC	Total
Original	Recuento	GCCC	74	40	114
		GC	33	73	106
	%	GCCC	64.9	35.1	100.0
		GC	31.1	68.9	100.0
66,8% de casos agrupados originales clasificados correctamente					

- a) De las 16 variables introducidas, la combinación de variables que permite discriminar con mayor claridad entre ambos grupos son: *trastorno histriónico, somatización, obsesión-compulsión, trastorno paranoide, trastorno límite y trastorno dependiente.*
- b) La correlación canónica posee un valor de  $r = .40$ , mientras que el correspondiente a Lambda de Wilks es de 0.83 para la función discriminante, esto indica un solapamiento moderado entre ambos grupos. Sin embargo, el valor transformado de Lambda ( $Chi^2 = 38.61$ ) tiene asociado un nivel crítico de significación de  $p < .000$ , con 6 grados de libertad. Esto nos permite rechazar la hipótesis nula. Los grupos comparados tienen valores promedios diferentes con respecto a las variables seleccionadas.

- c) Los coeficientes estandarizados indican que, de las 6 variables que mejor discriminan, las que mayor peso tienen son *obsesión-compulsión* (-.62) y *trastorno histriónico* (.59).
- d) Los coeficientes de estructura señalan que la correlación más alta entre las variables seleccionadas y la función discriminante es el *trastorno histriónico* (IPDE) (.61), seguida de *somatización* (LSB-50) (.47) y *trastorno paranoide* (IPDE) (.42). Las correlaciones han sido bajas para el resto de variables.
- e) El valor de los centroides determina que los sujetos del grupo con CCC puntúan de forma positiva en la función discriminante (.42), sin embargo los del grupo control lo hacen de modo negativo (-.45).
- f) Finalmente, con las variables seleccionadas se puede clasificar correctamente al 66.8% de los sujetos de la muestra. Respecto a la adscripción correcta de éstos a sus respectivos grupos, se observa que el porcentaje de clasificación se aproxima: un 64.9% en el caso del grupo con CCC, y un 68.9% para los sujetos del grupo control, siendo los de este último ligeramente mejor clasificados.

### **3.5. Consumo de sustancias y Cáncer de Cabeza y Cuello**

Tal como se expuso en el Capítulo II del presente estudio (descripción de la muestra), se observaban diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, en cuanto a la tasa de consumo de alcohol, en la mayoría de bebidas alcohólicas consideradas. Estos datos evidencian un mayor número de bebedores en el grupo de pacientes con CCC. E igualmente, en el consumo de sustancias fumadas, se han hallado diferencias estadísticamente significativas en el consumo de cigarrillos. Estos resultados son respaldados por los hallados mediante el análisis de medias, que se presentan a continuación en la Tabla 27.

Tabla 27

*Análisis de medias del consumo de alcohol y tabaco: GCCC (N = 114) y GC (N = 106)*

	GCCC		GC		<i>t</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
<b>Alcohol</b>						
Carajillo	0.88	1.10	0.07	0.32	7.46***	1.14
Vino	1.38	2.40	0.41	0.94	3.97***	.58
Cerveza	2.34	3.62	0.49	0.76	5.28***	.84
Licor	0.73	2.26	0.02	0.19	3.33***	.58
Combinados	0.24	0.94	0.02	0.19	2.44*	.39
Otros	0.11	0.69	0.04	0.24	1.01	/
<b>Tabaco</b>						
Cigarrillos	27.99	22.55	4.02	8.93	10.37***	1.52
Puros	0.11	0.64	0.05	0.35	.87	/
Otros	0.21	1.28	0.02	0.19	1.60	/

**Nota.** \* =  $p < .05$ , \*\*\* =  $p < .001$

Este análisis muestra que se evidencian diferencias estadísticamente significativas, a favor del grupo con CCC, en *carajillos*, *vino*, *cerveza*, y *licores*, para  $p < .001$ , y en *combinados* para  $p < .05$ , no hallándose diferencias en la categoría *otros*. El tamaño del efecto, es débil para *combinados* ( $d = .39$ ), moderado para *vino* y *licor* ( $d = .58$ ,  $d = .58$  respectivamente), y fuerte en el caso del *carajillo* y la *cerveza* ( $d = 1.14$ ,  $d = .84$  respectivamente).

En cuanto al consumo diario de tabaco, es necesario explicitar que, una unidad de consumición se correspondería con un *cigarro*, un *puro* y en el caso de *otros* un cannabis (marihuana y hachís).

Con respecto al consumo de tabaco (*cigarrillos*), la discrepancia entre ambos grupos vuelve a ser estadísticamente significativas ( $p < .001$ ) a favor del grupo de pacientes con CCC, con un tamaño del efecto muy fuerte ( $d = 1.52$ ). En las categorías

de *puros* y *otros* las diferencias no alcanzaron la significación estadística. Esto indica que los pacientes objeto de nuestro estudio, antes del diagnóstico, consumían gran cantidad de tabaco muy superior a los participantes del GC.

Dada la relevancia que poseen este tipo de consumos en los pacientes diagnosticados con CCC, decidimos explorar la influencia que desempeñan ambas variables (consumo alcohol + tabaco) y diagnóstico (padecer CCC) en las distintas variables evaluadas en nuestra investigación. De este modo, siguiendo la lógica de un diseño factorial 2X2 se establecieron cuatro grupos: alto y bajo consumo en el GCCC, y alto y bajo consumo en el GC. Para establecer el alto y bajo consumo en cada uno de los grupos se seleccionaron aquellos sujetos que se encontraban en el tercio más elevado en consumo (GCCC, n = 37; GC, n = 46) y en el más bajo (GCCC, n = 37; GC, n = 45).

### **3.5.1. Dimensiones básicas de personalidad, impulsividad y autocontrol**

Seguidamente, en la Tabla 28, se presentan los resultados de los 10 ANOVAS correspondientes a las dimensiones básicas de personalidad, impulsividad y autocontrol. Posteriormente, se exponen los contrastes por pares (*t*) en la Tabla 29.



Tabla 28

*Consumo x grupo y rasgos de personalidad, impulsividad y autocontrol*

	Medias			Consumo	Grupo		Consumo x Grupo		
	Consumo		Total	F	p	F	p	F	p
	Bajo	Alto							
<b>Neuroticismo</b>									
GC	16.24 / 7.48	15.26 / 7.01	15.75 / 7.22	.12	.724	1.68	.197	1.50	.222
GCCC	16.32 / 6.46	18.11 / 7.83	17.22 / 7.18						
Total	16.28 / 7.00	16.53 / 7.48	16.41 / 7.22						
<b>Extraversión</b>									
GC	27.33 / 7.23	29.89 / 8.00	28.63 / 7.70	.000	.994	1.04	.309	<b>4.31</b>	<b>.040</b>
GCCC	31.14 / 7.21	28.59 / 8.90	29.86 / 8.15	/	/	/	/	/	/
Total	29.05 / 7.43	29.31 / 8.39	29.18 / 7.90	/	/	/	/	/	/
<b>Apertura a la experiencia</b>									
GC	26.47 / 5.26	26.67 / 7.32	26.57 / 6.35	.371	.543	<b>32.80</b>	<b>.000</b>	.186	.666
GCCC	19.27 / 8.10	20.49 / 9.10	19.88 / 8.58						
Total	23.22 / 7.56	23.92 / 8.68	23.57 / 8.12						
<b>Cordialidad</b>									
GC	31.58 / 5.50	33.24 / 6.17	32.42 / 5.87	.019	.891	<b>11.15</b>	<b>.001</b>	3.67	.057
GCCC	36.49 / 6.59	34.57 / 5.60	35.53 / 6.15	/	/	/	/	/	/
Total	33.79 / 6.46	33.83 / 5.92	33.81 / 6.18	/	/	/	/	/	/
<b>Escrupulosidad</b>									
GC	32.58 / 7.60	34.15 / 7.02	33.37 / 7.32	.769	.382	.711	.400	<b>5.29</b>	<b>.023</b>
GCCC	36.05 / 5.82	32.54 / 7.56	34.30 / 6.93						
Total	34.15 / 7.03	33.43 / 7.27	33.79 / 7.14						
<b>Impulsividad motora</b>									
GC	13.29 / 6.04	13.85 / 7.57	13.57 / 6.82	.546	.461	<b>6.23</b>	<b>.014</b>	.025	.874
GCCC	15.54 / 4.41	16.41 / 5.82	15.97 / 5.14						
Total	14.30 / 5.45	14.99 / 6.92	14.65 / 6.22						

Continuación Tabla 28

	Medias			Consumo	Grupo		Consumo x Grupo		
	Consumo		Total	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
	Bajo	Alto							
<b>Búsqueda de riesgos</b>									
GC	1.60 / 1.19	1.93 / 1.54	1.77 / 1.38	5.91	.024	2.55	.112	.591	.443
GCCC	1.78 / 1.27	2.46 / 1.63	2.12 / 1.49						
Total	14.30 / 5.45	14.99 / 6.92	14.65 / 6.22						
<b>Preferencia por tareas fáciles</b>									
GC	2.04 / 1.64	1.74 / 1.50	1.89 / 1.57	.156	.694	9.37	.003	2.97	.087
GCCC	2.35 / 1.30	2.84 / 1.36	2.59 / 1.34						
Total	2.18 / 1.49	2.23 / 1.53	2.21 / 1.51						
<b>Preferencia actividades físicas</b>									
GC	1.87 / 1.46	2.20 / 1.36	2.03 / 1.41	2.83	.095	<b>22.28</b>	<b>.000</b>	.003	.956
GCCC	2.81 / 1.20	3.16 / 1.07	2.99 / 1.14						
Total	2.29 / 1.42	2.63 / 1.32	2.46 / 1.38						
<b>Temperamento volátil</b>									
GC	1.24 / 1.35	1.28 / 1.20	1.26 / 1.27	.149	.700	.796	.374	.034	.854
GCCC	1.38 / 0.95	1.49 / 1.26	1.43 / 1.11						
Total	1.30 / 1.18	1.37 / 1.23	1.34 / 1.20						

Tabla 29

*Contrastes (t): dimensiones de personalidad, impulsividad y autocontrol*

	Bajo Alto GC	Bajo Alto GCCC	Bajo GC-GCCC	Alto GC-GCCC
<b>NEO-FFI</b>				
Neuroticismo	.65	-1.07	-.05	-1.73
Extraversión	-1.60	1.35	<b>-2.37*</b>	.69
Apertura a la experiencia	-.16	-.61	<b>4.66***</b>	<b>3.35***</b>
Cordialidad	-1.36	1.35	<b>-3.61***</b>	-1.03
Escrupulosidad	-1.03	<b>2.24*</b>	<b>-2.34*</b>	1.00
<b>BARRATT</b>				
Impulsividad motora	-.39	-.72	-1.95	-1.74
<b>GRASMICK</b>				
Búsqueda de riesgos	-1.16	<b>-1.99*</b>	-.67	-1.50
Preferencias por tareas fáciles	.93	-1.57	-.95	<b>-3.49***</b>
Preferencias por actividades físicas	-1.11	-1.33	<b>-3.22**</b>	<b>-3.63***</b>
Temperamento volátil	-.14	-.42	-.53	-.75

**Nota-** \* =  $p < .05$ , \*\* =  $p < .01$ , \*\*\* =  $p < .001$

Los resultados de los análisis de varianza dieron lugar a efectos principales significativos debidos al **grupo** en *apertura a la experiencia* ( $F = 32.80$ ,  $p < .000$ ), *cordialidad* ( $F = 11.15$ ,  $p = .001$ ), *impulsividad motora* ( $F = 6.23$ ,  $p = .001$ ), *preferencia por tareas fáciles* ( $F = 9.37$ ,  $p = .003$ ), *preferencia por actividades físicas* ( $F = 22.28$ ,  $p < .000$ ). Estos resultados indican que, con independencia del consumo, el hecho de **padecer CCC** se relaciona con la obtención de puntuaciones más bajas en *apertura a la experiencia* y más elevadas en *cordialidad*, *impulsividad motora*, *preferencia por tareas fáciles* y *preferencia por actividades físicas*. Es decir, el GCCC ha obtenido puntuaciones más elevadas en dichos rasgos de personalidad que el GC, excepto en *apertura a la experiencia*.

También se registró un efecto principal significativo debido al **consumo** en *búsqueda de riesgos* ( $F = 5.91, p = .024$ ), de forma que, con independencia de padecer o no CCC, los individuos que consumen en exceso obtienen puntuaciones más altas en esta variable.

Por último, destacar los efectos de **interacción** entre el consumo y el grupo sobre la *extraversión* ( $F = 4.31, p = .040$ ) y la *escrupulosidad* ( $F = 5.29, p = .023$ ). Este resultado indica que los grandes consumidores que no padecen CCC, son más extravertidos y escrupulosos que aquellos que padecen CCC. Mientras que cuando el consumo es bajo, los pacientes con CCC son los que obtendrían puntuaciones más elevadas en *extraversión* y *escrupulosidad*.

### **3.5.2. Resiliencia y estilos de afrontamiento**

A continuación, en la Tabla 30, se presentan los resultados correspondientes a los 6 ANOVAS realizados con la resiliencia y las variables de afrontamiento, considerados factores de protección. Posteriormente, se muestran los contrastes por pares ( $t$ ) en la Tabla 31.

Tabla 30

*Consumo x grupo y resiliencia y afrontamiento*

	Medias			Consumo		Grupo		Consumo x Grupo	
	Bajo	Consumo Alto	Total	F	p	F	p	F	p
<b>Resiliencia</b>									
GC	25.47 / 5.04	27.70 / 5.82	26.59 / 5.54	.355	.552	.091	.763	<b>3.59</b>	<b>.060</b>
GCCC	27.43 / 5.81	26.27 / 6.23	26.85 / 6.01						
Total	26.35 / 5.46	27.06 / 6.01	26.71 / 5.74						
<b>Afrontamiento conductual centrado en problema</b>									
GC	31.82 / 3.65	30.72 / 5.15	31.26 / 4.48	<b>5.59</b>	<b>.019</b>	<b>4.23</b>	<b>.041</b>	.464	.497
GCCC	30.92 / 3.81	28.92 / 3.84	29.92 / 3.93						
Total	31.41 / 3.73	29.92 / 4.68	30.66 / 4.28						
<b>Afrontamiento cognitivo centrado en problema</b>									
GC	37.51 / 4.75	37.57 / 7.15	37.54 / 6.05	.284	.595	<b>4.65</b>	<b>.032</b>	.350	.555
GCCC	36.08 / 5.94	35.05 / 5.07	35.57 / 5.50						
Total	36.87 / 5.33	36.45 / 6.39	36.65 / 5.88						
<b>Escape cognitivo</b>									
GC	20.62 / 5.30	18.98 / 5.48	19.79 / 5.43	1.97	.163	.563	.454	.173	.678
GCCC	19.57 / 6.24	18.68 / 6.20	19.12 / 6.19						
Total	20.15 / 5.73	18.84 / 5.78	19.49 / 5.77						

Continuación Tabla 30

	Medias			Consumo		Grupo		Consumo x Grupo	
	Bajo	Consumo Alto	Total	F	p	F	p	F	p
<b>Afrontamiento centrado en emociones</b>									
GC	29.29 / 5.75	29.74 / 6.84	29.52 / 6.29	.350	.555	1.52	.220	1.14	.287
GCCC	29.14 / 5.08	27.57 / 6.17	28.35 / 5.67						
Total	29.22 / 5.43	28.77 / 6.60	28.99 / 6.03						
<b>Consumo de drogas</b>									
GC	4.11 / 0.75	4.28 / 1.77	4.20 / 1.36	<b>8.73</b>	<b>.004</b>	3.78	.054	<b>5.18</b>	<b>.024</b>
GCCC	4.03 / 0.16	5.35 / 2.66	4.69 / 1.99						
Total	4.07 / 0.56	4.76 / 2.26	4.42 / 1.68						

Tabla 31

*Contrastes (t): resiliencia y afrontamiento*

	Bajo Alto GC	Bajo Alto GCCC	Bajo GC-GCCC	Alto GC-GCCC
<b>CD-RISC</b>				
Resiliencia	-1.95	.83	-1.62	1.07
<b>COPE</b>				
Afrontamiento conductual centrado en el problema	1.18	<b>2.25*</b>	1.09	1.82
Afrontamiento cognitivo del problema	-.04	.80	1.19	1.87
Escape cognitivo	1.45	.62	.82	.23
Afrontamiento centrado en las emociones	-.34	1.19	.13	1.52
Consumo de drogas	-.60	<b>-3.02**</b>	.74	<b>-2.10*</b>

Nota-. \* =  $p < .05$ , \*\* =  $p < .01$

Los resultados de los análisis de varianza dieron lugar a un efecto principal significativo debido al **grupo** en *afrontamiento cognitivo centrado en el problema* ( $F = 4.65$ ,  $p = .032$ ) lo que significa que, con independencia del nivel de consumo, el hecho de padecer CCC se relaciona con la obtención de puntuaciones más bajas en esta estrategia de afrontamiento. En el caso del afrontamiento *conductual centrado en el problema*, se registra no solo un efecto principal debido al grupo ( $F = 4.23$ ,  $p = .041$ ), sino también debido al consumo ( $F = 5.59$ ,  $p = .019$ ), de forma que si bien padecer CCC se relaciona con una menor puntuación en este estilo de afrontamiento, pesa mucho más en este resultado el hecho de ser un consumidor habitual.

Destacar los efectos de **interacción** entre el consumo y el grupo sobre el *consumo de drogas* ( $F = 5.18$ ,  $p = .024$ ). Este resultado indica que los grandes

consumidores que padecen CCC, utilizan más este estilo de afrontamiento que aquellos que no padecen CCC. Mientras que cuando el consumo es bajo, los que no padecen CCC son los que obtendrían puntuaciones más elevadas en *consumo de drogas*. No obstante, es de destacar que en esta interacción pesa especialmente el hecho de poseer un elevado consumo, tal y como muestra el efecto principal registrado ( $F = 8.73$ ,  $p = .004$ ). También, se aprecia una tendencia a la interacción significativa en *resiliencia* ( $F = 3.59$ ,  $p = .060$ ), de manera que, los grandes consumidores que no padecen CCC, son más resilientes que los pacientes, mientras que los bajos consumidores que padecen CCC, obtienen puntuaciones más elevadas en resiliencia que aquellos que no lo padecen.

### **3.5.3. Síntomas psicológicos**

Seguidamente, en la Tabla 32, se presentan los resultados de los 7 ANOVAS correspondientes a la sintomatología psicológica. Posteriormente, se exponen los contrastes por pares ( $t$ ) en la Tabla 33.



Tabla 32

*Consumo x grupo y sintomatología psicológica*

	Medias			Consumo		Grupo		Consumo x Grupo	
	Bajo	Alto	Total	F	p	F	p	F	p
<b>Hipersensibilidad</b>									
GC	3.69 / 4.38	3.20 / 4.05	3.44 / 4.20	2.01	.158	.223	.637	<b>4.66</b>	<b>.032</b>
GCCC	2.57 / 2.58	4.95 / 5.49	3.76 / 4.43						
Total	3.18 / 3.70	3.98 / 4.80	3.58 / 4.29						
<b>Obsesión-Compulsión</b>									
GC	8.00 / 5.17	7.63 / 4.79	7.81 / 4.96	.012	.912	.145	.704	.350	.555
GCCC	7.84 / 4.38	8.38 / 5.24	8.11 / 4.80						
Total	7.93 / 4.80	7.96 / 4.98	7.95 / 4.88						
<b>Ansiedad</b>									
GC	2.27 / 3.44	3.48 / 4.28	2.88 / 3.92	1.42	.235	<b>3.29</b>	<b>.072</b>	.390	.533
GCCC	3.89 / 4.05	4.27 / 5.23	4.08 / 4.65						
Total	3.00 / 3.79	3.83 / 4.71	3.42 / 4.29						

Continuación Tabla 32

	Medias			Consumo		Grupo		Consumo x Grupo	
	Bajo	Alto	Total	F	p	F	p	F	p
<b>Hostilidad</b>									
GC	2.64 / 3.05	2.22 / 2.76	2.43 / 2.90	.048	.826	1.93	.167	.645	.423
GCCC	1.73 / 2.29	1.97 / 2.36	1.85 / 2.32						
Total	2.23 / 2.76	2.11 / 2.58	2.17 / 2.66						
<b>Somatización</b>									
GC	3.13 / 3.60	4.98 / 4.90	4.07 / 4.38	2.27	.134	<b>15.82</b>	<b>.000</b>	1.12	.292
GCCC	6.76 / 4.44	7.08 / 5.39	6.92 / 4.90						
Total	4.77 / 4.37	5.92 / 5.20	5.35 / 4.82						
<b>Depresión</b>									
GC	5.44 / 6.02	5.09 / 5.73	5.26 / 5.85	.873	.352	<b>9.03</b>	<b>.003</b>	1.73	.190
GCCC	7.03 / 5.04	9.14 / 7.02	8.08 / 6.16						
Total	6.16 / 5.63	6.89 / 6.62	6.53 / 6.14						
<b>Alteraciones de sueño</b>									
GC	3.42 / 3.18	4.00 / 3.46	3.71 / 3.32	.124	.726	1.52	.220	.482	.489
GCCC	4.49 / 3.81	4.30 / 3.73	4.39 / 3.74						
Total	3.90 / 3.49	4.13 / 3.56	4.02 / 3.52						

Tabla 33

*Contraste por pares (t): sintomatología psicológica*

	Bajo Alto GC	Bajo Alto GCCC	Bajo GC-GCCC	Alto GC-GCCC
<b>LSB-50</b>				
Hipersensibilidad	<b>-2.39*</b>	.56	1.44	-1.62
Obsesión-Compulsión	-.48	.35	.15	-.67
Ansiedad	-.35	-1.49	-1.93	-.74
Hostilidad	-.45	.70	1.55	.43
Somatización	-.28	<b>-2.05*</b>	<b>-4.00***</b>	-1.84
Depresión	-1.48	.29	-1.30	<b>-2.83**</b>
Alteraciones de sueño	.22	-.83	-1.36	-.37

**Nota-** \* =  $p < .05$ , \*\* =  $p < .01$ , \*\*\* =  $p < .001$

Los resultados de los análisis de varianza dieron lugar a efectos principales significativos debidos al **grupo** en *somatización* ( $F = 15.82$ ,  $p < .000$ ) y en *sintomatología depresiva* ( $F = 9.03$ ,  $p = .003$ ). Éstos son indicadores de que el grupo con CCC se caracteriza por obtener puntuaciones más elevadas en este tipo de sintomatología, respecto al grupo de control. Además, se aprecia una tendencia significativa en *ansiedad* debida al **grupo** ( $F = 3.29$ ,  $p = .072$ ), esto indica que, con independencia del nivel de consumo, el hecho de padecer CCC se relaciona con la obtención de puntuaciones más altas en este tipo de sintomatología.

Asimismo, se registró un efecto significativo de **interacción** consumo por grupo sobre la *hipersensibilidad* ( $F = 4.66$ ,  $p = .03$ ), de forma que mientras que en el grupo control los de bajo consumo son más hipersensibles, en el grupo con CCC serían los de alto consumo los que obtienen puntuaciones más elevadas en *hipersensibilidad*.

#### 3.5.4. Trastornos de personalidad

A continuación, en la Tabla 34, se presentan los resultados de los 9 ANOVAS, correspondientes a los trastornos de personalidad. Posteriormente, se muestran los contrastes por pares (*t*) en la Tabla 35.

Tabla 34

*Consumo x grupo y trastornos de personalidad*

	Medias			Consumo		Grupo		Consumo x Grupo	
	Bajo	Alto	Total	F	p	F	p	F	p
<b>Trastorno Paranoide</b>									
GC	2.04 / 1.22	2.24 / 1.25	2.14 / 1.23	3.71	.056	<b>4.89</b>	<b>.028</b>	.95	.330
GCCC	2.30 / 1.31	2.89 / 1.47	2.59 / 1.41						
Total	2.16 / 1.26	2.53 / 1.38	2.35 / 1.33						
<b>Trastorno Esquizoide</b>									
GC	3.42 / 1.51	2.96 / 1.59	3.19 / 1.56	.098	.755	.058	.811	3.06	.082
GCCC	2.97 / 1.44	3.30 / 1.13	3.14 / 1.30						
Total	3.22 / 1.49	3.11 / 1.41	3.16 / 1.45						
<b>Trastorno Disocial</b>									
GC	1.44 / 0.62	1.43 / 0.62	1.44 / 0.62	.049	.826	.039	.844	.100	.752
GCCC	1.43 / 0.60	1.49 / 0.73	1.46 / 0.67						
Total	1.44 / 0.61	1.46 / 0.67	1.45 / 0.64						
<b>Trastorno Impulsivo</b>									
GC	1.84 / 0.90	1.61 / 0.95	1.73 / 0.93	.005	.946	.127	.722	2.50	.116
GCCC	1.57 / 0.77	1.78 / 1.00	1.68 / 0.89						
Total	1.72 / 0.85	1.69 / 0.97	1.70 / 0.91						

Continuación Tabla 34

	Medias			Consumo		Grupo		Consumo x Grupo	
	Bajo	Alto	Total	F	p	F	p	F	p
<b>Trastorno Límite</b>									
GC	2.18 / 0.72	2.46 / 0.86	2.32 / 0.80	<b>7.44</b>	<b>.007</b>	1.65	.200	1.71	.680
GCCC	1.97 / 0.64	2.35 / 0.82	2.16 / 0.76						
Total	2.09 / 0.69	2.41 / 0.84	2.25 / 0.78						
<b>Trastorno Histriónico</b>									
GC	1.62 / 0.94	1.76 / 0.77	1.69 / 0.85	.093	.761	<b>12.89</b>	<b>.000</b>	.483	.488
GCCC	2.22 / 0.92	2.16 / 0.93	2.19 / 0.92						
Total	1.89 / 0.97	1.94 / 0.86	1.92 / 0.91						
<b>Trastorno Anancástico</b>									
GC	3.40 / 1.88	2.93 / 1.58	3.16 / 1.74	<b>5.22</b>	<b>.024</b>	.301	.584	.256	.614
GCCC	3.68 / 1.53	2.95 / 1.65	3.31 / 1.62						
Total	3.52 / 1.72	2.94 / 1.60	3.23 / 1.68						
<b>Trastorno Ansioso</b>									
GC	2.64 / 1.38	2.41 / 1.18	2.53 / 1.29	.586	.445	<b>4.84</b>	<b>.029</b>	3.65	.058
GCCC	2.70 / 1.13	3.24 / 1.44	2.97 / 1.31						
Total	2.67 / 1.27	2.78 / 1.36	2.73 / 1.31						
<b>Trastorno Dependiente</b>									
GC	1.42 / 1.22	1.00 / 1.12	1.21 / 1.18	.195	.660	2.43	.121	2.69	.103
GCCC	1.41 / 1.38	1.65 / 1.49	1.53 / 1.44						
Total	1.41 / 1.29	1.29 / 1.33	1.35 / 1.31						

Los resultados de los análisis de varianza dieron lugar a efectos principales significativos debidos al **grupo** en los trastornos de personalidad *paranoide* ( $F = 4.89, p = .028$ ), *histriónico* ( $F = 12.89, p = .000$ ) y *ansioso* ( $F = 4.84, p = .029$ ). Estos resultados indican que el grupo con CCC se caracteriza por obtener puntuaciones más elevadas en dichos trastornos que el grupo de control.

También se registró un efecto principal significativo debido al **consumo** en el *trastorno límite* ( $F = 7.44, p = .007$ ) y en el *anancástico* ( $F = 5.22, p = .024$ ), de forma que los grandes consumidores frente a los no consumidores serían los que obtendrían las puntuaciones más altas en el *trastorno límite* (independientemente de si padecen o no CCC), y más bajas en el *anancástico*.

Tabla 35

*Contrastes por pares (t): trastornos de personalidad*

	Bajo Alto GC	Bajo Alto GCCC	Bajo GC-GCCC	Alto GC-GCCC
<b>IPDE</b>				
Paranoide	-1.84	-.75	-.90	<b>-2.15*</b>
Esquizoide	-1.08	1.43	1.37	-1.14
Disocial	-.35	.07	.09	-.34
Impulsivo	-1.04	1.21	1.50	-.81
Límite	<b>-2.20*</b>	-1.68	1.36	.57
Histriónico	.25	-.77	<b>-2.89**</b>	<b>-2.11*</b>
Anancástico	1.97	1.28	-.73	-.03
Ansioso	-1.80	.86	-.21	<b>-2.82**</b>
Dependiente	-.73	1.73	.06	<b>-2.19*</b>

Nota-. \* =  $p < .05$ , \*\* =  $p < .01$

### **3.6. Cáncer de Cabeza y Cuello: otros aspectos de interés**

Como se ha mencionado anteriormente, este último bloque se ocupa de explorar otros aspectos de interés en relación con los pacientes de CCC. Para ello, en primer lugar, se examinarán las correlaciones del afrontamiento específico al cáncer con el resto de variables consideradas en el estudio. Posteriormente, se analizará la influencia de la fase de tratamiento en la que se encuentra el paciente, para pasar, finalmente, a explorar la relevancia que para los enfermos posee el sentido de la enfermedad y su afrontamiento específico a la misma.

#### **3.6.1. Afrontamiento específico del cáncer**

Se han llevado a cabo los análisis correlacionales del afrontamiento específico del cáncer y todas las variables consideradas en el estudio (dimensiones de personalidad, resiliencia, estilos de afrontamiento, sintomatología psicológica y trastornos de personalidad). Los resultados se presentan, a continuación, en la Tabla 36.

Tabla 36

*Correlaciones entre afrontamiento en cáncer (Mini-MAC) y las dimensiones de personalidad, resiliencia, estilos de afrontamiento, sintomatología psicológica y trastornos de personalidad en el GCCC (N = 114)*

	Espíritu de lucha	Preocupación ansiosa	Fatalismo	Desamparo/ Desesperanza	Evitación
Neuroticismo	-.11	<b>.54***</b>	-.05	<b>.46***</b>	.14
Extraversión	<b>.32***</b>	-.17	.17	<b>-.23*</b>	.05
Apertura a la experiencia	.17	-.14	.13	.13	<b>-.20*</b>
Escrupulosidad	.16	-.03	<b>.30**</b>	-.11	<b>.19*</b>
Cordialidad	.08	-.14	.13	-.11	.01
Impulsividad motora	.12	<b>.24*</b>	-.09	.17	.13
Búsqueda de riesgos	.02	.08	.04	<b>.19*</b>	-.00
Preferencia tareas fáciles	-.06	<b>.25**</b>	.97	.14	<b>.21*</b>
Preferencia actividades físicas	.09	.13	.15	-.10	<b>.26**</b>
Temperamento volátil	-.11	-.05	<b>-.23*</b>	-.06	-.02
Resiliencia	<b>.25**</b>	<b>-.33***</b>	<b>.19*</b>	<b>-.31**</b>	-.08
Afrontamiento conductual centrado en problema	<b>.26**</b>	.08	<b>.35***</b>	-.01	.14
Afrontamiento cognitivo centrado en problema	<b>.31**</b>	<b>-.20*</b>	<b>.36***</b>	-.16	.01
Escape cognitivo	.12	.16	<b>.48***</b>	<b>.28**</b>	<b>.26**</b>
Afrontamiento centrado en emociones	<b>.25**</b>	<b>.37***</b>	<b>.21*</b>	.16	.12

**Nota.-** \* Valores significativos =  $p < .05$ , \*\* =  $p < .01$ , \*\*\* =  $p < .001$



Continuación Tabla 36

	Espíritu de lucha	Preocupación ansiosa	Fatalismo	Desamparo/ Desesperanza	Evitación
Consumo de drogas	.18	.16	.01	.14	<b>.22*</b>
Hipersensibilidad	<b>-.38***</b>	<b>.29**</b>	-.16	<b>.34***</b>	-.03
Obsesión- compulsión	.03	<b>.45***</b>	.04	<b>.28**</b>	.09
Ansiedad	.04	<b>.46***</b>	.02	.14	.12
Hostilidad	-.17	.17	<b>-.23*</b>	.17	.17
Somatización	<b>-.19*</b>	<b>.34***</b>	-.02	<b>.24*</b>	-.05
Depresión	<b>-.34***</b>	<b>.45***</b>	-.11	<b>.52***</b>	.10
Alteraciones del sueño	-.18	.15	-.07	.06	.15
Trastorno paranoide	-.09	.09	-.12	<b>.19*</b>	-.02
Trastorno esquizoide	-.10	-.10	-.12	.01	.06
Trastorno disocial	-.05	-.11	-.05	-.02	-.16
Trastorno impulsivo	-.13	<b>.21*</b>	-.01	.15	-.09
Trastorno límite	-.17	<b>.26**</b>	-.13	<b>.36***</b>	.08
Trastorno histriónico	.10	<b>.26**</b>	.09	<b>.20*</b>	.09
Trastorno anancástico	-.11	.12	-.11	.10	.05
Trastorno ansioso	.08	<b>.37***</b>	.02	<b>.23*</b>	<b>.34***</b>
Trastorno dependiente	-.06	<b>.41***</b>	.17	<b>.48***</b>	<b>.22*</b>

Nota.- \* =  $p < .05$ , \*\* =  $p < .01$ , \*\*\* =  $p < .001$

Estos análisis muestran lo siguiente:

- a) El factor *espíritu de lucha* como modo de afrontamiento del cáncer correlaciona positivamente con la *extraversión*, la *resiliencia* y con *afrontamiento activo (conductual y cognitivo centrado en el problema)*, y con *afrontamiento centrado en las emociones*. Asimismo, correlaciona negativamente con los síntomas de *hipersensibilidad, somatización y depresión*. No establece ningún tipo de relación con los trastornos de personalidad, es decir, que es independiente de estos. Esto indica que los pacientes que afrontan su enfermedad con espíritu luchador se caracterizarán por ser extravertidos, por afrontar cualquier tipo de problemas de forma activa, y con gran consciencia de las propias emociones y la búsqueda de desahogo. Además, los pacientes caracterizados por el espíritu de lucha experimentarán menos síntomas depresivos, somáticos o de excesiva sensibilidad.
  
- b) El factor de *preocupación ansiosa* es la variable del cuestionario Mini-MAC que da lugar a resultados más potentes. Los coeficientes positivos más elevados se encuentran lógicamente con *neuroticismo* ( $r = .54, p < .001$ ), así como con síntomas del espectro ansioso/depresivo (*obsesión-compulsión, ansiedad y depresión*) con coeficientes con valores de  $r = .45$  o  $r = .46$ . Igualmente, este panorama es coherente con los coeficientes positivos que se registran con dos trastornos del Grupo III: el trastorno de personalidad *ansioso* ( $r = .37, p < .001$ ) y el *dependiente* ( $r = .41, p < .001$ ). Junto a ello, la *preocupación ansiosa* se relaciona positivamente con un *afrontamiento* característicamente *centrado en las emociones* y negativamente con la *resiliencia* o el *afrontamiento cognitivo centrado en el problema*. Sin embargo, la cuantía de estos coeficientes (aunque significativos), es menor. Una pauta igualmente débil pero positiva se obtiene en relación con aspectos tales como la *impulsividad motora*, la *preferencia por tareas fáciles* y otros síntomas y trastornos.
  
- c) La variable *fatalismo* correlaciona positivamente con *escrupulosidad*, y negativamente con *temperamento volátil*. Asimismo, correlaciona con *resiliencia* y con cuatro estilos de afrontamiento: *conductual y cognitivo centrados en el problema, emocional y escape cognitivo*, este último con una correlación de  $r = .48$  ( $p < .001$ ). Además, correlaciona negativamente con la variable *hostilidad*. No se encuentran correlaciones significativas con ningún trastorno de la personalidad,

siendo independiente de ellos. Estos datos muestran que, los pacientes que utilizan este modo de adaptarse al cáncer se caracterizarían por ser autodisciplinados, resilientes, por utilizar modos diversos de afrontamiento, y generalmente, no reaccionarían con hostilidad.

- d) El factor *desamparo/desesperanza* correlaciona positivamente con *neuroticismo* ( $r = .46, p < .001$ ), y negativamente con *extraversión*, cosa que era de esperar. Los coeficientes más altos registrados son con *depresión* ( $r = .52, p < .001$ ), con los trastornos de personalidad *dependiente* ( $r = .48, p < .001$ ) y *límite* ( $r = .36, p < .001$ ) y con los síntomas de *hipersensibilidad* ( $r = .34, p < .001$ ). El resto de coeficientes significativos que aparecen son de escasa cuantía (positivos con *escape cognitivo* y otros síntomas o negativo con *resiliencia*). De acuerdo con estos resultados, se puede afirmar que estos pacientes manifestarían una tendencia a experimentar estados de ánimo negativos y poco interés por el entorno y las personas que les rodean. Además, los pacientes se caracterizarían por un afrontamiento evitativo de los problemas. Estos pacientes padecerían sintomatología de tipo depresivo y ansioso, manifestarían síntomas a nivel somático, y presentarían diversos trastornos de la personalidad.
- e) La variable *evitación* correlaciona negativamente con *apertura a la experiencia*, lo cual tiene mucho sentido; y positivamente con *escrupulosidad*, y con dos variables de autocontrol (*preferencia por tareas fáciles*, y *por tareas físicas*). También se encuentran correlaciones positivas con *escape cognitivo* y *consumo de drogas*. Sin embargo los coeficientes obtenidos son de escasa cuantía. Por otra parte, no correlaciona con ningún tipo de sintomatología psicológica. Con respecto a los trastornos de la personalidad, destacar que el coeficiente más significativo aparece con el *trastorno ansioso* ( $r = .34, p < .001$ ) y también correlaciona aunque muy débilmente con el *trastorno dependiente* ( $r = .22, p < .05$ ). Los pacientes con CCC que utilizan este modo de adaptación a su enfermedad oncológica, se caracterizarían por falta de apertura, autodisciplina, preferencia por tareas que no requieren esfuerzos intelectuales. Además, adoptarían un estilo evasivo ante los problemas, y presentarían trastornos de la personalidad del grupo III.

### 3.6.2. La fase de tratamiento

En este subapartado se presentan las diferencias halladas en el grupo de pacientes con CCC, según la fase del tratamiento en la que se encuentran (tratamiento activo o seguimiento), en todas las variables del estudio. Para ello, se ha utilizado la prueba no paramétrica *U* de Mann Whitney. El tamaño del efecto ha sido calculado mediante la *r* de Rosenthal. (*r* = .10 pequeño; *r* = .30 mediano; *r* = .50 grande). En la Tabla 37 se presentan dichas diferencias.

Tabla 37

*Diferencias entre pacientes del GCCC en tratamiento y seguimiento en todas las variables*

	Tratamiento (N=12)		Seguimiento (N=80)		<i>U</i> ( <i>p</i> )	<i>r</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
<b>NEOFFI</b>						
Neuroticismo	20.08	9.88	16.16	5.66	402.0 (.365)	
Extraversión	25.17	5.14	30.49	7.60	<b>272.5*</b> (.016)	.25
Apertura a la experiencia	17.92	7.75	21.18	8.93	380.0 (.246)	
Cordialidad	36.42	5.52	35.18	6.35	427.5 (.542)	
Escrupulosidad	30.75	5.79	35.24	6.89	<b>283.0*</b> (.022)	.24
<b>BIS-11</b>						
Impulsividad motora	17.08	6.84	16.18	6.02	416.55 (.461)	
<b>ESCALA DE AUTOCONTROL</b>						
Búsqueda de riesgos	2.25	1.48	2.13	1.63	452.0 (.739)	
Preferencias por tareas fáciles	2.50	1.31	2.30	1.41	434.5 (.590)	
Preferencias por actividades físicas	2,83	1.11	2.96	1.22	431.5 (.551)	
Temperamento volátil	1.25	1.29	1.49	1.01	398.5 (.325)	
<b>CD-RISC</b>						
Resiliencia	23.33	5.94	27.99	5.13	<b>235.5**</b> (.004)	.30
<b>COPE</b>						
Afrontamiento conductual centrado en el problema	27.33	4.14	30.60	3.77	<b>283.0*</b> (.022)	.24

Continuación de Tabla 37

	Tratamiento (N=12)		Seguimiento (N=80)		U (p)	r
	M	DT	M	DT		
Afrontamiento cognitivo del problema	33.08	4.89	35.95	5.36	331.0 (.084)	
Escape cognitivo	20.92	5.55	18.28	6.51	<b>307.5*</b> (.045)	.21
Afrontamiento centrado en las emociones	28.42	6.96	28.03	5.56	454.0 (.763)	/
Consumo de drogas	5.42	2.57	4.56	1.77	<b>377.0*</b> (.049)	.21
<b>Mini-MAC</b>						
Espíritu de lucha	13.75	1.29	12.81	2.25	362.0 (.166)	
Preocupación ansiosa	18.25	7.66	15.69	5.00	393.0 (.312)	
Fatalismo	14.42	2.11	14.63	3.13	447.0 (.700)	
Desamparo/Desesperanza	12.75	4.61	10.04	3.30	<b>290.0*</b> (.020)	.24
Evitación cognitiva	10.42	3.94	10.19	3.33	432.5 (.580)	
<b>LSB-50</b>						
Hipersensibilidad	4.75	5.48	3.14	3.29	434.5 (.593)	
Obsesión-Compulsión	10.25	6.09	7.01	4.65	316.5 (.057)	
Ansiedad	4.83	6.51	3.53	3.60	441.5 (.652)	
Hostilidad	1.58	1.78	1.93	2.37	461.5 (.825)	
Somatización	5.83	5.65	6.35	4.64	428.5 (.549)	
Depresión	9.42	6.44	6.84	4.99	353.0 (.140)	
Alteraciones de sueño	3.58	3.32	4.40	3.87	426.0 (.527)	
<b>IPDE</b>						
Paranoide	2.75	1.42	2.44	1.30	422.0 (.487)	
Esquizoide	3.58	2.15	3.08	1.38	447.0 (.694)	
Disocial	1.67	0.89	1.41	0.61	421.5 (.432)	
Impulsivo	1.83	0.94	1.79	0.90	446.5 (.677)	
Límite	2.50	1.09	2.20	0.79	387.0 (.233)	
Histriónico	2.33	1.15	2.11	0.86	427.0 (.518)	
Anancástico	3.33	1.37	3.29	1.78	458.5 (.800)	
Ansioso	3.67	1.92	2.89	1.29	370.0 (.186)	
Dependiente	2.58	1.68	1.35	1.29	<b>255.5**</b> (.007)	.28

Nota.- U = U de Mann Whitney, r = r de Rosenthal, \* =  $p < .05$ , \*\* =  $p < .01$

Con respecto a los rasgos de personalidad, tal como puede observarse en la Tabla 37, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en *extraversión*, a favor del grupo que se encuentra en fase de seguimiento ( $U = 272.5, p = .016$ ), para un tamaño del efecto pequeño ( $r = .25$ ). También, a favor del mismo grupo, en el factor *escrupulosidad* ( $U = 283.0, p = .022$ ), habiendo obtenido un tamaño del efecto pequeño ( $r = .24$ ). En suma, los pacientes que ya han finalizado el tratamiento y únicamente realizan visitas de seguimiento (revisiones periódicas) se caracterizarían por una mayor *extraversión* y *responsabilidad* que los que se encuentran recibiendo el tratamiento.

En relación con la *resiliencia*, las diferencias han alcanzado la significación estadística ( $U = 235.5, p = .004$ ) con un tamaño del efecto mediano ( $r = .30$ ). El grupo de pacientes en seguimiento es el que ha alcanzado las puntuaciones más elevadas, caracterizándose por una mayor *resistencia*.

En cuanto al afrontamiento del cáncer, se han encontrado diferencias significativas en la variable *desamparo/desesperanza* siendo el grupo en tratamiento activo el que ha alcanzado puntuaciones más elevadas ( $U = 290.0, p = .020$ ), con un tamaño del efecto pequeño ( $r = .24$ ).

El cuestionario que ha dado lugar a mayor número de diferencias estadísticamente significativas es el que evalúa los estilos de afrontamiento generales (COPE), habiendo alcanzado la significación estadística en tres de sus cinco escalas. Las diferencias obtenidas han sido las siguientes: *afrontamiento conductual centrado en el problema* ( $U = 283.0, p = .022$ ) con un tamaño del efecto pequeño ( $r = .24$ ) a favor del grupo de pacientes en seguimiento; *escape cognitivo* ( $U = 307.5, p = .045$ ), con una magnitud del efecto pequeña ( $r = .21$ ); *consumo de drogas* ( $U = 377.0, p = .049$ ), también con una magnitud del efecto pequeña ( $r = .21$ ). Estas dos últimas subescalas a favor del grupo de pacientes en tratamiento activo. De estos resultados se deduce que los pacientes en tratamiento tienen un estilo de afrontamiento caracterizado por la huida a nivel cognitivo y la evasión, mientras que los que ya lo han finalizado utilizan estrategias de afrontamiento conductual orientadas al problema.

En cuanto a los trastornos de personalidad, se han obtenido diferencias significativas en el *dependiente*, siendo el grupo de pacientes en tratamiento activo el

que ha puntuado más alto en esta variable ( $U = 255.5$ ,  $p = .007$ ). El efecto de dichas diferencias se aproxima a un tamaño mediano ( $r = .28$ ). Este resultado manifiesta que un mayor número de pacientes de la muestra que están siendo tratados presentan este tipo de trastorno de la personalidad.

En resumen, los pacientes en tratamiento activo afrontan el cáncer con mayor desesperanza, utilizan estrategias de afrontamiento ante cualquier problema basadas en la huida y evasión, y les caracteriza más el trastorno de personalidad dependiente que al grupo de pacientes en seguimiento. Mientras que el grupo en seguimiento parece caracterizarse por una mayor extraversión, resiliencia y un estilo de afrontamiento activo centrado en la solución del problema. Con respecto a la impulsividad, autocontrol y sintomatología psicológica no se han hallado diferencias estadísticamente significativas.

### **3.6.3. El sentido de la enfermedad**

En este apartado, se presenta por un lado, el análisis descriptivo sobre el sentido de la enfermedad y los cambios psicosociales en el grupo con CCC; y por otro lado, los análisis de medias en las variables del Mini-MAC considerando las cinco preguntas abiertas, del cuestionario de dato sociodemográficos de la entrevista (Anexo II). Todo ello, a fin de determinar la relación entre el modo de afrontar el cáncer y el sentido otorgado o no a la enfermedad.

Tabla 38

*Análisis descriptivo sobre el sentido de la enfermedad y los cambios psicosociales en el GCCC*

	N	%
<b>1. ¿Tiene sentido la enfermedad?</b>		
No	50	43.9%
Si	64	56.1%
<b>¿Cuál?</b>		
Crecimiento personal	18	28.1%
Significado de atribución negativo	46	71.9%
<b>2. ¿Se ha producido algún cambio en sus relaciones personales?</b>		
No	47	41.2%
Si	67	58.8%
<b>¿Cuáles?</b>		
Positivos	32	58.2%
Negativos	23	41.8%
<b>3. ¿Se ha producido algún cambio en la valoración de su propia vida?</b>		
No	43	37.7%
Si	71	62.3%
<b>¿Cuál?</b>		
Valoración positiva	35	50.7%
Valoración negativa	22	31.9%
Incertidumbre / Inseguridad	12	17.4%
<b>4. ¿Se ha producido algún cambio en la valoración de su propia persona?</b>		
No	50	43.9%
Si	64	56.1%
<b>¿Cuál?</b>		
Positiva	26	41.3%
Negativa y/o con limitaciones en la vida diaria	37	58.7%
<b>5. ¿Se ha producido algún cambio en sus prioridades y metas de la vida?</b>		
No	74	64.9%
Si	40	35.1%
<b>¿Cuál?</b>		
Prioridad de la familia y los demás	24	60.0%
Prioridad por uno mismo	16	40.0%

Para la obtención de los resultados cuantitativos, se elaboraron una serie de categorías en función de las respuestas dadas por los participantes.

Con respecto al *sentido de la enfermedad*, el 56.1% respondió que sí había encontrado un sentido a ésta. El 28.1% experimentó que la enfermedad favorecía el crecimiento personal otorgándole un significado positivo. Los pacientes hacían



referencia al desarrollo de cualidades positivas, a una mejor manera de afrontar y vivir la vida, a la posibilidad de llevar a cabo actividades que antes no podían realizar. Ejemplo de esto son las siguientes afirmaciones de algunos pacientes: *Es un aprendizaje personal, me ha ayudado a ser más fuerte y sensible con el sufrimiento ajeno, tengo más serenidad para aceptar la vida, es un reto a superar*. El 71.9% le otorgó un significado de atribución negativo que incluye tanto atribuciones externas como internas (asociadas con el consumo de sustancias). Algunas de las respuestas dadas por los pacientes fueron: *Por mi culpa, provocada por el tabaco y el alcohol, es una desgracia, es un castigo por la vida que he llevado*. Esto concuerda con la literatura revisada, que señala que la atribución causal interna otorgada a la enfermedad genera sentimientos de culpa e incide negativamente en el paciente (Rodríguez, 2006).

En relación con los posibles cambios producidos en las *relaciones interpersonales*, a raíz de la enfermedad, el 58.8% afirmó haber experimentado cambios frente al 41.2% que no los experimentó. De entre los que experimentaron cambios, el 58.2% refería que éstos habían sido positivos y el 41.8% negativos. Cabe destacar que los cambios positivos a los que aludían los pacientes, se referían a una mayor atención y acompañamiento por parte de la familia y amigos, y relaciones de mayor calidad. Ejemplo de esto son las siguientes afirmaciones: *La familia está más próxima a mí, mis relaciones son mejores, me ha ayudado a escuchar y a comprender más a los demás, me siento más cercana a mi familia y amigos, he visto el aprecio sincero de mis amigos*. En cuanto a los negativos, se asocian a un mayor aislamiento por los efectos secundarios de los tratamientos (principalmente dificultad para hablar, y también para comer), alejamiento por parte de los demás, sobre todo de los amigos, y peor relación por cambio de carácter. Algunas de las siguientes respuestas explicitan dichos cambios: *Algunas personas, sobre todo amigos ya no están cerca de mí, a veces me aíslan por la dificultad para comunicarme, me encuentro marginado por todos en general, al no trabajar veo menos a mis compañeros, evito comer fuera de casa porque me da vergüenza*.

En cuanto a los posibles cambios en la *percepción de la propia vida*, el 62.3% sí refirió haberlos experimentado, mientras que el 37.7% refirió que no habían cambios. En cuanto al sentido de estos cambios, el 50.7% manifestó que éstos habían sido positivos. Estos pacientes expresaban que el cáncer había sido una ayuda para prestar

más atención a las cosas importantes de la vida, a vivir con más serenidad y más centrados en el presente. Ejemplo de esto son las siguientes respuestas de nuestros pacientes: *Ahora la vida es más bonita que antes (porque ya no bebo), y disfruto mirando cualquier cosa (un árbol...), veo las cosas con más tranquilidad, no me agobio tanto, valoro más las cosas a las que antes no daba importancia, no doy importancia a cosas que antes le daba (economía, trabajo), doy más valor al presente.* El 37.7% experimentaron cambios en sentido negativo, manifestando que la enfermedad oncológica había generado en ellos peor visión de su vida. Esto queda reflejado en las siguientes afirmaciones: *No voy a poder trabajar como antes, tengo peor calidad de vida, no lo veo tan fácil, tengo miedo, no tengo mucha ilusión, estoy esperando el final.* El 17.4% manifestaron sentir incertidumbre e inseguridad. En los siguientes ejemplos se manifiesta este tipo de perspectiva vital: *Veo mi vida en un hilo, me he cogido a la vida como un tren que se me escapa, tengo miedo a recaer.*

Con respecto a los posibles cambios en la *valoración de la propia persona*, el 56.1% refirieron haber cambiado su autopercepción, mientras que el 43.9% manifestó mantener la misma que antes de padecer cáncer. El 41.3% informaron que estos cambios habían sido positivos, que se veían mejor físicamente y como personas. Estos aspectos se recogen en los siguientes ejemplos: *Me veo más guapo y más agradable porque no bebo a raíz del cáncer, me fijo más en mi modo de actuar, soy más tranquila y humilde, soy más feliz y más alegre, he aprendido a valorar lo fuerte que soy.* Y el 58.7% señalaban que habían sido negativos y/o asociados a limitaciones en la vida diaria. Se evidencian estos cambios negativos en algunos ejemplos que hemos querido citar: *Me veo más limitado e inseguro por los golpes de tos y sobre todo a la hora de comer, estoy físicamente fatigada, no puedo hablar mucho rato porque no tengo saliva, no puedo levantar la voz, tengo la cara marcada, no puedo hacer todo lo que antes hacía, por ejemplo aquagym, y me da rabia.*

En cuanto al *cambio en sus prioridades y metas vitales*, el 35.1% afirmó haber experimentado variaciones relevantes mientras que el 64.9% lo negó. En cuanto al tipo de cambios, el 60.0% mencionaron que a raíz del cáncer, sus prioridades principales eran la familia y los demás. Ejemplo de ello son las siguientes afirmaciones: *Trabajar y hacerme cargo de mis hijos y de mi mujer cosa que antes no hacía, mi meta es vivir y disfrutar de la familia y de las personas que quiero, sólo quiero estar feliz y hacer*

*felices a los demás, antes sufría por el dinero ahora el centro de mi vida son mis hijos.* El 40% restante señaló la prioridad por uno mismo como la principal. En este caso, los pacientes hacían referencia al cuidado de sus propias personas, de su salud. Este aspecto queda reflejado en los siguientes ejemplos: *Mi meta es sobrevivir, cuidar de mí misma, cuidarme más, ser feliz.*

En suma, aun cuando la mayoría refirió haber encontrado un significado negativo a la enfermedad, más de la mitad afirmaron haber experimentado cambios positivos en sus relaciones interpersonales y en la valoración de sus personas, reconociendo que estos cambios se habían producido a raíz del cáncer. Asimismo, refirieron haber experimentado cambios positivos en sus metas y prioridades de la vida ya que la enfermedad les había ayudado a dar más importancia a los seres queridos, dejando de lado las preocupaciones económicas y laborales.

A continuación, de acuerdo con las respuestas dadas por los pacientes a las cinco preguntas abiertas del cuestionario de datos sociodemográfico (Ver Tabla 38), se exponen las diferencias de medias en las variables evaluadas por el Mini-MAC (*espíritu de lucha, preocupación ansiosa, fatalismo, desamparo/desesperanza, evitación cognitiva*). Cada tabla recoge además, las desviaciones típicas, el estadístico utilizado (*t* de Student o *U* de Mann Whitney), y la *d* de Cohen o *r* de Rosenthal para estimar el tamaño del efecto, que nos permite ver las diferencias significativas entre los pacientes con CCC, según sus respuestas a cada pregunta.

Los datos que se recogen en la Tabla 39 se refieren al sentido otorgado o no a la enfermedad oncológica.

Tabla 39.

*Diferencia de medias en el Mini-MAC según el sentido dado o no al cáncer*

	No (N=50)		Si (N=64)		<i>t</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
<b>Pregunta 1: ¿Tiene sentido la enfermedad?</b>						
Espíritu de lucha	12.36	2.58	13.17	1.75	<b>-1.91</b>	/
Preocupación ansiosa	15.18	5.32	16.33	5.55	-1.12	/
Fatalismo	14.38	3.02	14.39	3.00	-.02	/
Desamparo/Desesperanza	10.42	3.17	10.55	3.71	-.20	/
Evitación cognitiva	9.90	3.85	10.05	2.81	-.23	/

**Nota-** *M* = Media; *DT* = Desviación Típica; *t* = *t* de Student; *d* = *d* de Cohen

Como se aprecia en la Tabla 39 existe una tendencia a la significatividad en *espíritu de lucha* ( $t = -1.91$ ), entre los que dan sentido al cáncer y los que no se lo dan. Es decir, que los que otorgan sentido a la enfermedad oncológica mantendrían un espíritu más luchador para afrontarla que los que no lo encuentran.

A continuación se muestran las diferencias halladas en el Mini-MAC teniendo en cuenta el tipo de significado (positivo o negativo) otorgado a la enfermedad oncológica.

Tabla 40

*Diferencias de medias en el Mini-MAC según si el sentido otorgado al cáncer es positivo o negativo*

	Crecimiento personal (N=18)		Significado de atribución negativo (N=46)		U	r
	M	DT	M	DT		
<b>En caso de haber respondido Si: ¿Cuál?</b>						
Espíritu de lucha	13.39	1.65	13.09	1.80	373.5	/
Preocupación ansiosa	15.83	5.57	16.52	5.60	389.5	/
Fatalismo	15.33	2.70	14.02	3.06	317.0	/
Desamparo/Desesperanza	9.67	2.25	10.89	4.11	361.5	/
Evitación cognitiva	8.89	2.68	10.50	2.76	<b>266.0*</b>	.28

**Nota.-** U = U de Mann Whitney, d = d de Cohen \* =  $p < .05$

De acuerdo con los datos recogidos en la Tabla 40, aquellos que dan al cáncer un significado negativo, se caracterizan por una mayor *evitación cognitiva* ( $U = 266.0$ ,  $p < .05$ ) con un tamaño del efecto débil ( $r = .28$ ). Estos pacientes se esforzarían por no pensar en la enfermedad.

Seguidamente se presenta la Tabla 41 con las diferencias en el Mini-MAC, entre los que han experimentado cambios en sus relaciones personales a raíz del cáncer y los que no han percibido cambios.

Tabla 41

*Diferencia de medias en el Mini-MAC según los cambios en las relaciones interpersonales, derivados del cáncer*

	No (N=47)		Si (N=67)		t	d
	M	DT	M	DT		
<b>Pregunta 2: Cambios en las relaciones interpersonales</b>						
Espíritu de lucha	12.53	2.52	13.01	1.90	-1.11	/
Preocupación ansiosa	14.66	4.91	16.64	5.71	<b>-1.98*</b>	-.37
Fatalismo	14.45	3.34	14.34	2.76	.18	/
Desamparo/Desesperanza	10.13	2.93	10.75	3.80	-.98	/
Evitación cognitiva	9.96	3.26	10.00	3.34	-.07	/

**Nota.**- M = Media; DT = Desviación Típica; t = t de Student; d = d de Cohen, \* =  $p < .05$

Como se observa en la Tabla 41, los que han experimentado cambios en sus relaciones a raíz del cáncer presentan mayores niveles de *preocupación ansiosa*, habiendo obtenido una  $t = -1.98$  ( $p < .05$ ) y un tamaño del efecto débil ( $d = -.37$ ).

Tabla 42

*Diferencia de medias en el Mini-MAC según la dirección (positiva o negativa) de los cambios en las relaciones interpersonales, derivados del cáncer*

	Positivos (N=32)		Negativos (N=23)		t	d
	M	DT	M	DT		
<b>En caso de haber respondido Si: ¿Cuáles?</b>						
Espíritu de lucha	13.56	1.66	12.39	2.08	<b>2.23*</b>	.63
Preocupación ansiosa	16.25	5.87	17.17	5.10	-.62	/
Fatalismo	14.44	2.78	14.83	2.48	-.55	/
Desamparo/Desesperanza	9.81	3.55	11.96	4.13	<b>-2.01*</b>	-.56
Evitación cognitiva	10.03	3.57	10.22	3.20	-.20	/

**Nota.**- M = Media; DT = Desviación Típica; t = t de Student; d = d de Cohen, \* =  $p < .05$

En la Tabla 42, se muestran las diferencias en dos escalas del afrontamiento del cáncer, según el sentido positivo o negativo en las relaciones interpersonales. Concretamente, los que han experimentado cambios positivos se caracterizan por afrontar la enfermedad con mayor *espíritu de lucha* que los que han sufrido cambios en sentido negativo, habiendo obtenido una  $t = 2.23$  ( $p < .05$ ), y un tamaño del efecto moderado ( $d = .63$ ). Y el afrontamiento con mayor *desamparo/desesperanza* caracteriza a los que han experimentado cambios en sentido negativo, habiendo obtenido una  $t = -2.01$  ( $p < .05$ ) y un tamaño del efecto moderado ( $d = -.56$ ).

Seguidamente, en la Tabla 43, se presentan los datos relativos a las diferencias en el Mini-MAC considerando los cambios experimentados en la valoración de la propia vida.

Tabla 43

*Diferencia de medias en el Mini-MAC según los cambios en la valoración de su propia vida, derivados del cáncer*

	No (N=43)		Si (N=71)		<i>t</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
<b>Pregunta 3: Cambios en la valoración de la vida</b>						
Espíritu de lucha	12.44	2.41	13.04	2.01	-1.37	/
Preocupación ansiosa	14.12	5.03	16.86	5.48	<b>-2.73**</b>	-.52
Fatalismo	13.79	3.49	14.75	2.62	-1.55	/
Desamparo/Desesperanza	9.84	2.56	10.89	3.88	-1.74	/
Evitación cognitiva	9.86	3.43	10.06	3.23	-.30	/

**Nota.-** *M* = Media; *DT* = Desviación Típica; *t* = *t* de Student; *d* = *d* de Cohen, \* =  $p < .05$ ; \*\* =  $p < .01$

Tal como se aprecia en la Tabla 43, aquellos pacientes que han cambiado la valoración de su propia vida a raíz del cáncer, experimentan mayor *preocupación ansiosa*. Se ha obtenido una  $t = -2.73$  ( $p < .01$ ) y un tamaño del efecto moderado ( $d = -.52$ ).

A continuación, en la Tabla 44 se exponen las diferencias encontradas teniendo en cuenta la dirección (positiva o negativa) de los cambios a la hora valorar la propia vida, por parte de los pacientes.

Tabla 44

*Diferencia de medias en el Mini-MAC según la dirección positiva o negativa de los cambios en la valoración de la propia vida*

	Positivos (N=35)		Negativos (N=22)		<i>t</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
<b>En caso de haber respondido Si: ¿Cuáles?</b>						
Espíritu de lucha	13.40	1.82	12.59	2.20	1.44	/
Preocupación ansiosa	16.40	5.34	17.09	6.12	-.44	/
Fatalismo	14.49	2.61	14.91	2.84	-.57	/
Desamparo/Desesperanza	10.40	3.42	12.00	3.85	-1.59	/
Evitación cognitiva	9.91	3.28	9.95	3.37	-.04	/

**Nota.-** *M* = Media; *DT* = Desviación Típica; *t* = *t* de Student; *d* = *d* de Cohen

En este caso, como puede observarse en la Tabla 44, no existen diferencias en el modo de afrontar el cáncer, según la valoración positiva o negativa de la propia vida generada por el cáncer.

Seguidamente, en la Tabla 45, se recogen las diferencias de medias en el Mini-MAC según los cambios producidos por el cáncer en la valoración de la propia persona, por parte de los pacientes.



Tabla 45

*Diferencia de medias en el Mini-MAC según los cambios en la valoración de la propia persona, derivados del cáncer*

	No (N=50)		Si (N=64)		t	d
	M	DT	M	DT		
<b>Pregunta 4: Cambios en la valoración de su persona</b>						
Espíritu de lucha	12.46	2.46	13.09	1.91	-1.50	/
Preocupación ansiosa	14.86	5.45	16.58	5.39	-1.68	/
Fatalismo	13.36	3.15	15.19	2.62	<b>-3.30**</b>	-.63
Desamparo/Desesperanza	9.94	2.58	10.92	3.99	-1.59	/
Evitación cognitiva	9.20	3.51	10.59	3.00	<b>-2.24*</b>	-.43

**Nota.-** M = Media; DT = Desviación Típica; t = t de Student; \* =  $p < .05$ , \*\* =  $p < .01$

En la Tabla 45, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en dos escalas del Mini-MAC, considerando los cambios producidos o no en la valoración de la propia persona. Concretamente, aquellos pacientes que han experimentado cambios se caracterizan por un mayor *fatalismo* ( $t = -3.30$ ,  $p < .01$  tamaño del efecto moderado,  $d = -.63$ ), y más *evitación cognitiva* ( $t = -2.24$ ,  $p < .05$ , tamaño del efecto débil,  $d = -.43$ ).

A continuación, en la Tabla 46, se muestran las diferencias de medias en el Mini-MAC considerando los cambios en la valoración de la propia persona, derivados del cáncer, según el sentido positivo o negativo de éstos.

Tabla 46

*Diferencia de medias en el Mini-MAC según la dirección positiva o negativa de la valoración de la propia persona*

	Positivos (N=26)		Negativos (N=37)		<i>t</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
<b>En caso de haber respondido Si: ¿Cuáles?</b>						
Espíritu de lucha	13.27	1.64	12.95	2.11	.68	/
Preocupación ansiosa	16.62	6.11	16.76	4.82	-.10	/
Fatalismo	14.62	2.79	15.57	2.50	-1.39	/
Desamparo/Desesperanza	10.54	3.46	11.24	4.39	-.71	/
Evitación cognitiva	10.73	2.82	10.62	3.10	.15	/

**Nota.-** *M* = Media; *DT* = Desviación Típica; *t* = *t* de Student

En la Tabla 46 no se aprecian diferencias significativas en el modo de afrontamiento de los pacientes según la dirección positiva o negativa de los cambios generados por la enfermedad oncológica, en la valoración de la propia persona.

A continuación, se muestra la Tabla 47 con las diferencias de medias en el Mini-MAC considerando los cambios en las prioridades y metas de la vida, consecuencia del cáncer.

Tabla 47

*Diferencia de medias en el Mini-MAC según los cambios en las prioridades y metas de la vida, derivados del cáncer*

	No (N=74)		Si (N=40)		<i>t</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
<b>Pregunta 5: Cambios en sus prioridades y metas de la vida</b>						
Espíritu de lucha	12.58	2.34	13.25	1.79	-1.70	
Preocupación ansiosa	15.20	5.48	16.98	5.29	-1.69	
Fatalismo	14.51	3.20	14.15	2.61	.66	
Desamparo/Desesperanza	10.49	3.55	10.50	3.34	-.02	
Evitación cognitiva	9.92	3.52	10.10	2.87	-.30	

**Nota.-** *M* = Media; *DT* = Desviación Típica; *t* = *t* de Student; *d* = *d* de Cohen

En la Tabla 47 no se aprecian diferencias significativas entre ambos grupos, en cuanto a los cambios en las prioridades y metas de la vida, tras el diagnóstico de la enfermedad oncológica.

Seguidamente, en la Tabla 48, se muestran las diferencias de medias en el Mini-MAC considerando los cambios en las prioridades y metas de la vida según si estas son la familia y los demás, o uno mismo.

Tabla 48

*Diferencia de medias en el Mini-MAC según las prioridades y metas de la vida en los demás o en uno mismo*

	La familia y los demás (N=24)		Por uno mismo (N=16)		U	r
	M	DT	M	DT		
<b>En caso de haber respondido Si: ¿Cuál?</b>						
Espíritu de lucha	13.21	1.82	13.31	1.82	187.0	
Preocupación ansiosa	16.08	4.40	18.31	6.32	150.5	
Fatalismo	13.50	2.43	15.13	2.63	<b>124.0+</b>	.30
Desamparo/Desesperanza	10.38	3.61	10.69	3.00	164.5	
Evitación cognitiva	9.75	2.98	10.63	2.70	162.5	

**Nota.-** M = Media; DT = Desviación Típica; U = U de Mann Whitney; d = d de Cohen

En la Tabla 48 se aprecia una diferencia significativa en la variable *fatalismo*, entre los que tienen como prioridad su familia y los demás, y aquellos cuya prioridad son ellos mismos. Los que se dan prioridad a sí mismos obtienen una puntuación más elevada en dicha variable ( $U = 124.0$ ), con una magnitud moderada en esta diferencia entre grupos ( $r = .30$ ).

Como conclusión, cabe destacar que los resultados evidencian diferencias significativas en las cinco preguntas abiertas. Es decir, que hay diferencias en el modo de adaptación al CCC de acuerdo con los cambios en las relaciones interpersonales, en la valoración de la propia vida, de la propia persona y en las prioridades de la vida. En el caso del sentido o no encontrado a la enfermedad, se ha hallado una tendencia a la significatividad. Sin embargo, no se registran diferencias estadísticamente significativas en función del sentido de esos cambios, en todos los casos. Únicamente hay diferencias en el caso del sentido de atribución negativo de la enfermedad, y de los cambios positivos y negativos en las relaciones interpersonales. Los pacientes con CCC que han encontrado un sentido negativo a la enfermedad, se caracterizarían por mayor *evitación cognitiva*. Aquellos que han experimentado cambios en sus relaciones interpersonales

en sentido positivo, mantendrían mayor *espíritu de lucha*, mientras que los que las han experimentado en sentido negativo, se caracterizarían por un mayor *desamparo/desesperanza*. Los que han experimentado cambios en la valoración de su persona manifestarían mayor *preocupación ansiosa*, no obstante, no se han encontrado diferencias significativas al comparar entre los que han experimentado cambios positivos o negativos. Los que han cambiado en el modo de valorar su persona, presentarían mayor *fatalismo* y *evitación cognitiva*, sin embargo, no se han hallado diferencias en función de si el cambio experimentado ha sido positivo o negativo. Por último, señalar que los pacientes que han hecho de sí mismos la prioridad de su vida, se caracterizarían por un mayor *fatalismo*. Estos resultados manifiestan que los cambios en sentido positivo se asocian con modos de adaptación positivos, como el *espíritu de lucha*, mientras que los negativos, se relacionan con mecanismos de adaptación negativos, como la *evitación cognitiva* y el *desamparo/desesperanza*.

## **CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN**



## 4.1. Introducción

Este capítulo se articula en los siguientes apartados. Primeramente, se expone un resumen con la síntesis breve de los resultados obtenidos. En segundo lugar, se presenta la discusión donde se relacionan las hipótesis formuladas con los resultados y se ponen en consonancia con la revisión de la literatura realizada. En tercer lugar, se presentan las principales conclusiones, seguidamente, el ámbito de aplicación propio de las aportaciones realizadas por nuestra investigación. Y por último, se exponen las limitaciones encontradas en el estudio.

## 4.2. Resumen de los resultados

El objetivo general del presente estudio se ha centrado en explorar y describir diversas variables psicológicas y las consecuencias psicopatológicas asociadas, en pacientes con cáncer de cabeza y cuello (CCC). Los aspectos psicosociales contemplados cubren diversas áreas: el consumo de sustancias y su relación con la enfermedad; las características de personalidad, tanto temperamentales (extraversión, neuroticismo, cordialidad, apertura a la experiencia, escrupulosidad, impulsividad y autocontrol) como cognitivas (afrontamiento y resiliencia); y los síntomas psicopatológicos generales y trastornos de la personalidad asociados. Parte de estos aspectos explorados en los pacientes se han puesto en relación con un grupo de comparación o grupo control. A modo de síntesis, los principales resultados encontrados serían los siguientes:

(i) Las características sociodemográficas de nuestro grupo de estudio se corresponden con las descritas en la literatura. (ii) De acuerdo con la evidencia científica, se ha constatado un mayor consumo de sustancias por parte de los pacientes con CCC que constituyen la muestra de nuestro estudio. (iii) Los rasgos temperamentales más característicos de los pacientes con CCC son: *neuroticismo*, *impulsividad motora*, *búsqueda de riesgos*, *preferencia por actividades físicas* y *preferencia por tareas fáciles*. (iv) Los pacientes con CCC se caracterizan por una menor *resiliencia* y por un *afrontamiento* (evaluado por a escala COPE) basado en el *consumo de drogas*, utilizando con menor frecuencias las estrategias activas (tanto



*conductuales como cognitivas*). (v) Los pacientes con CCC se caracterizan por presentar *sintomatología depresiva* y padecer los trastornos de la personalidad *paranoide* e *histriónico*. (vi) Aquellos pacientes con CCC que afrontan su enfermedad de forma positiva presentan rasgos de personalidad más adaptativos, a saber: *extraversión*, *resiliencia*, un *estilo de afrontamiento activo*, y menos *sintomatología*. Por el contrario, los que se caracterizan por un afrontamiento al cáncer más negativo se caracterizan por un mayor *neuroticismo*, y desarrollan *sintomatología* psicológica, principalmente, de tipo *ansioso* y *depresivo*. (vii) Los pacientes con CCC en fase de seguimiento con respecto a los que se encuentran en tratamiento, se caracterizan por una mayor *extraversión*, *resiliencia*, y un *afrontamiento más activo*. (viii) Aquellos pacientes que han otorgado un significado de atribución negativa a su enfermedad presentan mayormente una afectación negativa en cuanto a la *valoración de la propia vida* y de la *propia persona*. (ix) Los pacientes con CCC que han encontrado un sentido positivo a su enfermedad, y que presentan cambios positivos en sus *relaciones personales*, se caracterizan por un modo de adaptación positivo al cáncer y por un mayor *espíritu de lucha*. Asimismo, han experimentado cambios en relación con las *metas y prioridades vitales*, siendo la familia y los demás la meta más importante.

### **4.3. Resultados descriptivos y confirmación de hipótesis**

Los resultados obtenidos en el presente estudio evidencian las diferencias entre los dos grupos que constituyen la muestra de nuestro estudio. En primer lugar, vamos a referirnos a los resultados descriptivos relativos a las variables sociodemográficas y clínicas, poniéndolos en relación con la literatura, y posteriormente se expondrán los principales resultados obtenidos en relación con los objetivos e hipótesis de nuestro estudio.

#### **4.3.1. Descripción del grupo de estudio**

Las principales **características sociodemográficas** del grupo de estudio se recogen a continuación. Con respecto al **sexo**, la mayoría de sujetos son hombres (72% vs. 28%) tal como lo muestran los estudios sobre pacientes con CCC (SEOM, 2015; Freedman et al., 2007; Gallegos-Hernández, 2006; Howren et al., 2013). La **edad** media de los pacientes de nuestro estudio, es de 59.78, dato que coincide con los aportados por

la SEOM (2015) y con los participantes de muchos de los estudios revisados, y que han sido expuestos en el capítulo I (Howren et al., 2013). En cuanto al **estado civil**, el 65.8% se encuentran casados o en pareja, y el 18.4% están separados o divorciados. El nivel de **estudios** que predomina en nuestra muestra de pacientes es la enseñanza básica (49.1%), seguido de la enseñanza secundaria (12.3%) es decir, que la mayoría cuentan con un nivel de formación bajo. En relación con la **ocupación** actual, mencionar que la mayoría (62%) no están trabajando, bien por incapacidad (34%), bien por jubilación (28%). Además, los pacientes a lo largo de su vida laboral han tenido una media de 5.56 empleos, lo que indica la inestabilidad laboral de éstos, con respecto al GC. En general, son pacientes que suelen acudir a consulta acompañados (77.2%), y en más del 90% de los casos, sus familiares y amigos les preguntan acerca de la consulta con el médico y del avance de su enfermedad, indicando el acompañamiento por parte de amigos y/o familiares, en el proceso de la enfermedad.

Con respecto a las **características clínicas**, el 90.4% ha sido intervenido quirúrgicamente, el 89.5% ha recibido tratamiento de quimioterapia y el 89.5% ha sido tratado con radioterapia. Estos datos reflejan que la mayoría de los pacientes han recibido más de un tratamiento antineoplásico, y por tanto han vivido un proceso de enfermedad difícil, debido a los efectos asociados a la propia enfermedad y a los tratamientos. Con respecto a la fase de tratamiento en la que se encuentran los pacientes, el 80.7% reciben tratamiento actualmente (10.5% quimioterapia, 70.2% radioterapia) y el 19.3% ya ha finalizado su tratamiento oncológico (seguimiento médico), es decir, que la mayoría se encuentran en un momento vital de estrés notable.

En cuanto al **consumo de sustancias**, cabe destacar que éste ha sido elevado tanto para el alcohol como para el tabaco, dato que se corresponde con los aportados por las diversas fuentes consultadas (Almeida et al., 2014; Duffy et al., 2010; Gallegos-Hernández, 2006; Gallegos-Hernández, 2007; López-Pelayo et al., 2016; Lubin et al., 2009; Penner, 2009; Polônio et al., 2015; Tirado y Granados, 2007; Mariela y Torrente, 2009; Richardson et al., 2013; Sandoval, 2003). Estos datos manifiestan que son muchos los pacientes policonsumidores (modalidad de consumo más perjudicial), resultado que marcaría una gran diferencia con respecto al GC.

#### **4.3.2. Diferencias en relación al consumo de sustancias y a las características temperamentales y cognitivas de la personalidad entre los grupos (GCCC vs. GC)**

Nuestro primer objetivo planteaba la *identificación de las diferencias psicosociales entre los pacientes con CCC y personas que no presentan esta patología en distintas áreas (consumo de drogas y características de personalidad tanto temperamentales como cognitivas)*.

La literatura sostiene que el principal factor etiológico de las neoplasias de cabeza y cuello es el consumo de tabaco y alcohol (Almeida et al., 2014; Duffy et al., 2010; Gallegos-Hernández, 2006; Gallegos-Hernández, 2007; López-Pelayo et al., 2016; Lubin et al., 2009; Mariela y Torrente, 2009; Penner, 2009; Polônio et al., 2015; Richardson et al., 2013; Sandoval, 2003; Tirado y Granados, 2007). Por un lado, el tabaco, por su elevado contenido en carcinógenos (al menos 70), favorece la aparición de neoplasias, además de otras enfermedades. Por otro lado, el alcohol actúa como solvente e irritante de las mucosas y se pierde la capacidad defensiva de la saliva. Cuando se da el consumo simultáneo de ambas sustancias el efecto de éstas es sinérgico, ya que los productos tóxicos del tabaco actúan directamente sobre las mucosas irritadas por el alcohol, multiplicando el riesgo de desarrollar CCC (Gallegos-Hernández, 2006; Richardson et al., 2013; Tirado y Granados, 2007). La evidencia científica manifiesta que el policonsumo es un hecho frecuente en los pacientes que padecen CCC (Lubin et al., 2009; Tirado y Granados, 2007). El interés de este trabajo se ha centrado en constatar estos hallazgos de la literatura con respecto a los factores etiológicos del CCC. Por ello, en la hipótesis 1.1 planteábamos *que los pacientes del GCCC consumirían mayor cantidad de tabaco y alcohol que el GC formado por sujetos sanos sin cáncer*. En nuestro estudio, mediante la comparación de frecuencias ( $Chi^2$ ), se han registrado diferencias estadísticamente significativas en el consumo de *carajillo*, *vino*, *cerveza*, *licor*, no hallando discrepancia entre ambos grupos para *combinados* y *otros*. Sin embargo, el análisis de medias (*t*) manifiesta diferencias en todas las bebidas excepto en la categoría *otros*. Con respecto al consumo de tabaco, en ambas pruebas estadísticas, se evidencian diferencias significativas en el consumo de *cigarrillos*, no hallándose en el resto de sustancias fumables (*puros* y *otros*), pues ambos tipos de

sustancias fueron consumidas por un número muy reducido de sujetos en los dos grupos. En consonancia con la literatura, nuestros resultados han corroborado las diferencias entre los pacientes con CCC y la población general, en el consumo de tabaco y alcohol. Esto indica la relevancia del consumo de sustancias como principal factor de riesgo en el desarrollo de este tipo de neoplasias.

En la identificación de las diferencias psicosociales entre los pacientes de CCC y la población sin esta patología, un aspecto fundamental en nuestro trabajo ha sido el estudio de las variables temperamentales de la personalidad. Los estudios al respecto escasean, por ello, también se han tomado como referencia investigaciones con personas alcohólicas. La literatura revisada manifiesta que el neuroticismo caracteriza a los pacientes con CCC (H.J. Aarstad et al., 2002; García-Conde, 2014) y a los consumidores de sustancias (Chaudhury et al., 2010; Dubey et al., 2010). Asimismo, la literatura ha relatado ampliamente la relación entre la impulsividad y el consumo de alcohol y tabaco (Charney et al., 2009; Cuevas y Hernández-Pozo, 2008; Dom, et al., 2006; Granö et al., 2004; Perea-Baena y Oña-Compan, 2011; Skinner et al., 2004); la búsqueda de riesgos (Echeburúa et al., 2008), y la falta de autocontrol (Dom et al., 2006; Dubey et al., 2010). Es decir, que estas variables temperamentales están presentes en consumidores de sustancias, y por tanto, puede inferirse que también caracterizarán a los pacientes con CCC, que en su mayoría consumen elevadas cantidades de tabaco y alcohol. Por ello, en la hipótesis 1.2 esperábamos, en relación con dichas variables de personalidad, *que los pacientes del GCCC presentasen mayor neuroticismo, impulsividad, mayor búsqueda de riesgos y menor autocontrol que el grupo de comparación, formado por sujetos sanos sin cáncer*. En nuestro estudio, en el caso del *neuroticismo* no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, en el análisis de medias. Con respecto a la *impulsividad*, en el análisis de medias el GCCC obtuvo puntuaciones elevadas en *impulsividad motora* ( $t = 3.73, p < .001$ ). Asimismo, en el análisis de varianza encontramos que esta variable dio lugar a efectos principales significativos debidos al grupo ( $F = 6.23, p < .001$ ), hallando puntuaciones más elevadas en el GCCC. Este resultado indica que nuestros pacientes se caracterizan por una mayor necesidad de estar en movimiento. La *búsqueda de riesgos* (subescala del cuestionario de *autocontrol*) ha resultado significativa en el análisis de medias, a favor del GCCC ( $t = 2.30, p < .001$ ). En el análisis de varianza encontramos que, aunque el efecto principal se halla en el consumo, las puntuaciones del GCCC son

más elevadas que las del GC. Este resultado se encuentra en la línea de la literatura, ya que esta característica de personalidad, generalmente, está presente en los consumidores de sustancias. Con respecto a los demás factores del cuestionario de autocontrol, hallamos diferencias significativas en el análisis de medias, para las subescalas *preferencia por actividades físicas* ( $t = 5.34, p < .001$ ) y *preferencia por tareas fáciles* ( $t = 2.93, p < .001$ ). Asimismo, el análisis de varianza registró efectos principales en ambas dimensiones de autocontrol (*preferencia por tareas fáciles*,  $F = 9.37, p = .003$ ; *preferencia por actividades físicas*,  $F = 22.28, p < .000$ ). En el caso del *temperamento volátil o inestable*, encontramos que se aproxima a la significación estadística ( $t = 1.95, p < .052, d = .27$ ).

En suma, los resultados del análisis de medias confirman que los pacientes que constituyen nuestra muestra se caracterizan por un autocontrol pobre, en comparación con el GC. A partir de estos resultados podemos concluir que la hipótesis se ve prácticamente confirmada por los análisis de medias, a excepción del *neuroticismo* que no ha alcanzado la significación estadística. Esto muestra que los pacientes que padecen CCC se caracterizarán por una mayor *impulsividad motora, búsqueda de riesgos y menor autocontrol*.

La resiliencia en pacientes con CCC ha sido inexplorada, por ello, se han tomado como referencia estudios llevados a cabo con pacientes que padecían otro tipo de cáncer. Los trabajos señalan que esta variable se relaciona con el afrontamiento positivo y activo, entre otros factores (Campbell-Sills et al., 2006; Manne et al., 2015; Molina et al., 2014). Por ello, en la hipótesis 1.3, esperábamos que *los pacientes con CCC fueran menos resilientes que los sujetos que constituyen el GC, debido al estilo de afrontamiento de los primeros para enfrentarse a las situaciones problemáticas, basado en el consumo de drogas*. En el análisis de medias la *resiliencia*, no ha resultado una variable diferenciadora entre ambos grupos. En cuanto al análisis de varianza, se apreció una tendencia a la interacción significativa consumo x grupo en *resiliencia* ( $F = 3.59, p = .060$ ), de manera que, los grandes consumidores que no padecen CCC, se mostraron más resilientes que los pacientes, mientras que los bajos consumidores que padecen CCC, obtuvieron puntuaciones más elevadas en resiliencia que aquellos que no lo padecen. Estos resultados confirman parcialmente la hipótesis ya que los pacientes con elevado consumo se caracterizan por una baja resiliencia. Este resultado es consistente

con estudios previos en los que la resiliencia se asocia con variables positivas, entre ellas el afrontamiento positivo ante la enfermedad y las situaciones difíciles. Así, aquellos pacientes que consumen alcohol abusivamente como modo de afrontar la propia vida, será más difícil que mantengan el equilibrio y que se adapten ante acontecimientos adversos como la enfermedad.

Algunos de los estudios acerca de las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los pacientes con CCC, evidencian una frecuencia mayor en el uso de estrategias de evitación y negativas (el consumo de alcohol y la desconexión conductual), así como las centradas en la emoción (*e.g.* A.K.H. Aarstad et al., 2011; Eadie y Bowker, 2012; Jagannathan y Juvva, 2016; Kohda et al., 2005; Llewellyn et al., 2007; Hernández-Mederos, 2012; Tromp et al., 2004). Por esta razón, en la hipótesis 1.4., en relación con las estrategias de afrontamiento (evaluadas por el COPE), *esperábamos que los pacientes del grupo con CCC, manifestasen con más frecuencia una tendencia al uso de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y conductas/pensamientos de escape y consumo de sustancias, dirigidas al alivio del malestar emocional, decantándose en menor medida por estrategias cognitivas y conductuales centradas en el problema.* Al comparar las posibles diferencias en estrategias de afrontamiento, en el análisis de medias obtuvimos que el GCCC se caracterizaba por un afrontamiento basado en el *consumo de drogas* ( $t = 2.75, p < .01$ ), en comparación con el GC. Asimismo, el GC se caracterizó por presentar un *afrontamiento conductual* ( $t = -2.85, p < .01$ ), *cognitivo* ( $t = -2.65, p < .01$ ), y *afrontamiento centrado en las emociones* ( $t = -2.33, p < .01$ ), es decir que estas tres estrategias diferenciarán a ambos grupos, siendo menos utilizadas por el GCCC. Los análisis de varianza confirmaron estos hallazgos con respecto al *afrontamiento conductual y cognitivo.*

Estos resultados confirman parcialmente la hipótesis ya que si bien se constata un menor empleo por parte de los pacientes con CCC de estrategias activas como el *afrontamiento conductual y cognitivo centrado en el problema*, no se hallaron diferencias significativas entre los dos grupos en *escape cognitivo*. Asimismo, fue el GC el que se caracterizó por un mayor empleo de estrategias *emocionales*. Con respecto a la estrategia *consumo de drogas*, fue característica de los pacientes con CCC.

En conclusión, los resultados obtenidos nos permiten identificar las diferencias psicosociales entre los pacientes con CCC y personas que no presentan esta patología, es decir, que éstos se caracterizan por un elevado consumo de tabaco y alcohol, mayor *impulsividad motora, búsqueda de riesgos y menor autocontrol*, menor empleo de estrategias activas, como el *afrontamiento conductual y cognitivo centrado en el problema*, el *afrontamiento centrado en las emociones*, y mayor utilización de la *estrategia consumo de drogas*.

#### 4.3.3. Diferencias en sintomatología psicológica entre los grupos (GCCC vs. GC)

Nuestro segundo objetivo hacía hincapié en *la evaluación de la sintomatología psicológica en el grupo de pacientes con CCC y en su comparación con la de un grupo de control de personas sin cáncer, con el fin de determinar el impacto de esta enfermedad sobre la salud mental*.

La bibliografía especializada en el tema muestra de forma consistente la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en los pacientes con CCC (H.J. Aarstad et al., 2013; Archer et al., 2008; Beisland et al., 2012; Chen et al., 2013; Chiou et al., 2013; Karnell et al., 2006; Kelly et al., 2006; Miovic y Block, 2007; Neilson et al., 2013; Shuman et al., 2010; Singer et al., 2012; Veer et al., 2010; Wu et al., 2016). Incluso en algunos estudios se pone de manifiesto una mayor presencia de ésta en la población que nos ocupa, al compararlos con pacientes que padecen otro tipo de neoplasias (García-Conde, 2014; Penner, 2009; Richardson et al., 2013). En base a la literatura sobre el tema, en la hipótesis 2.1 se planteaba que, *en relación con los síntomas psicológicos generales (independientemente de que el consumo de alcohol y tabaco fuera elevado), el grupo de CCC presentaría una mayor sintomatología psicológica; concretamente, mayores puntuaciones en sintomatología depresiva y ansiosa, que los sujetos del GC*. Nuestros resultados avalan que los pacientes con CCC presentan sintomatología depresiva. Más específicamente, se obtuvieron diferencias significativas en las medias de ambos grupos ( $t = 2.88$ ), y los análisis de varianza dieron lugar a efectos principales significativos debidos al **grupo** en *sintomatología depresiva* ( $F = 9.03, p = .003$ ). Los resultados de ambos análisis son claros indicadores de que el

grupo con CCC se caracteriza por presentar mayor *sintomatología depresiva*, tal como lo refleja la literatura al respecto.

En cuanto a la *sintomatología ansiosa*, a diferencia de la literatura al respecto, no se ha confirmado su presencia en los pacientes con CCC de nuestra muestra. Únicamente se apreció una tendencia significativa debida al grupo en el análisis de varianza ( $F = 3.29, p = .072$ ).

En la hipótesis 2.2., planteábamos que *los pacientes con CCC (independientemente del consumo de alcohol y tabaco) presentarían puntuaciones más elevadas en el trastorno de personalidad paranoide, y en los que constituyen el conglomerado B con respecto a los sujetos del grupo de comparación.*

Nuestro resultados en relación a los trastornos de la personalidad, evaluados por el IPDE, mostraron diferencia de medias en los trastornos *paranoide* ( $t = 2.82, p < .01$ ) e *histriónico* ( $t = 4.04, p < .001$ ). Asimismo, se registraron efectos principales significativos debidos al grupo en ambos trastornos de personalidad ( $F = 4.89, p = .028$ ;  $F = 12.89, p < .000$ , respectivamente). Estos resultados confirman la hipótesis formulada, de manera que el GCCC se caracteriza por obtener puntuaciones más elevadas en dichos trastornos que el GC.

En suma, los resultados mencionados muestran las diferencias existentes entre el GCCC y el GC en lo relativo a la sintomatología psicológica, determinante del impacto que esta enfermedad posee sobre la salud mental de los pacientes. Así, los pacientes con CCC se caracterizan por presentar *sintomatología depresiva* y padecer los *trastornos de la personalidad paranoide* ( $t = 2.82, p < .01$ ) e *histriónico*.

#### **4.3.4. Aspectos de interés acerca del Cáncer de Cabeza y Cuello**

Nuestro tercer objetivo se centraba en la *descripción y análisis en profundidad del GCCC en los siguientes tres aspectos: (i) las pautas de covariación que presenta el afrontamiento específico ante la enfermedad y el resto de variables de personalidad y síntomas evaluados; (ii) la influencia de la fase de tratamiento; y (iii) el sentido que la enfermedad posee para los pacientes y los cambios derivados de ésta.*



Existe evidencia en la literatura acerca de la relación entre el afrontamiento y las demás variables consideradas en nuestro estudio, a saber, los rasgos de personalidad, la resiliencia y la sintomatología. Los estudios muestran que las estrategias positivas de afrontamiento del cáncer se asocian con rasgos positivos de la personalidad como la extraversión (García-Conde, 2014). También este tipo de afrontamiento se relaciona con la resiliencia (Campbell-Sills et al., 2006; Manne et al., 2015; Molina et al., 2014). En cuanto al afrontamiento positivo y la sintomatología, éste mantiene correlaciones negativas con la ansiedad y la depresión (García-Conde, 2014). Asimismo, el afrontamiento negativo del cáncer se asocia con el neuroticismo y con una mayor presencia de sintomatología ansiosa y/o depresiva (García-Conde, 2014; Johansson et al., 2011; Richardson et al., 2013; Rodríguez-Quintana et al., 2012; Rodríguez et al., 2007). Con respecto a la relación entre el afrontamiento específico del cáncer y las estrategias de afrontamiento ante los problemas, es lógico pensar que si los pacientes son capaces de afrontar la enfermedad oncológica de forma positiva, también afrontarán positivamente el resto de situaciones vitales difíciles. En base a la literatura revisada, en la hipótesis 3.1. esperábamos que *aquellos pacientes con CCC que afrontasen su enfermedad de forma positiva presentarían rasgos de personalidad positivos (más adaptativos) como la extraversión, resiliencia, un estilo de afrontamiento activo, y menos sintomatología. Asimismo, que los pacientes que se caracterizasen por un afrontamiento al cáncer más negativo presentarían un mayor neuroticismo, y desarrollarían sintomatología psicológica (especialmente ansiosa y depresiva).*

Los resultados de nuestro estudio (Véase Tabla 36) evidencian relaciones claras entre el *espíritu de lucha* (estrategia positiva de afrontamiento del cáncer) y la *extraversión*, la *resiliencia*, el *afrontamiento conductual y cognitivocentrado en el problema*, y el *centrado en las emociones*. Asimismo, correlacionó negativamente con los síntomas de *hipersensibilidad*, *somatización* y *depresión*, no estableciendo ningún tipo de relación con los *trastornos de personalidad*. Estos datos señalan que los pacientes de nuestra muestra que afrontan el cáncer con espíritu luchador, se caracterizan por ser extravertidos y por afrontar cualquier tipo de problemas de forma activa, con gran consciencia de las propias emociones y la búsqueda de desahogo. Además, los pacientes caracterizados por el *espíritu de lucha* experimentan menos síntomas depresivos, somáticos o de excesiva sensibilidad, hecho que se relaciona con el rasgo de extraversión, en el que han obtenido una puntuación más elevada. Estos

resultados se encuentran en consonancia con estudios previos, como el de García-Conde (2014) en cuyo trabajo halló que el *espíritu de lucha* se relacionaba positivamente con *extraversión*, y negativamente con *neuroticismo*, *depresión* y *ansiedad*.

La estrategia de afrontamiento negativa *preocupación ansiosa* correlacionó positivamente con *neuroticismo*, así como con síntomas del espectro ansioso/depresivo (*obsesión-compulsión*, *ansiedad* y *depresión*). Esto era de esperar debido a que este modo de afrontamiento implica en sí ansiedad, factor relacionado con la *depresión* y el *neuroticismo*. Resultados similares se hallaron en el estudio de García-Conde (2014), en el que el *neuroticismo*, la *ansiedad* y la *depresión* (además de la *somatización*) se asociaron con este modo de afrontar el cáncer. Además, correlacionó (aunque débilmente) con *impulsividad motora*, la *preferencia por tareas fáciles* y otros *síntomas* y *trastornos*.

La estrategia de afrontamiento *fatalismo*, mantuvo una relación positiva con *escrupulosidad*, y negativamente con *temperamento volátil*. Estos resultados podrían explicarse por la actitud de aceptación por parte del paciente que le ayudaría a mantener una vida disciplinada. Asimismo, la reacción emocional poco ansiosa propia de aquellos que afrontan el cáncer con *fatalismo*, explicaría la relación negativa que establece con el temperamento volátil. Es decir, que aquellos pacientes con CCC que afrontan su enfermedad con *fatalismo*, se caracterizan por un temperamento más estable. Además, correlacionó negativamente con la variable *hostilidad*. Este dato tiene sentido ya que la aceptación serena de la enfermedad difícilmente podría conllevar reacciones hostiles. Asimismo, el *fatalismo* correlacionó positivamente con *resiliencia* y con cuatro estilos de afrontamiento: *conductual* y *cognitivo centrados en el problema*, *emocional* y *escape cognitivo*, este último con una correlación de  $r = .48$  ( $p < .001$ ). Este modo de afrontamiento del cáncer no mantuvo correlaciones significativas con ningún trastorno de la personalidad. Estos resultados en los que el *fatalismo* no establece relación con los síntomas, no están en consonancia con los estudios revisados, en los que este modo de afrontar el cáncer se relacionó con depresión (Richardson et al., 2013; Rodríguez et al., 2007) y con ansiedad (Richardson et al., 2013).

El factor *desamparo/desesperanza* correlacionó positivamente con *neuroticismo*, cosa que era de esperar ya que este rasgo supone la tendencia a experimentar estado

afectivos negativos como el desánimo. Asimismo, correlacionó negativamente con *extraversión*. La relación del *desamparo/desesperanza* con la *depresión*, los trastornos de personalidad *dependiente* y *límite* y con los síntomas de *hipersensibilidad* fueron las más fuertes, habiendo obtenido los coeficientes más elevados, en comparación con el resto de variables. Esto tiene sentido ya que la sintomatología depresiva va acompañada por falta de esperanza en el futuro y mayor vulnerabilidad, que puede conllevar mayor sensibilidad en la relación con uno mismo y con los demás. El trastorno *dependiente* caracterizado por la baja autoconfianza, el temor, la gran inseguridad, la necesidad de contar con los demás para tomar decisiones, podría asociarse con el afrontamiento basado en la indefensión y el desamparo, propio de aquellos pacientes que valoran su diagnóstico como una gran amenaza, augurando un pronóstico pesimista. El trastorno de la personalidad *límite* mantuvo relación con este modo de afrontar el cáncer por la excesiva inestabilidad emocional que caracteriza a quienes lo padecen. El resto de coeficientes significativos que aparecen son débiles (positivos con *escape cognitivo*, otros síntomas y con algunos trastornos, y negativo con *resiliencia*).

El afrontamiento caracterizado por la *evitación* correlacionó negativamente con *apertura a la experiencia*, lo cual tiene mucho sentido ya que según la revisión realizada por García-Conde (2014) las personas que poseen ese rasgo utilizan menos estrategias basadas en la distracción. Además, este tipo de afrontamiento correlacionó positivamente con *escrupulosidad*, quizás porque la evitación (negación) del diagnóstico implica una actitud optimista ante el pronóstico. También correlacionó con dos variables de autocontrol (*preferencia por tareas fáciles*, y *por tareas físicas*). Asimismo, se encontraron correlaciones positivas con *escape cognitivo* y *consumo de drogas*, aunque los coeficientes obtenidos fueron de escasa cuantía. Por otra parte, no correlacionó con ningún tipo de sintomatología psicológica como es lógico ya que la negación de la enfermedad difícilmente producirá una reacción psicológica negativa relevante. Con respecto a los trastornos de la personalidad, destacar que el coeficiente más significativo aparece con el trastorno *ansioso* y también correlaciona aunque muy débilmente con el trastorno *dependiente*. Los pacientes con CCC que utilizan este modo de adaptación a su enfermedad oncológica, se caracterizan por falta de apertura, autodisciplina, preferencia por tareas que no requieren esfuerzos intelectuales, estilo evasivo ante los problemas, y presentarán trastornos de la personalidad del grupo III.

Algunos estudios manifiestan la relación existente entre la fase de tratamiento y las estrategias de afrontamiento utilizadas. Si bien no existe consenso, hay autores cuyos hallazgos muestran que los pacientes con cáncer utilizan estrategias de afrontamiento pasivas tras el diagnóstico y activas tras los tratamientos médicos (Hernández-Mederos et al., 2012; Vidhubala et al., 2006). Partiendo del concepto de *resiliencia* como la capacidad de las personas para recuperarse ante acontecimientos adversos, tras una incapacidad inicial, para superarlos y desarrollarse óptimamente a pesar de éstos, entendemos que ésta será mayor tras haber atravesado el diagnóstico y la fase de tratamiento, momentos especialmente difíciles en el proceso de la enfermedad, y en el contexto vital de cualquier persona. Asimismo, debido al incremento de la resistencia de los pacientes, tras las duras fases del diagnóstico y tratamiento, pensamos que sus estrategias de afrontamiento serán más positivas. Además, hay autores que han encontrado diferencias en sintomatología en función de la fase de la enfermedad, de manera que, generalmente, tras los tratamientos la sintomatología es mayor (Chiou et al., 2013; Hernández-Mederos et al., 2012; Karnell et al., 2006; Kelly et al., 2006; Neilson et al., 2013; Richardson et al., 2013; Soriano, 2002; Vidhubala et al., 2006). Por ello, en la hipótesis 3.2 planteábamos *que los pacientes con CCC en fase de seguimiento con respecto a los que se encontraban en tratamiento, se caracterizarían por una mayor extraversión, resiliencia, y un afrontamiento más activo y a su vez presentarían más sintomatología.*

En relación con la extraversión, los pacientes se diferenciaron en esta dimensión de la personalidad según la fase de tratamiento, de manera que los que se hallaban en seguimiento puntuaron más alto que los que estaban en tratamiento activo ( $U = 272.5$ ,  $p < .016$ ), indicando que se caracterizan por presentar este rasgo en mayor medida.

En lo relativo a la *resiliencia*, los pacientes con CCC en fase de seguimiento, tal como esperábamos, puntuaron más alto en esta variable ( $U = 235.5$ ,  $p < .004$ ) que los que se hallaban en fase de tratamiento. Esto puede indicar que el haber atravesado una situación que entraña tanto sufrimiento, ha permitido a los pacientes superarlo y desarrollarse a pesar de éste, por ello son más resilientes.

Con respecto al afrontamiento, los datos de nuestro estudio mostraron que los pacientes en fase de seguimiento se caracterizan por la utilización del *afrontamiento*

*conductual centrado en el problema* ( $U = 283.0, p < .022$ ). Estos resultados están en consonancia con los hallazgos de Vidhubala et al. (2006), que observaron que los pacientes en fase de post-tratamiento (quimioterapia o radioterapia) utilizaron en mayor medida estrategias orientadas al problema, en comparación con los recién diagnosticados o a los que se hallaban en fase terminal. Esto seguramente se debe a las características propias de cada fase, ya que, debido al fuerte impacto emocional del diagnóstico, a la grave afectación fisiológica y a la cercanía de la muerte (propia de la fase terminal), es más probable el uso de estrategias más pasiva.

En cuanto a la *sintomatología*, los pacientes en fase de seguimiento no se diferenciaron de los que se encontraban en fase de tratamiento, en contraposición con la literatura revisada.

A partir de estos resultados podemos afirmar que la hipótesis se confirma parcialmente, es decir, se confirma en relación con la extraversión, el afrontamiento y la resiliencia, sin embargo, la previsión acerca de la sintomatología no se ha confirmado.

En lo relativo a la búsqueda de significado o sentido del cáncer (variable insuficientemente estudiada) una de las maneras de realizarla es mediante atribuciones causales. A través de éstas, los pacientes consideran que su enfermedad es consecuencia de su conducta (como puede ser el consumo), y esto genera sentimientos de culpa (Rodríguez, 2006). Esto significa que, como la mayoría de nuestros pacientes son consumidores de sustancias, éstos encontrarán un sentido de atribución negativo al cáncer que a su vez afectará negativamente a diferentes ámbitos de la vida del paciente. Por ello, en la hipótesis 3.3 planteábamos que *un mayor número de pacientes otorgarían un significado de atribución negativa a su enfermedad, y que presentarían mayormente una afectación negativa en diferentes áreas de la vida personal*. Los resultados muestran que del 56.1% que encontró un significado a su enfermedad, el 71.9% realizó una atribución negativa sobre ésta, que incluyó tanto atribuciones externas como internas, asociadas en su mayoría al consumo de sustancias. Teniendo en cuenta que la mayoría de pacientes de nuestra muestra eran consumidores de tabaco y/o alcohol, es lógico que el significado otorgado al cáncer se base en una atribución negativa, debido a la responsabilidad de éstos en el desarrollo de la neoplasia. Muchos de los pacientes de nuestra muestra manifestaron sentirse responsables de los actos que

habían favorecido la aparición del CCC, tal como refleja el estudio de Rodríguez (2006), previamente citado. En lo relativo a las *relaciones interpersonales* encontramos que del 58.8% que afirmó haber experimentado cambios a raíz de la enfermedad, el 41.8% refirió que éstos habían sido negativos. Es decir, que hubo más pacientes que manifestaron que los cambios se habían dado en sentido positivo (Alonso y Bastos, 2011; Van der Spek et al., 2013; Rodríguez, 2006). En cuanto a la *valoración de la propia vida*, del 62.3% sí refirió haber experimentado cambios, el 49.3% expresó que su valoración era negativa o de incertidumbre e inseguridad. Esto indica que, casi para la mitad, el cáncer supuso un cambio vital difícil. Con respecto a la *valoración de la propia persona*, del 56.1% que refirió haber cambiado su autopercepción, el 58.7% informó que habían sido negativos y/o asociados a limitaciones en la vida diaria. El cáncer de cabeza y cuello, con las implicaciones psicosociales que conlleva, sobre todo en cuanto a pérdidas funcionales, limita seriamente la vida de los que lo padecen. Además, es un tipo de neoplasia que, en general, se diagnostica tardíamente, (hecho que compromete la supervivencia de los pacientes), por ello la incertidumbre e inseguridad acerca del futuro está presente a la hora de valorar la propia vida. Y las limitaciones favorecen una valoración negativa de la propia persona puesto que muchos se ven limitados e incapaces a la hora de realizar actividades de la vida diaria. Estas características propias del CCC explicarían los resultados obtenidos en nuestro estudio.

En suma, según nuestros datos, los pacientes experimentaron, en mayor medida, cambios en sentido negativo en lo relativo a la *valoración de la propia vida y de la propia persona*, y positivos en las *relaciones personales*. Estos resultados confirman la hipótesis a excepción del área de las relaciones personales.

Existe bibliografía que pone de manifiesto la relación positiva entre el sentido de la enfermedad y el hecho de afrontarla de forma más positiva (Rodríguez, 2006). Asimismo, pensamos que si el paciente encuentra un sentido positivo al cáncer, aceptará con más facilidad su enfermedad, hecho que repercutirá positivamente en sus relaciones personales con los más allegados. Además, diversos autores (*e.g.* Rodríguez, 2006; Van der Spek et al., 2013) encontraron que la persona enferma, con frecuencia, reordena sus prioridades vitales, modifica su escala de valores, dando más importancia a las relaciones con los demás, especialmente con sus familiares. En base a las conclusiones obtenidas por estos autores, en la hipótesis 3.4, planteábamos que *los pacientes con*

*CCC que otorgasen un sentido positivo a su enfermedad, y que presentasen cambios positivos en sus relaciones personales, se caracterizarían por un modo de adaptación positivo al cáncer. También esperábamos encontrar cambios con respecto a sus metas y prioridades vitales, siendo la familia y los demás la meta la más importante.*

Los resultados relativos a la relación entre el sentido positivo de la enfermedad y el afrontamiento positivo mostraron diferencias únicamente en *evitación cognitiva* ( $U = 266.0$ ,  $p < .05$ ) así, los pacientes que dan un significado negativo al cáncer se esforzarían en no pensar en la enfermedad. Parece evidente que la aceptación de la enfermedad es consecuencia de la capacidad de una persona para encontrar un sentido positivo a una situación de sufrimiento, como es la enfermedad. Esta aceptación favorecería una vivencia más serena ante este acontecimiento, y por tanto, un afrontamiento más adaptativo. Además, parece lógico que si el paciente ha logrado ver su enfermedad desde un sentido positivo, no necesitará evitar pensar en ella, sino que tendrá la capacidad de “mirarla de frente”, sin ningún tipo de huída ya que en ella habrá encontrado un beneficio o algo positivo.

Por otro lado, es difícil esclarecer por qué no se han hallado diferencias significativas en otras estrategias de afrontamiento, aunque las medias son menores en *preocupación ansiosa* y *desamparo/desesperanza* para los que han encontrado un significado positivo al cáncer.

Con respecto a las diferencias en el afrontamiento entre los que han experimentado cambios positivos y negativos en sus *relaciones interpersonales*, los datos evidenciaron que los primeros se caracterizaban por un mayor *espíritu de lucha* ( $t = 2.23$ ,  $p < .05$ ). Asimismo, los que refirieron cambios negativos en sus relaciones, se caracterizaron por el *desamparo/desesperanza* ( $t = -2.01$  ( $p < .05$ )). Debido a la importancia que tienen las relaciones personales en la vida de cualquier persona, y su influencia especialmente en el contexto de la enfermedad oncológica, entendemos que el hecho de recibir un buen apoyo social puede favorecer una respuesta activa, una mayor implicación en el proceso de la enfermedad y una aceptación del diagnóstico, en definitiva, una actitud luchadora. El empeoramiento de dichas relaciones generará una sensación de pesimismo, falta de control, soledad y desesperanza ante el cáncer, que favorecerá las reacciones desadaptativas como el *desamparo/desesperanza*.

Por otro lado, es difícil esclarecer por qué no se han hallado diferencias significativas en otras estrategias de afrontamiento, no obstante, las medias son menores en *preocupación ansiosa*, *fatalismo* y *evitación cognitiva* para los que han encontrado un significado positivo al cáncer.

Estos resultados confirman la hipótesis acerca de la relación entre el sentido positivo y los cambios positivos en las relaciones personales con un afrontamiento más adaptativo de la enfermedad.

#### 4.4. Conclusiones

En este apartado exponemos una serie de conclusiones extraídas de los resultados obtenidos en nuestro estudio (capítulo III), que no necesariamente se relacionan con las hipótesis planteadas.

Un aspecto a resaltar con respecto a los rasgos de personalidad, son las diferencias obtenidas en *apertura a la experiencia*, de manera que el GCCC se caracteriza por bajas puntuaciones en dicha dimensión en comparación con el GC. Este hecho se ha visto reflejado en el análisis de medias, en el discriminante y en el análisis de varianza. Esto indica que los pacientes con CCC de nuestra muestra, manifiestan intereses convencionales y pragmáticos, tienen mayor preferencia por las cosas prácticas y concretas, y se inclinan por lo tradicional, es decir, que son resistentes al cambio y a la novedad.

Otro rasgo característico de los pacientes es la *cordialidad* ( $t = 2.95, p < .01$ ) que aparece en el análisis de medias como variable diferenciadora entre ambos grupos. Asimismo, el análisis discriminante evidencia que este rasgo de personalidad es un factor importante a la hora de diferenciarlos. Este dato sugiere que los pacientes con CCC tienden a mostrarse amistosos, generosos, buscadores de la armonía social. Podría parecer que este resultado es contradictorio con el elevado consumo de alcohol por parte de la mayoría de nuestros pacientes, realidad que generalmente es generadora de conflictos. Sin embargo, consideramos que se puede explicar este resultado teniendo en cuenta que suelen ser personas que en sus relaciones sociales se muestran educados, agradables y en general, muy correctos, dando una buena imagen de sí mismos a los demás. Esto se ha podido constatar en las entrevistas personales realizadas en el



presente estudio, además de ser un hecho observado por otros profesionales sanitarios que les atendían en el hospital.

El análisis factorial pone de manifiesto que el análisis correspondiente al GCCC describe una estructura más compleja que la del GC, aunque el porcentaje de varianza es bastante similar para ambos grupos. Cabe destacar que, en los análisis discriminantes, con respecto a *las dimensiones de personalidad, el afrontamiento y la resiliencia*, las variables que se han mostrados más potentes a la hora de diferenciar entre ambos grupos eran: *la apertura a la experiencia, preferencia por actividades físicas, resiliencia, afrontamiento conductual centrado en el problema y el neuroticismo*. Cabe hacer notar que *la resiliencia y el neuroticismo* únicamente se han hallado como variables que permiten discriminar entre ambos grupos en los análisis multivariados, mientras que el resto fueron significativas también en los univariados. Con respecto a los síntomas (*sintomatología psicológica y trastornos de la personalidad*), la combinación de variables que permite discriminar con mayor claridad entre ambos grupos son: *obsesión-compulsión, trastorno histriónico, somatización, trastorno paranoide, trastorno límite y trastorno dependiente*.

Con respecto a los análisis de varianza cabe mencionar varios resultados obtenidos, que no se han comentado anteriormente:

- Se registraron efectos de interacción entre el consumo y el grupo sobre la *extraversión* ( $F = 4.31, p = .040$ ) y la *escrupulosidad* ( $F = 5.29, p = .023$ ). Este resultado indica que los grandes consumidores que no padecen CCC, son más extravertidos y escrupulosos que aquellos que padecen CCC. Mientras que cuando el consumo es bajo, los pacientes con CCC son los que obtendrían puntuaciones más elevadas en *extraversión y escrupulosidad*. Esto indica que los pacientes de nuestra muestra cuyo consumo es menor, se caracterizan por estos rasgos de personalidad.
- También se registró un efecto principal significativo debido al consumo en *búsqueda de riesgos* ( $F = 5.91, p = .024$ ), de forma que, con independencia de padecer o no CCC, los individuos que consumen en exceso se caracterizan por

esta dimensión del autocontrol, lo que denota que éste es más pobre en estos sujetos.

- Se registró un efecto significativo de interacción consumo por grupo sobre la *hipersensibilidad* ( $F = 4.66, p = .03$ ), de forma que mientras que en el grupo de control los de bajo consumo son más hipersensibles, en el grupo con CCC son los de alto consumo los que obtienen puntuaciones más elevadas en *hipersensibilidad*, quizás esto explique la conflictividad de los consumidores abusivos en las relaciones personales.
- Los análisis de varianza dieron lugar a efectos principales significativos debidos al grupo en los trastornos de la personalidad *paranoide* ( $F = 4.89, p = .028$ ), *histriónico* ( $F = 12.89, p = .000$ ) y *ansioso* ( $F = 4.84, p = .029$ ). Parece que además del trastorno paranoide y los trastornos del conglomerado B, este trastorno caracteriza al GCCC.
- Por último, cabe mencionar el efecto principal significativo debido al consumo en el *trastorno límite* ( $F = 7.44, p = .007$ ) y en el *anancástico* ( $F = 5.22, p = .024$ ), de forma que los grandes consumidores frente a los no consumidores se caracterizan por presentar *trastorno límite* (independientemente de si padecen o no CCC), mientras que sus puntuaciones son más bajas en el *anancástico*. En el caso del trastorno límite, los análisis de medias y discriminante, resultaron diferenciar al GCCC del GC, de manera que los primeros se caracterizan por presentar este trastorno.

#### 4.5. **Ámbito de aplicación**

El presente estudio constituye una aproximación a las características propias de los pacientes con CCC. Este tipo de neoplasias cuyo proceso es multidimensional, revisten una complejidad notable por su incidencia en diferentes ámbitos de la vida del paciente, como el físico, psicológico y social. Hemos abordado algunas de estas áreas como las características de la personalidad (temperamentales y cognitivas), la sintomatología y los trastornos de la personalidad de un grupo de pacientes con CCC. Todo ello, con el fin de contribuir a la investigación científica acerca de esta población

de enfermos oncológicos, de modo que este conocimiento permita elaborar e implementar programas terapéuticos que abarquen las necesidades de éstos.

A continuación, profundizaremos en las posibles aplicaciones en el ámbito clínico, derivadas de nuestro estudio, que consideramos facilitarán una atención integral de los pacientes con CCC, redundando en una mejor adaptación (psicológica y clínica) al proceso de la enfermedad y por tanto, incrementando la calidad de vida de éstos.

Una aplicación de gran relevancia es la que se refiere al consumo de sustancias (alcohol y tabaco), por su papel en el desarrollo de este tipo de neoplasias. Sería necesario abordar esta cuestión desde dos perspectivas. Por un lado, consideramos esencial una intervención preventiva mediante programas de educación para la salud, con el fin de sensibilizar acerca de los numerosos problemas derivados del consumo de ambas sustancias, en la población general, particularmente en la adolescencia, periodo en el que se inician este tipo de hábitos. Por otro lado, es preciso informar a los pacientes de la importancia del abandono de los hábitos tabáquico y alcohólico por su interferencia con los tratamientos médicos antineoplásicos, por el incremento del riesgo de desarrollo de tumores secundarios y de sintomatología depresiva. Tal como refleja la literatura, el hecho de proporcionar esta información a los pacientes favorece en no pocos casos, una respuesta positiva por parte de ellos. Asimismo, es preciso ofrecer la posibilidad de recibir un tratamiento de deshabituación tabáquica y alcohólica. Además, consideramos que es primordial una línea de investigación que aborde el estudio de una posible predisposición genética (o de otro tipo) en relación con el consumo de tabaco y alcohol, ya que el conocimiento de ésta podría arrojar luz en el ámbito de las adicciones. Los hallazgos en dicho ámbito, a su vez, facilitarían la detección de aquellas personas predispuestas genéticamente al consumo y se les podría dotar de herramientas y habilidades con un fin preventivo.

Por otro lado, el conocimiento de las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes con CCC, es de gran utilidad en la práctica clínica, ya que una elección inadecuada de éstas puede contribuir al desarrollo de síntomas e incluso de trastornos psicopatológicos. Tal como se desprenden de nuestros resultados, el estilo característico de los pacientes con CCC es el consumo de drogas. Esto es un problema grave para la salud de los pacientes ya que, el consumo de sustancias utilizado como modo de

afrontamiento, además de interferir en la eficacia de los tratamientos, hace peligrar la adherencia a los mismos, y también puede derivar en un rechazo de ayuda psicológica. Es imprescindible llevar a cabo una intervención psicológica orientada a la adopción, por parte de los pacientes, de estrategias de afrontamiento positivas, como las centradas en el problema y a la emoción, sobre todo tras el diagnóstico, tal como abogan los autores de algunos de los estudios revisados. Además, habría que limitar el uso de la evitación por su relación con el bajo estado de ánimo, mediante la promoción de la aceptación de la enfermedad. De este modo, la adopción de estrategias centradas en el problema aseguraría la adherencia al tratamiento y la posible implicación en programas de deshabitación. También consideramos que es preciso ayudar al paciente a incrementar la percepción de autoeficacia y promover el autocuidado sobre todo tras el diagnóstico. Asimismo, es necesario evaluar el apoyo social de cada paciente con CCC ya que la falta de éste conlleva consecuencias perjudiciales en el funcionamiento psicológico. Más específicamente, este tipo de carencia favorece la vulnerabilidad a la sintomatología ansiosa y depresiva.

De acuerdo con los resultados obtenidos en cuanto al afrontamiento del cáncer según la fase de tratamiento en la que se encontraban, los pacientes que estaban recibiendo tratamiento manifestaron más desesperanza, huida y evasión. Con el fin de favorecer la adaptación más óptima posible al proceso de enfermedad, es necesario promover una actitud más activa basada en el espíritu de lucha. Además, otro aspecto a tener en cuenta en la intervención psicológica es el afrontamiento de las alteraciones producidas por el tumor y los tratamientos, como la desfiguración facial, las dificultades en la comunicación y en la deglución, entre otras. Estos cambios suelen generar estados emocionales negativos, por ello, la intervención psicológica debe favorecer la aceptación de la nueva imagen, hábitos nutricionales y formas de comunicación, con el fin de fortalecer la autoestima de los pacientes y evitar estados de angustia emocional elevados.

Un aspecto de vital importancia en el proceso de enfermedad es el impacto que ésta tiene en la salud mental de los pacientes. La elevada frecuencia de sintomatología psicológica, principalmente de la ansiedad y la depresión, en pacientes con CCC ha sido ampliamente relatada en la literatura. En nuestro estudio los resultados se han visto replicados para la sintomatología depresiva. Es de suma importancia el abordaje de este

tipo de sintomatología ya que ésta incide negativamente en el funcionamiento cognitivo, emocional y social, disminuye el estado de salud general favoreciendo una mayor presencia de síntomas físicos (fatiga, náuseas, dolor y pérdida de apetito, entre otros). Además, la depresión puede interferir con el tratamiento y se relaciona con mayor consumo de sustancias, es decir, con mayor morbilidad, disminuyendo así la calidad de vida de los pacientes.

Otra aportación de nuestro estudio es la que se refiere a los trastornos de la personalidad, variable que no ha sido explorada en la población de pacientes con CCC. De los datos obtenidos en nuestro trabajo se desprende que estos pacientes presentan con mayor frecuencia los trastornos paranoide, histriónico, límite, ansioso y dependiente. Esto coincide, en parte, con la literatura acerca de los consumidores de sustancias, en la que se evidencia una mayor presencia de los trastornos del grupo B y C. Consideramos que nuestra aportación a la literatura científica es de gran interés por su implicación en el abordaje terapéutico de los pacientes con CCC. El conocimiento de los trastornos de personalidad más frecuentes en estos pacientes, sin duda favorecerá la comprensión, por parte del personal sanitario, del modo que éstos tienen de entender el mundo, a los demás y su propia enfermedad. Asimismo, este conocimiento y comprensión facilitará que el abordaje tanto médico como psicológico se adapte de forma óptima a las necesidades de cada paciente.

Un ámbito importante con respecto a la intervención psicológica es el familiar debido a las secuelas derivadas de la enfermedad y los tratamientos (dificultades en la comunicación, desfiguración facial, problemas nutricionales) que repercuten directamente en la dinámica familiar. A esto se añade la problemática del consumo que puede agravar las circunstancias mencionadas, generando importantes conflictos en el seno de la familia. Por ello, es preciso proporcionar orientación y apoyo psicológico a los familiares del paciente con el fin de ayudarles a adaptarse al proceso de enfermedad, aceptando las limitaciones que ésta conlleva.

La última aportación relevante a destacar es la que se refiere al sentido de la enfermedad y a los cambios derivados de ésta, realidad también inexplorada en la población de pacientes con CCC. El 56.1% han encontrado un sentido a ésta, siendo el de atribución negativo el más común (71.9%), que la literatura asocia con un peor

estado psicológico. Asimismo, los autores que se han centrado en el estudio acerca del sentido, en general, señalan los beneficios del hallazgo de sentido a la enfermedad sobre todo en cuanto a la aceptación de las pérdidas, el cambio en las relaciones íntimas y la reordenación de metas vitales. En nuestra muestra de pacientes se observa que algunos cambios se han producido en sentido positivo (relaciones personales y metas vitales) en la línea de los estudios revisados. Consideramos que el tratamiento psicológico ha de contemplar la promoción de la búsqueda de experiencia de sentido, en los pacientes y en sus cuidadores, haciendo hincapié en los cambios positivos generados por la realidad de la enfermedad, y evitando las atribuciones causales.

En conclusión, la exploración de las variables abordadas en nuestro estudio aporta información útil y de gran relevancia para llevar a cabo una completa intervención psicoterapéutica en los pacientes que padecen cáncer de cabeza y cuello.

#### **4.6. Limitaciones**

Con respecto a las limitaciones encontradas en el presente estudio, cabe mencionar la discrepancia entre ambos grupos en el consumo de sustancias. En un futuro se podría seguir recabando información acerca de las variables psicológicas estudiadas, con un tercer grupo formado por alcohólicos y fumadores. La adición de este tercer grupo permitiría dilucidar con mayor claridad qué diferencias se deben al cáncer y cuáles al consumo. En este trabajo no ha sido viable debido a las dificultades para obtener la muestra de pacientes oncológicos y el grupo de comparación.

Es posible que el bajo nivel educativo de los pacientes con CCC haya influido en los resultados debido a la poca capacidad de introspección de éstos y a la falta de comprensión del vocabulario de los instrumentos. Esta limitación se ha intentado compensar administrando la batería de instrumentos a cada paciente de modo individual, y resolviendo sus dudas con respecto al vocabulario empleado en los cuestionarios.

Por último, cabe destacar la escasez de estudios acerca de los rasgos de personalidad en pacientes con CCC, y la inexistencia de trabajos que exploren variables

como la impulsividad, el autocontrol, la resiliencia, y la presencia de trastornos de personalidad en estos pacientes, así como el sentido de la enfermedad. Por ello, en relación con la personalidad hemos tomado como referencia investigaciones que abordaban esta variable en personas consumidoras de alcohol y tabaco. Y en el caso de la resiliencia y el sentido de la enfermedad, los estudios de referencia han sido los realizados con pacientes oncológicos de cualquier tipo.

## REFERENCIAS





**A**

- Aarstad H. J., Aarstad A. K., Birkhaug E. J., Bru E. y Olofsson J. (2003). Personality and quality of life in HNSCC patients following treatment. *European Journal of Cancer*, 39, 1852-1860. doi: 10.1016/S0959-8049(03)00308-3
- Aarstad, A. K., Aarstad, H. J. y Olofsson, J. (2008). Personality and choice of coping predict quality of life in Head and Neck Cancer patients during follow-up. *Acta Oncologica*, 47(5), 879-890. doi: 10.1080/02841860701798858
- Aarstad, H. J., Heimdal, J., Aarstad, A. K. H. y Olofsson, J. (2002). Personality traits in head and neck squamous cell carcinoma patients in relation to the disease state, disease extent and prognosis. *Acta Oto-Laryngologica*, 122(8), 892-892-899. doi: 10.1080/0036554021000028066
- Aarstad, A.K., Lode, K., Larsen, J. P., Bru, E. y Aarstad, H. J. (2011). Choice of psychological coping in laryngectomized, head and neck squamous cell carcinoma patients versus multiple sclerosis patients. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 268(6), 907–915. doi: 10.1007/s00405-010-1417-6
- Aarstad, A. K. H., Osthus, A. A., Olofsonn, J. y Aarstad, H. J. (2013). Level of distress predicts subsequent survival in successfully treated head and neck cancer patients: a prospective cohort study. *Acta Oto-Laryngologica*, 134(2), 2011-219. doi: 10.3109/00016489.2013.841989
- Almeida, A., Bandeira, C. M., Gonçalves, A. J. y Araújo, A. J. (2014). Nicotine dependence and smoking habits in patients with head and neck cancer. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 40(3), 286-293. doi:10.1590/S1806-37132014000300012.
- Alonso, C. y Bastos, A. (2011). Intervención psicológica en personas con cáncer. *Clínica Contemporánea*, 2(2), 187-207. doi: 10.5093/cc2011v2n2a6
- Aluja, A., García, O. y García, L. F. (2002). A comparative study of Zuckerman's three structural models for personality through the NEO-PI-R, ZKPQ-III-R, EPQ-RS and Goldberg's 50-bipolar adjectives. *Personality and Individual Differences*, 33, 713-725.
- Aluja, A., García, O., Rossier, J. y García, L.F. (2005). Comparison of the NEO-FFI, the NEO-FFI-R and an alternative short version of the NEO-PI-R (NEO-60) in swiss and spanish samples. *Personality and Individual Differences*, 38, 591-604. doi: 10.1016/j.paid.2004.05.014

- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona, España: Masson.
- American Society of Clinical Oncology (ASCO) (2015). *Factores de riesgo y prevención*. Recuperado de <http://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-lar/dngeo-e-hipofar/dngeo/factores-de-riesgo-y-prevenci%3%B3n>
- Anagnostopoulos, F., Kolokotroni, P., Spanea, E. y Chrysoschoou, M. (2006). The Mini-Mental Adjustment to Cancer (Mini-Mac) Scale: construct validation with a greek sample of breast cancer Patients. *Psycho-Oncology*, 15(1) 79-89. doi:10.1002/pon.924
- Arbizu, J.P. (2000). Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 24, 173-178. Recuperado de <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/viewArticle/5848>
- Archer, J., Hutchison, I. y Korszun, A. (2008) Mood and malignancy: head and neck cancer and depression. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 37(5), 255-70. doi: 10.1111/j.1600-0714.2008.00635.x
- Arias, F., Villafranca, E., Dueñas, M.T. y Vera, R. (2000). Factores pronósticos en el carcinoma de cabeza y cuello. *Anales Sistema Sanitario de Navarra*, 24(1), 73-80. Recuperado de <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/viewArticle/5837>
- Ascencio-Huertas, L., Rangel-Domínguez, N. E. y Allende, S. (2013). Proceso de atención psicológica en el programa de atención y cuidados en oncología del instituto nacional de cancerología. *Psicooncología*, 10(2-3), 393-406. doi:10.5209/rev\_PSIC.2013.v10.n2-3.43457
- Avia, M. D., Sanz, J., y Sánchez-Bernardos, M. L. (1997). *Versión española del Inventario de Personalidad NEO-Revisado (NEO PI-R) de Paul T. Costa y Robert R. McCrae (1992)*. Versión experimental. Manuscrito no publicado. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- B**
- Baider, L. (2003). Cáncer y familia: Aspectos teóricos y terapéuticos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(3), 505-520. Recuperado de [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-85.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-85.pdf)

- Becerra, A. L., Lugo, I. S. y Reynoso, L. (2013). Terapia de activación conductual en pacientes oncológicos: una propuesta de intervención. *Psicooncología*, 10(1) 163-168. doi: 10.5209
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 125-146. Recuperado de [http://aepcp.net/arc/01.2006\(3\).Becona.pdf](http://aepcp.net/arc/01.2006(3).Becona.pdf)
- Beisland, E., Aarstad, A. K. H., Osthus, A. A., y Aarstad, H. J. (2012). Stability of distress and health-related quality of life as well as relation to neuroticism, coping and TNM stage in head and neck cancer patients during follow-up. *Acta Oto-Laryngologica*, 133(2), 209-17. doi:10.3109/00016489.2012.720032
- Bellver, A. (2007). Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el estado emocional en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(1) 133-142. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0707120133A>
- Bloom, E. L., Matsko, S. V. y Cimino, C. R. (2014). The relationship between cigarette smoking and impulsivity: A review of personality, behavioral, and neurobiological assessment. *Addiction Research & Theory*, 22(5), 386-397. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1636813876?accountid=14777>
- Broche, Y. y Medina, W. R. (2011). Resiliencia y afrontamiento: Una visión desde la psicooncología. *Psicología. Revista internacional on-line*, 15. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10401/4068>

## C

- Campbell-Sills, L., Cohan, S. L. y Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*, 44(4), 585-599. doi:10.1016/j.brat.2005.05.001
- Campbell-Sills, L. y Stein, M.B. Psychometric Analysis and Refinement of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-Item Measure of Resilience (2007). *Journal of Traumatic Stress*, 20(6), 1019–1028. doi:10.1002/jts.20271
- Carou, M. (2011). *Personalidad y adicción a drogas: un análisis de la impulsividad, búsqueda de sensaciones y los trastornos de personalidad*. (Tesis doctoral no

- publicada). Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España.
- Carrillo de la Peña, M. T., Otero, J. M. y Romero, E. (1993). Comparison among various methods of assessment of impulsiveness. *Perceptual and Motor Skills*, 77, 567-575.
- Carver, C. y Scheier, M. (1981). *Attention and self-regulation: a control-theory approach to human behavior*. Nueva York, NY: Springer-Verlag.
- Carver, C. y Scheier, M. (1985). Self-consciousness, expectancies, and the coping process. En T. M. Field, P. M. McCabe y N. Schneiderman (Eds.), *Stress and coping* (pp. 305-330). Hillsdale. N. J: Erlbaum.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Charney D. A., Zikos E. y Gill K. J. (2009). Early recovery from alcohol dependence: Factors that promote or impede abstinence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38(1), 42-50. doi:10.1016/j.jsat.2009.06.002
- Chaudhury, S., Prakash, J., Walia, T. S., Seby, K., Sukumaran, S., y Kumari, D. (2010). Psychological distress in alcohol dependence syndrome. *SIS Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 17(1), 38-44. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Jyoti\\_Prakash6/publication/260247202\\_Psychological\\_Distress\\_in\\_Alcohol\\_Dependence\\_Syndrome/links/0c96053cd52e99623b000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jyoti_Prakash6/publication/260247202_Psychological_Distress_in_Alcohol_Dependence_Syndrome/links/0c96053cd52e99623b000000.pdf)
- Chavelas, D., Olmeda, B, Alvarado, S., Ochoa-Carrillo, F. J., González-Cardín, V. y Oñate-Ocaña, L. F. (2015). Alteraciones de la imagen corporal en pacientes con cáncer de nariz sometidos a rinectomía. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 14(1), 36-45. doi: 10.1016/j.gamo.2015.06.006
- Chen, A. M., Daly, M. E., Vázquez, E., Courquin, J., Luu, Q., Donald, P. J. y Farwell, D. G. (2013). Depression Among Long-term Survivors of Head and Neck Cancer Treated With Radiation Therapy. *Otolaryngology-Head Neck Surgery*, 139(9), 885-889. doi:10.1001/jamaoto.2013.4072.
- Chiou W.Y., Lee, M. S., Ho, H. C., Hung S. K., Lin H. Y., Su, Y. C. y Lee, C. C. (2013). Prognosticators and the relationship of depression and quality of life in head and neck cancer. *Indian Journal of Cancer*, 50(1), 14-20. doi:10.4103/0019-509X.112279.

- Clínica Universitaria de Navarra (CUN) (2015). *Sintomatología del cáncer de cabeza y cuello*. Recuperado de <http://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/tumores-cabeza-cuello>
- Cogwell, R. y Anderson, K. (2001). Psychological and Psychosocial Implications of Head and Neck Cancer. *The Internet Journal of Mental Health*, 1 (2). Recuperado de <http://ispub.com/IJMH/1/2/3169>
- Connor, K. M. y Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The connor-davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. doi: 10.1002/da.10113
- Costa P. T. Jr. y Mc Crae, R. R., (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, Ucrania: Psychological Assessment Resources.
- Crespo, M. y Cruzado, J. A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de conducta*, 23 (92), 797-830.
- Cuevas, E. y Hernández-Pozo, M. (2008). Evaluación de la impulsividad en fumadores: una revisión sistemática. *Revista mexicana de análisis de la conducta*, 34(2), 293-311. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-45342008000200010&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-45342008000200010&lng=es&tlng=es).

## **D**

- Dean, A., Roldán, J., Jurado, A., Ruza, M., Ramos, M., Acosta, Martínez, A. (2009). *Protocolo de cáncer de cabeza y cuello. Subcomisión Clínica de CCC del Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba)*. Recuperado de <http://studylib.es/doc/6959103/protocolo-de-c%C3%A1ncer-de-cabeza-y-cuello>
- De Miguel, A. y Pelechano, V. (2000) Estructura de personalidad y trastornos de personalidad: correlatos de personalidad de los trastornos de personalidad definidos por clasificaciones de consenso. *Psicologemas*, 14, 7-214.
- Deshields, T. L., Heiland, M. F., Kracen, A. C. y Dua, P. (2016). Resilience in adults with cancer: Development of a conceptual model. *Psycho-Oncology*, 25(1), 11-18. doi: 10.1002/pon.3800
- Di Pierro, R., Preti, E., Vurro, N., & Madeddu, F. (2014). Dimensions of personality structure among patients with substance use disorders and co-occurring personality disorders: A comparison with psychiatric outpatients and healthy controls. *Comprehensive Psychiatry*, 55(6), 1398-404. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.04.005

- Dom, G., De Wilde, B., Hulstijn, W., Van, D. B. y Sabbe, B. (2006). Behavioural aspects of impulsivity in alcoholics with and without a Cluster-B personality disorder. *Alcohol and Alcoholism: International Journal of the Medical Council on Alcoholism*, 41(4), 412-20. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/198324001?accountid=14777>
- Dubey, Ch., Arora, M., Gupta, S. y Kumar, B. (2010). Five Factor Correlates: A comparison of substance abusers and non-substance abusers. *Journal of the Indian Accademy of applied Psychology*, 36(1), 107-114. Recuperado de <http://medind.nic.in/jak/t10/i1/jakt10i1p107.pdf>
- Duffy, S. A., Scheumann, A. L., Fowler, K. E., Darling-Fisher, C., y Terrell, J. E. (2010). Perceived difficulty quitting predicts enrollment in a smoking-cessation program for patients with head and neck cancer. *Oncology nursing fórum*, 37(3): 349-356. doi: 10.1188/10.ONF.349-35
- Dunne, S., Mooney, O., Coffey, L., Sharp, L., Desmond, D., Timon, C., O'Sullivan, E. y Gallagher, P. (2016). Psychological variables associated with quality of life following primary treatment for head and neck cancer: a systematic review of the literature from 2004 to 2015. *Psycho-Oncology*, 26(2), 149-160. doi:10.1002/pon.4109.
- E**
- Eadie, T. L. y Bowker, B. C. (2012) Coping and Quality of Life After Total Laryngectomy. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 146(6), 959-965. doi: 10.1177/0194599812437315
- Echeburúa, E., Bravo de Medina, R. y Aizpiri, J. (2007). Comorbidity of alcohol dependence and personality disorders: a comparative study. *Alcohol and alcoholism*, 42(6), 618-622. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3518.pdf>
- Echeburúa, E., Bravo de Medina, R. y Aizpiri, J. (2008). Variables de personalidad, alteraciones psicopatológicas y trastornos de personalidad en pacientes con dependencia de alcohol en función de la tipología de Cloninger. *Psicothema*, 20(4), 525-530. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3518.pdf>
- Elani, H. W. y Allison, P. J. (2011). Coping and psychological distress among head and neck cancer patients. *Support Care Cancer*, 19(11):1735-41. doi: 10.1007/s00520-010-1013-8

**F**

- Fernandes de Araújo, L. y Bermúdez, M. (2015). Resiliencia en adultos: una revisión teórica. *Terapia psicológica*, 33(3), 257-276. doi: 10.4067/S0718-48082015000300009
- Fernández del Río, E. y Becoña, E. (2009). Trastornos de la personalidad en fumadores: una revisión. *Adicciones*, 22(2), 155-172. Recuperado de: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/207/199>
- Fernández del Río, E., López, A. y Becoña, E. (2010). Trastornos de la personalidad y abstinencia de consumo de tabaco en un tratamiento psicológico para dejar de fumar. *Psicothema*, 22(3), 357-362. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/727/72714400001.pdf>
- Flores-de la Torre, C., Hernández-Hernández, D. M. y Gallegos-Hernández, J. F. (2010). El virus del papiloma humano como factor pronóstico en pacientes con carcinoma epidermoide de cabeza y cuello. *Cirugía y Cirujanos*, 78(3), 221-8. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2010/cc103e.pdf>
- Frankl, V.E. (1996). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona, España: Herder
- Frankl, V.E. (2008). *La voluntad de sentido: conferencias escogidas sobre logoterapia*. Barcelona, España: Herder.
- Freedman, N. D., Abnet, C. C., Leitzmann, M. F., Hollenbeck, A. R., y Schatzkin, A. (2007). Prospective investigation of the cigarette smoking-head and neck cancer association by sex. *Cancer*, 110 (7), 1593-1593-1601. doi:10.1002/cncr.22957.
- Furnham, A., Milner, R., Akhtar, R. y De Fruyt, F. (2014). A Review of the Measures Designed to Assess DSM-5 Personality Disorders. *Psychology*, 5, 1646-1686. doi: 10.4236/psych.2014.514175

**G**

- Galbiatti, A. L. S., Padovani-Junior, J. A., Maníglia, J. V., Soares Rodrigues, C. D., Pavarino, E. C. y Goloni-Bertollo, E. M. (2013). Head and neck cancer: causes, prevention and treatment. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 79(2), 239-247. doi: 10.5935/1808-8694.20130041
- Galceran, J., Ameijide A., Carulla, M., Mateos, M., Quirós, J. R., Alemán, A.,...Peris, R. (2014). *Estimación de la incidencia de cáncer en España. Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN)*. Recuperado de [redecan.org/es/download\\_file.cfm?file=257&area=196](http://redecan.org/es/download_file.cfm?file=257&area=196)



- Gallegos-Hernández, J. F. (2006). El Cáncer de cabeza y cuello. Factores de riesgo y prevención. *Cirugía y Cirujanos*, 74(4), 287-293. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2006/cc064m.pdf>
- Gallegos-Hernández, J. F., Paredes-Hernández, E., Flores-Díaz, R., Minauro-Muñoz, G., Apresa-García, T. y Hernández-Hernández, D. M. (2007). Virus del papiloma humano asociado con cáncer de cabeza y cuello. *Cirugía y Cirujanos*, 75(3), 151-55. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66275302>
- García-Conde A. (2014). *Dimensiones básicas de la personalidad, afrontamiento y adaptación en pacientes oncológicos* (Tesis doctoral). Universidad de Valencia, Valencia, España.
- Garnezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34(4), 416-430. doi: 10.4103/0019-509X.112279
- Gil, L. y Breitbart, W. (2013). Psicoterapia centrada en el sentido: “vivir con sentido”. Estudio piloto. *Psicooncología*, 10 (2-3), 233-245. doi:10.5209/rev\_PSIC.2013.v10.n2-3.43446
- González de Rivera, L. y Abuín, M. R. (2012). La medición de síntomas psicológicos y psicosomáticos: el Listado de Síntomas Breve (LSB-50). *Clínica y Salud*, 25(2), 131-41. doi: 10.1016/j.clysa.2014.06.001
- Gouzman, J., Cohen, M., Ben-Zur, H., Shacham-Shmueli, E., Aderka, D., Siegelmann-Danieli, N. y Beny, A. (2015). Resilience and psychosocial adjustment in digestive system cancer. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 22(1), 1-13. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1648597371?accountid=14777>
- Granö, N, Virtanen M., Vahtera, J., Elovainio, M y Kivimäki, M. (2004). Impulsivity as a predictor of smoking and alcohol consumption. *Personality and Individual Differences*, 37(8), 1693-1700. doi: 10.1016/j.paid.2004.03.004
- Grasmick, H. G., Tittle, C. R., Bursik, R. J. y Arneklev, B.J. (1993). Testing the core empirical implications of Gottfredson and Hirschi's general theory of crime. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 30, 5-29.
- Grassi, L., Buda, P., Cavana, L., Annunziata, M. A., Torta, R. y Varetto, A. (2005). Styles of coping with cancer: the italian version of the mini-mental adjustment to cancer (mini-MAC) scale. *Psycho-Oncology*, 14, 115-124. doi:10.1002/pon.826

---

Guil, R., Zayas A., Gil-Olarte P., Guerrero, C., González, S. y Mestre, J. M. (2016). Bienestar psicológico, optimismo y resiliencia en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 13(1), 127-138. doi: 10.5209/rev\_PSIC.2016.v13.n1.52492

## **H**

Hernandez-Mederos D, Pérez-Guirado Y, Guerra-Morales V, Treto-González Á, Grau-Ábalo R. (2012). Estilos de afrontamiento a la enfermedad en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. *Finlay* 2(2), 110-115 Recuperado de <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/114>

Howren, M. B., Christensen, A. J., Karnell, L. H. y Funk, G. F. (2013). Psychological Factors Associated with Head and Neck Cancer Treatment and Survivorship: Evidence and Opportunities for Behavioral Medicine. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(2), 299–317. doi: 10.1037/a0029940

## **I**

Instituto Nacional del Cáncer (INC)

-INC (2016). *Tratamientos*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos/radioterapia>

-INC (2016). *Epidemiología del cáncer de cabeza y cuello*. Recuperado de <http://www.cancer.gov/espanol/investigacion/progreso/instantaneas/cabeza-y-cuello>

-INC (2016). *Aspectos generales del cáncer de cabeza y cuello*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cabeza-cuello>

Instituto de Técnicas Avanzadas contra el Cáncer (ITACC) (2015). *Tratamientos*. Recuperado de <http://itaccancer.es/es/tumores/tumores-de-cabeza-y-cuello#tratamiento>

## **J**

Jagannathan, A. y Juvva, S. (2016). Emotions and coping of patients with head and neck cancers after diagnosis: A qualitative content analysis. *Journal of Postgraduate Medicine*, 62(3). doi:10.4103/0022-3859.184273

Johansson, M., Rydén, A. y Finizia, C. (2011). Mental adjustment to cancer and its relation to anxiety, depression, HRQL and survival in patients with laryngeal cancer - A longitudinal study. *BMC Cancer*, 11(1), 283. doi: 10.1186/1471-2407-11-283

**K**

Karnell, L. H., Funk, G. F., Christensen, A. J., Rosenthal, E. L y Magnuson, J. S. (2005). Persistent posttreatment depressive symptoms in patients with head and neck cancer. *Head and Neck*, 28(5), 453-462. doi:10.1002/hed.20370

Kelly C., Paleri V., Downs C. y Shah, R. (2007). Deterioration in quality of life and depressive symptoms during radiation therapy for head and neck cancer. *Otolaryngology-Head Neck Surgery*, 136(1), 108-11. doi:10.1016/j.otohns.2006.06.1278

Kohda, R., Otsubo, T., Kuwakado, Y., Tanaka, K., Kitahara, T., Yoshimura, K. y Mimura, M. (2005). Prospective studies on mental status and quality of life in patients with head and neck cancer treated by radiation. *Psycho-Oncology*, 14(4), 331-336. doi: 10.1002/pon.892

**L**

Langås, A., Malt, U. F. y Opjordsmoen, S. (2012). In-depth study of personality disorders in first-admission patients with substance use disorders. *BMC Psychiatry*, 12, 180. doi: 10.1186/1471-244X-12-180

Lazarus, R. S. (1993). Coping Theory and Research. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247. Recuperado de [http://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Citation/1993/05000/Coping\\_theory\\_and\\_research\\_\\_past,\\_present,\\_and.2.aspx](http://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Citation/1993/05000/Coping_theory_and_research__past,_present,_and.2.aspx)

Lazarus, R. y Folkman, S. E. (1986). *Procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca.

Lien, I. A. y Arnevik, E. A. (2016). Assessment of personality problems among patients with substance use disorders. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 33(4), 399-414. doi: 10.1515/nsad-2016-0033

Llewellyn, C. D., McGurk, M. y Weinman, J. (2007). Illness and treatment beliefs in head and neck cancer: Is leventhal's common sense model a useful framework for determining changes in outcomes over time?. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(1), 17-26. doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.01.013

Londoño, Y. C. (2009). El proceso de adaptación en las mujeres con cáncer de mama. *Investigación y Educación En Enfermería*, 27(1), 70-77. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105213198007.pdf>

- López-Pelayo, H., Miquel, L., Altamirano, J., Blanch, J. L., Gual, A. y Lligoña, A. (2016). Alcohol consumption in upper aerodigestive tract cancer: Role of head and neck surgeons' recommendations. *Alcohol*, 51, 51-56. doi:10.1016/j.alcohol.2016.01.002
- Loranger, A. W., Janca, A. y Sartorius, N. (Eds.) (1997). *Assessment and diagnosis of personality disorders*. Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.
- Lubin, J.H., Purdue, M., Kelsey, K., Zhang, Z.F., Winn, D., Wei, Q., ... Hayes, R.B. (2009). Total Exposure and Exposure Rate Effects for Alcohol and Smoking and Risk of Head and Neck Cancer: A Pooled Analysis of Case-Control Studies. *American Journal of Epidemiology*, 170(8), 937-947. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2800266/>
- Luengo, M. A., Carrillo-de-la-Peña, M. T. y Otero, J. M. (1991). The components of impulsiveness: A comparison of the I.7 impulsiveness questionnaire and the Barratt impulsiveness scale. *Personality and Individual Differences*, 12, 657-667.
- Luengo, M.A., Carrillo de la Peña, M.T., Otero, J.M., y Romero, E. (1994): A Short-Term Longitudinal-Study of Impulsivity and Antisocial Behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(3), 542-548. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8169763>
- Luthar, S. S., Cicchetti, D. y Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1885202/>

## M

- Manne, S. L., Myers-Virtue, S., Kashy, D., Ozga, M., Kissane, D., Heckman, C., ... Rosenblum, N. (2015). Resilience, positive coping, and quality of life among women newly diagnosed with gynecological cancers. *Cancer Nursing*, 38(5), 375-382. doi: 10.1097/NCC.0000000000000215
- Mariela, C. y Torrente, A. (2009). Virus papiloma humano y Cáncer de cabeza y cuello:¿actor o espectador?.*Revista Médica Clínica Condes* 20(4), 511-514. Recuperado de [http://www.clinicalascondes.com/areaacademica/pdf/MED\\_20\\_4/511\\_VIRUS\\_PAPILOMA\\_HUMANO.pdf](http://www.clinicalascondes.com/areaacademica/pdf/MED_20_4/511_VIRUS_PAPILOMA_HUMANO.pdf)
- Markovitz, S. E., Schrooten W., Arntz A. y Peters M. L. (2015) Resilience as a predictor for emotional response to the diagnosis and surgery in breast cancer patients. *Psychooncology*, 24(12), 1639-45. doi: 10.1002/pon.3834

- Mateu, J. (2012) *Personalidad, estrategias de afrontamiento y psicopatología, en pacientes con diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello* (tesina no publicada). Universidad de Valencia, Valencia, España.
- Min, J., Yoon, S., Lee, C., Chae, J., Lee, C., Song, K. y Kim, T. (2013). Psychological resilience contributes to low emotional distress in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 21(9), 2469-76. doi: 10.1007/s00520-013-1807-6
- Miovic, M. y Block, S. (2007). Psychiatric Disorders in Advanced Cancer. *Cancer*, 110 (8), 1665-1676. doi: 10.1002/cncr.22980
- Molina, Y., Yi, J. C., Martinez-Gutierrez, J., Reding, K. W., Yi-Frazier, J. P. y Rosenberg, A. R. (2014). Resilience Among Patients Across the Cancer Continuum: Diverse Perspectives. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(1), 93-101. doi: 10.1188/14.CJON.93-101
- Moreno, K., Nassar, C. y Vargas, S. (2011). *La terapia Cognitivo Conductual en el manejo de pacientes oncológicos* (manuscrito no publicado). Facultad de Psicología, Universidad de la Sabana, Colombia. Recuperado de [http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/3450/Camila%20Mar%C3%ADa%20Nassar%20Pinz%C3%B3n\\_152691.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/3450/Camila%20Mar%C3%ADa%20Nassar%20Pinz%C3%B3n_152691.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Müller, S. E., Weijers, H., Böning, J. y Wiesbeck, G. A. (2008). Personality traits predict treatment outcome in alcohol-dependent patients. *Neuropsychobiology*, 57(4), 159-64. doi: 10.1159/000147469
- Muñoz, A. L. y Ramírez, H. (2003). Manejo del dolor por cáncer de cabeza y cuello. *Revista Otorrinolaringológica y Cirugía de Cabeza y Cuello*, 63, 131-138. Recuperado de [http://www.sochiorl.cl/uploads/09\(24\).pdf](http://www.sochiorl.cl/uploads/09(24).pdf)

## **N**

- Narváez, A., Rubiños, C., Cortés-Funes, F., Gómez, R. y García, A. (2008). Valoración de la eficacia de una terapia grupal cognitivo-conductual en la imagen corporal, autoestima, sexualidad y malestar emocional (ansiedad y depresión) en pacientes de cáncer de mama. *Psicooncología*, 5(1), 93-103. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0808130093A/15516>
- Neilson, K., Pollard, A., Boonzaier, A., Corry, J., Castle, D., Smith, D., Trauer, T., Couper, J. (2013) A longitudinal study of distress (depression and anxiety) up to 18 months after radiotherapy for head and neck cancer Distress18 months after

radiotherapy for head and neck cancer. *Psycho-oncology*, 22(8), 1843-1848. doi:10.1002/pon.3228

Notario-Pacheco, B., Solera-Martínez, M., Serrano-Parra, M. D., Bartolomé-Gutiérrez, R., García-Campayo, J. y Martínez-Vizcaíno, V. (2011). Reliability and validity of the spanish version of the 10-item connor-davidson resilience scale (10-item CD-RISC) in young adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(1), 1-6. doi: 10.1016/j.enfcli.2012.11.006

## **Q**

OMS (Organización Mundial de la Salud) (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid, España: Meditor.

Oquendo, M. A., Baca-García, E., Graver, R., Morales, M., Montalvan, V. y Mann, J. J. (2001). Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). *European Journal of Psychiatry*, 15, 147-155.

## **P**

Patton, J. H., Stanford, M. S. y Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768-774.

Penner, J. L. (2009). Psychosocial care of patients with head and neck cancer. *Seminars in oncology nursing*, 25(3) 231-241. doi:10.1016/j.soncn.2009.05.008

Perea-Baena, J. M., Oña-Compan, S. y Ortiz-Tallo, M. (2009). Diferencias de rasgos clínicos de personalidad en el mantenimiento de la abstinencia y recaídas en tratamiento del tabaquismo. *Psicothema*, 21(1), 39-44. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/727/72711818007.pdf>

Perea-Baena, J. y Oña-Compan, S. (2011). Impulsividad como predictor de recaída en el abandono de tabaco. *Anales De Psicología*, 27(1), 1-6. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/865692944?accountid=14777>

Piquero, A. R. and Rosay, A. B. (1998). The reliability and validity of Grasmick et al.'s Self-control Scale: a comment on Longshore et al. *Criminology*, 36 (1): 157-174. doi:10.1111/j.1745-9125.1998.tb01244.x

Polônio, I. B., Franco, M. L., Tegon, M. A. M., y Antoneli, C. B. G. (2015). Motivação para cessação do tabagismo, ansiedade e depressão em pacientes internados com e sem neoplasia. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 41(1), 98-100. doi: 10.1590/S1806-37132015000100013

**Q**

Quiceno, J. M. y Vinaccia, S. (2011). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento Psicológico*, 9(17), 69-82. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v9n17/v9n17a07.pdf>

**R**

Rana, M., Gellrich, N., Czerny, F., Kanatas, A. y Rana, M. (2014). Coping with oral cancer: The impact of health and disease-related personality traits. *Supportive Care in Cancer*, 22(11), 2981-6. doi: 10.1007/s00520-014-2300-6

Reise, S. P., Moore, T. M., Sabb, F. W., Brown, A. K., & London, E. D. (2013). The Barratt Impulsiveness Scale - 11: Reassessment of its Structure in a Community Sample. *Psychological Assessment*, 25(2), 631-642. doi: 10.1037/a0032161

Richardson, A., Broadbent, E. y Morton, R. P. (2013). Coping mechanisms in patients with head and neck cancer. *International Journal of Cancer Research and Prevention*, 6(1), 47-87. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1625504863?accountid=1477>

Richardson, A.E., Morton, R.P. y Broadbent, E. (2016) Coping strategies predict post-traumatic stress in patients with head and neck cancer. *European Archives Oto-Rhino-Laryngology*, 273(10), 3385-91. doi: 10.1007/s00405-016-3960-2

Rodríguez, M. I. (2006). *Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: un estudio empírico y clínico* (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.

Rodríguez, B., Bayón, C., Orgaz, P., Torres, G., Mora, F. y Castelo, B. (2007). Adaptación individual y depresión en una muestra de pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 4(1), 7-19. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0707120007A/15713>

Rodríguez-Quintana, R., Hernando-Trancho, F., Cruzado, J. A., Olivares, M. E., Jamal, I. y Laserna, P. (2012). Evaluación de la calidad de vida, estado emocional y estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad neoplásica pulmonar. *Psicooncología*, 9(1), 95-112. Recuperado de [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/apsom/revistapsicooncologia/contenido9\(1\)/articulo6.pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/apsom/revistapsicooncologia/contenido9(1)/articulo6.pdf)

Romero, E., Gómez-Fraguela, J. A., Luengo, M. A. y Sobral, J. (2003). The self-control construct in the general theory of crime: an investigation in terms of personality psychology. *Psychology, Crime and Law*, 9, 61-86

## S

Salvo, L. y Castro, A. (2013). Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(4), 245-254. doi: 10.4067/S0717-92272013000400003

Sandoval, M. (2003). *Papel pronóstico de los factores clínicos y epidemiológicos en una cohorte de pacientes con cáncer de cavidad oral y orofaringe* (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona, Barcelona, España. Recuperado de [http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/1224/TESIS\\_MSANDOVAL\\_PUIG.pdf?sequence=5](http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/1224/TESIS_MSANDOVAL_PUIG.pdf?sequence=5)

Sharpley, C. F., Bitsika, V., Wootten, A. C. y Christie, D. R. H. (2014). Does resilience ‘buffer’ against depression in prostate cancer patients? A multisite replication study. *European Journal of Cancer Care*, 23(4), 545-552. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1712594077?accountid=14777>

Shuman, A. G., Duffy, S. A., Ronis, D. L., Garetz, S. L., McLean, S. A., Fowler, K. E., & Terrell, J. E. (2010). Predictors of Poor Sleep Quality Among Head and Neck Cancer Patients. *The Laryngoscope*, 120(6), 1166–1172. doi:10.1002/lary.20924

Singer, S., Krauß, O., Keszte, J., Siegl, G., Papsdorf, K., Severi, E., ... Kortmann, R.-D. (2012). Predictors of emotional distress in patients with head and neck cancer. *Head Neck*, 34, 180-187. doi:10.1002/hed.21702

Skinner, M. D., Henri-Jean Aubin, & Berlin, I. (2004). Impulsivity in smoking, nonsmoking, and ex-smoking alcoholics. *Addictive Behaviors*, 29(5), 973-978. doi: 10.1016/j.addbeh.2004.02.045

Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)

-SEOM (2015). *Epidemiología del cáncer de cabeza y cuello*. Recuperado de <http://www.seom.org/es/info-sobre-el-cancer/orl?start=1#content>

-SEOM (2015). *Factores pronósticos*. Recuperado de <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-elcancer/info-tipos-cancer/tumores-orl/orl?start=1#content>

-SEOM (2015). *Efectos secundarios de los tratamientos*. Recuperado de <http://www.seom.org/es/info-sobre-el-cancer/orl?start=6#content>



---

-SEOM (2016). *Las cifras del cáncer en España 2016*. Recuperado de [http://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/LAS\\_CIFRAS\\_DEL\\_CANCER\\_EN\\_ESP\\_2016.pdf](http://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/LAS_CIFRAS_DEL_CANCER_EN_ESP_2016.pdf)

Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento de psicooncología. *Boletín de psicología*, 75, 73-85. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=741934>

Stanford y Barratt, 1992 Stanford, M. S., y Barratt, E. S. (1992). Impulsivity and the multi-impulsive personality disorder. *Personality and Individual Differences*, 13, 831-834. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/019188699290057V>

Swann, A.C., Bjork, J.M., Moeller, F.G., Dougherty, D.M. (2002). Two models of impulsivity: relationship to personality traits and psychopathology. *Biological Psychiatry*, 51(12), 988-994. doi: 10.1016/S0006-3223(01)01357-9

## T

Terol, M. C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Pastor, M.A., Mora, M., Martín-Aragón, M., Leyda-Menéndez, J. I., Neipp, M. C. y Lizón, J. (2000). Diferencias en la Calidad de Vida: un estudio longitudinal de Pacientes de Cáncer recibiendo Tratamiento de Quimioterapia. *Anales de Psicología (Universidad de Murcia)*, 16 (2), 111-122. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/viewFile/29251/28311>

Tirado, L. y Granados, M. (2007). Epidemiología y etiología del cáncer de la cabeza y el cuello. *Cancerología*, 2, 9-17. Recuperado de <http://incan-mexico.org/revistainvestiga/elementos/documentosPortada/1181662434.pdf>

Tromp, D. M., Brouha, X. D. R., De Leeuw, J. R. J., Hordijk, G. J. y Winnubst, J. A. M. (2004). Psychological factors and patient delay in patients with head and neck cancer. *European Journal of Cancer*, 40(10), 1509-1516. doi:10.1016/j.ejca.2004.03.009

## V

Van der Spek N, Vos J, Van Uden-Kraan C.F., Breitbart, W., Tollenaar, R.A.E.M., Cuijpers, P., et al. (2013). Meaning Making in Cancer Survivors: A Focus Group Study. *PLoS ONE* 8(9): e76089. doi:10.1371/journal.pone.0076089

Vazsonyi, A.T., Pickering, LL.E., Junger, M., Hensing, D. (2001). An Empirical Test of a General Theory of Crime: A Four-Nation Comparative Study of Self-Control

and the Prediction of Deviance. *Journal of Research in Crime and Delinquency* 38 (2), 91 – 131. doi: 10.1177/0022427801038002001

Veer, V., Kia, S. y Papesch, M. (2010). Anxiety and depression in head and neck outpatients. *The Journal of Laryngology and Otology*, 124(7), 774-7. doi: 10.1017/S0022215110000502

Vidhubala, E., Ravikannan, R., Mani, C.S. y Karthikesh, M. (2006). Coping Preferences of Head and Neck Cancer Patients. *Indian Journal of Cancer*, 43, 6-11. Recuperado de <http://www.indianjcancer.com/text.asp?2006/43/1/6/25768>

## W

Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C. y Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire of adjustment to cancer: The MAC scale. *Psychological Medicine*, 18, 203-209.

Watson, M., Law, M., dos Santos, M., Greer, S., Baruch, J. y Bliss, J. (1994). The Mini-MAC: Further development of the Mental Adjustment to Cancer scale. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12(3), 33-46. doi: 10.1300/J077V12N03\_03

Wu, Y.-S., Lin, P.-Y., Chien, C.-Y., Fang, F.-M., Chiu, N.-M., Hung, C.-F., ... Chong, M.-Y. (2016). Anxiety and depression in patients with head and neck cancer: 6-month follow-up study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 1029-1036. doi: 10.2147/NDT.S103203

## Y

Ye, Z. J., Qiu, H. Z., Li, P. F., Liang, M. Z., Zhu, Y. F., Zeng, Z., ... Quan, X. M. (2016). Predicting changes in quality of life and emotional distress in chinese patients with lung, gastric, and colonrectal cancer diagnoses: The role of psychological resilience. *Psycho-Oncology*, 1-7. doi:10.1002/pon.4237

## Z

Zikos, E., Gill, K. J. y Charney, D. (2010) Personality disorders among alcoholic outpatients: Prevalence and course in treatment. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(2), 65-73. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/222802870?accountid=14777>



## **ANEXOS**



## **ANEXO I. Hoja de consentimiento informado**



## HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

La presente investigación pertenece a la Tesis Doctoral del Programa de Doctorado de “Psicología de la Salud” de la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia, que es dirigida por Dña. Ángela Beleña Mateo y Dña. M<sup>a</sup> José Báguena Puigcerver, y llevada a cabo por Dña. María Longares Segarra.

*Esta investigación pretende describir y evaluar la relación entre características psicológicas asociadas con la personalidad de los pacientes y la aparición de cáncer de cabeza y cuello.*

Manifiesto, conforme a la **Ley 41/2002**, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE núm. 274):

1. Que he sido informado de las pruebas\* que realizaré como consecuencia de la investigación que se está llevando a cabo.
2. Que acepto libre y voluntariamente y me comprometo a seguir las indicaciones y a formalizar los cuestionarios que se me indiquen.
3. Que la información que se recoja, será confidencial, salvaguardando siempre mi derecho a la intimidad y anonimato, y no se utilizará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

\* Las pruebas consistirán en cuestionarios psicológicos con la investigación. En ningún caso se realizaran analíticas o cualquier otro tipo de prueba médica.

*La información respecto a este consentimiento me ha sido dada de forma comprensible, por lo que tomo libremente la decisión de autorizar al Investigador para proceder a la obtención de los datos que para este proyecto sean necesarios.*

*Le agradecemos su participación.*

En Valencia, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

El interesado/a





**ANEXO II. Registro socio-demográfico y consumo de  
sustancias**



**A. Registro socio-demográfico y consumo de sustancias del GCCC**

A continuación indique los siguientes datos sobre usted:

1.- Sexo:  H  M                      2.- Edad: \_\_\_\_\_

3.- Actualidad: en Tratamiento  Tratamiento recibido QT  RT  Cirugía

Seguimiento

Fecha fin tratamiento \_\_\_\_\_ (mes y  
año)

4.- Nivel de estudios:

Sin estudios

Primaria.

Secundaria.

Formación profesional.

Universitarios Medios.

Universitarios Superiores.

Otros: \_\_\_\_\_

5.- Estado civil:

Soltero/a.

Casado/ En pareja.

Viudo/a.

Separado/a/ Divorciado/a.

6.- Ocupación actual:

Trabajo por cuenta propia

Desempleado

Jubilado     Otros: \_\_\_\_\_

Contrato indefinido

Incapacidad

7.- Número de empleos diferentes que ha tenido \_\_\_\_\_

8.- Número de consumiciones con alcohol que tomaba diariamente antes de la enfermedad:

- Carajillos \_\_\_\_\_
- Vino \_\_\_\_\_
- Cerveza \_\_\_\_\_
- Copa de licor \_\_\_\_\_
- Cubatas \_\_\_\_\_
- Otros \_\_\_\_\_

9.- Consumo de tabaco diario antes de la enfermedad:

- Cigarrillos \_\_\_\_\_
- Puros \_\_\_\_\_
- Otros \_\_\_\_\_

10.- ¿Suele acudir a la consulta acompañado/a?

- SI       NO

11.- Después de la consulta con el médico ¿algún familiar o amigo le pregunta acerca de ésta?

- SI       NO

12.- ¿Sus familiares o amigos le preguntan acerca del avance de su enfermedad?

- SI       NO

**Preguntas sobre el sentido de la enfermedad y los cambios derivados de ésta.**

1. ¿Piensa que su enfermedad tiene algún sentido o significado?

- SI       NO

¿Cuál?

2. ¿Considera que se ha producido algún cambio en sus relaciones personales, a raíz de la enfermedad?

SI                       NO

¿Cuál?

3. ¿El hecho de padecer cáncer ha cambiado en algo la percepción sobre su propia vida?

SI                       NO

¿Cuál?

4. ¿Y sobre su persona?

SI                       NO

¿Cuál?

5. ¿Se ha producido algún cambio en sus prioridades y metas de la vida, a raíz de su enfermedad?

SI                       NO

¿Cuál?

**B. Registro socio-demográfico y consumo de sustancias del GC**

1.- Sexo:  H  M

2.- Edad: \_\_\_\_\_

3.- Nivel de estudios:

Sin estudios

Primaria.

Secundaria.

Formación profesional.

Universitarios Medios.

Universitarios Superiores.

Otros: \_\_\_\_\_

4.- Estado civil:

Soltero/a.

Casado/ En pareja.

Viudo/a.

Separado/a/ Divorciado/a.

5.- Ocupación actual:

Trabajo por cuenta propia

Desempleado

Jubilado

Contrato indefinido

Incapacidad

Otros: \_\_\_\_\_

6.- Número de empleos diferentes que ha tenido \_\_\_\_\_

7.- Consumiciones con alcohol que toma diariamente:

• Carajillos \_\_\_\_\_

• Vino \_\_\_\_\_

• Cerveza \_\_\_\_\_

• Copa de licor \_\_\_\_\_

• Cubatas \_\_\_\_\_

• Otros \_\_\_\_\_

8.- Consumo de tabaco diario:

• Cigarrillos \_\_\_\_\_

• Puros \_\_\_\_\_

• Otros \_\_\_\_\_

**ANEXO III. Inventario Neo Reducido de Cinco Factores  
(NEO-FFI)**





### NEO FFI

Por favor, antes de comenzar lea cuidadosamente estas instrucciones. Este cuestionario consta de 60 frases. Lea cada frase con atención y marque la alternativa que refleje mejor su acuerdo o desacuerdo con ella. Marque el casillero de cada frase con una cruz:

**A** si la frase es completamente falsa en su caso, si está en total desacuerdo con ella (Nunca)

**B** si la frase es frecuentemente falsa en su caso, si está en desacuerdo con ella (casi nunca)

**C** si la frase es tan cierta como falsa, si no puede decidirse o si usted se considera neutral en relación con lo que se dice en ella (A veces)

**D** si la frase es frecuentemente cierta, si usted está de acuerdo con ella (A menudo)

**E** si la frase es completamente cierta, si está completamente de acuerdo (Siempre)

No hay respuestas correctas ni incorrectas, y no se necesita ser un experto para contestar a este cuestionario. Conteste de forma sincera y exprese sus opiniones de la manera más precisa posible.

Dé una respuesta a todas las frases. Si se equivoca o cambia de opinión, borre completamente lo que haya y marque la opción que mejor se ajuste a su manera de ser.

Anexo III. Inventario Neo Reducido de Cinco Factores (NEO-FFI)

<b>A</b> <b>En total</b> <b>desacuerdo</b>	<b>B</b> <b>En desacuerdo.</b>	<b>C</b> <b>Neutral. A</b>	<b>D</b> <b>De acuerdo.</b>	<b>E</b> <b>Totalmente de</b> <b>acuerdo.</b>
--	-----------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	---

<b>IT</b>	<b>PREGUNTA</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
1	A menudo me siento inferior a los demás.					
2	Soy una persona alegre y animosa.					
3	A veces, cuando leo poesía o contemplo una obra de arte, siento una profunda emoción o excitación.					
4	Tiendo a pensar lo mejor de la gente.					
5	Parece que nunca soy capaz de organizarme.					
6	Rara vez me siento con miedo o ansioso					
7	Disfruto mucho hablando con la gente.					
8	La poesía tiene poco o ningún efecto sobre mí.					
9	A veces intimido o adulo a la gente para que haga lo que yo quiero.					
10	Tengo unos objetivos claros y me esfuerzo por alcanzarlos de una forma ordenada.					
11	A veces me vienen a la mente pensamientos aterradores.					
12	Disfruto en las fiestas en las que hay mucha gente.					
13	Tengo una gran variedad de intereses intelectuales.					
14	A veces consigo con artimañas que la gente haga lo que yo quiero.					
15	Trabajo mucho para conseguir mis metas.					
16	A veces me parece que no valgo absolutamente nada.					
17	No me considero especialmente alegre.					
18	Me despiertan la curiosidad las formas que encuentro en el arte y en la naturaleza.					
19	Si alguien empieza a pelearse conmigo, yo también estoy dispuesto a pelear.					
20	Tengo mucha auto-disciplina.					
21	A veces las cosas me parecen demasiado sombrías y sin esperanza					
22	Me gusta tener mucha gente alrededor					
23	Encuentro aburridas las discusiones filosóficas					
24	Cuando me han ofendido, lo que intento es perdonar y olvidar					
25	Antes de emprender una acción, siempre considero sus consecuencias					
26	Cuando estoy bajo un fuerte estrés, a veces pienso que me voy a desmoronar					
27	No soy tan vivo y tan animado como otras personas					
28	Tengo mucha fantasía					
29	Mi primera reacción es confiar en la gente					
30	Trato de hacer mis tareas con cuidado, para que no haya que hacerlas otra vez					
31	A menudo me siento tenso e inquieto					
32	Soy una persona muy activa					
33	Me gusta concentrarme en un ensueño o fantasía y, dejándola crecer y desarrollarse, explorar todas sus posibilidades					
34	Algunas personas piensan de mí que soy frío y calculador					
35	Me esfuerzo por llegar a la perfección en todo lo que hago					
36	A veces me he sentido amargado y resentido					

Anexo III. Inventario Neo Reducido de Cinco Factores (NEO-FFI)

<b>A</b> <b>En total</b> <b>desacuerdo</b>	<b>B</b> <b>En desacuerdo.</b>	<b>C</b> <b>Neutral. A</b>	<b>D</b> <b>De acuerdo.</b>	<b>E</b> <b>Totalmente de</b> <b>acuerdo.</b>
--	-----------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	---

<b>IT</b>	<b>PREGUNTA</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
37	En reuniones, por lo general prefiero que hablen otros					
38	Tengo poco interés en andar pensando sobre la naturaleza del universo o de la condición humana					
39	Tengo mucha fe en la naturaleza humana					
40	Soy eficiente y eficaz en mi trabajo					
41	Soy bastante estable emocionalmente					
42	Huyo de las multitudes					
43	A veces pierdo el interés cuando la gente habla de cuestiones muy abstractas y teóricas					
44	Trato de ser humilde					
45	Soy una persona productiva, que siempre termina su trabajo					
46	Rara vez estoy triste o deprimido					
47	A veces reboso felicidad					
48	Experimento una gran variedad de emociones o sentimientos					
49	Creo que la mayoría de la gente con la que trato es honrada y fidedigna					
50	En ocasiones primero actúo y luego pienso					
51	A veces hago las cosas impulsivamente y luego me arrepiento					
52	Me gusta estar donde está la acción					
53	Con frecuencia pruebo comidas nuevas o de otros países					
54	Puedo ser sarcástico y mordaz si es necesario					
55	Hay tantas pequeñas cosas que hacer que a veces lo que hago es no atender a ninguna					
56	Es difícil que yo pierda los estribos					
57	No me gusta mucho charlar con la gente					
58	Rara vez experimento emociones fuertes					
59	Los mendigos no me inspiran simpatía.					
60	Muchas veces no preparo de antemano lo que tengo que hacer					



## **ANEXO IV. Escala de Impulsividad (BIS-11)**



**BIS-11**

A continuación encontrará una serie de frases relacionadas con su modo de actuar. Lea cada frase con atención y marque la alternativa que refleje mejor la forma en que usted actúa generalmente. En este cuestionario no hay respuestas acertadas o erróneas. Por favor, conteste de forma sincera y no deje ninguna pregunta sin contestar. Muchas gracias.

<b>0</b> <b>Raramente o Nunca</b>	<b>1</b> <b>Ocasionalmente</b>	<b>3</b> <b>A menudo</b>	<b>4</b> <b>Siempre o casi siempre</b>
--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------	---

IT	PREGUNTA	0	1	3	4
1	Planifico mis tareas con cuidado				
2	Hago las cosas sin pensarlas				
3	Casi nunca me tomo las cosas a pecho				
4	Mis pensamientos pueden tener gran velocidad				
5	Planifico mis viajes con antelación				
6	Soy una persona con autocontrol				
7	Me concentro con facilidad				
8	Ahorro con regularidad				
9	Se me hace difícil estar quieto por largos períodos de tiempo				
10	Pienso las cosas cuidadosamente				
11	Planifico para tener un trabajo fijo				
12	Digo las cosas sin pensarlas				
13	Me gusta pensar sobre problemas complicados				
14	Cambio de trabajo frecuentemente				
15	Actúo impulsivamente				
16	Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente				
17	Visito al médico y al dentista con regularidad				
18	Hago las cosas en el momento que se me ocurren				
19	Soy una persona que piensa sin distraerse				
20	Cambio de vivienda a menudo				
21	Compro cosas impulsivamente				
22	Yo termino lo que empiezo				
23	Camino y me muevo con rapidez				
24	Resuelvo los problemas experimentando				
25	Gasto efectivo o en crédito más de lo que gano				
26	Hablo rápido				
27	Tengo pensamiento extraños cuando estoy pensando				
28	Me interesa más el presente que el futuro				
29	Me siento inquieto en clases o charlas				
30	Planifico para el futuro				





## **ANEXO V. Escala de Autocontrol**



### ESCALA DE AUTOCONTROL

A continuación encontrará una serie de frases relacionadas con su modo de actuar, sus elecciones y preferencias. Lea cada frase con atención y marque la alternativa que refleje mejor la forma en que usted actúa generalmente. En este cuestionario no hay respuestas acertadas o erróneas. Si la respuesta a un ítem considera que es verdadera, rodee con un círculo la letra V; si considera que es falsa, rodee con un círculo la letra F.

Si no está seguro de una respuesta, seleccione la opción V (verdadero) o F (falso) que más se acerque a la respuesta que usted considera que es correcta.

Por favor, conteste de forma sincera y no deje ninguna pregunta sin contestar. Muchas gracias.

IT	PREGUNTA	V	F
1	A menudo actúo de forma impulsiva, sin pararme antes a pensar		
2	Evito implicarme en proyectos que sé que serán difíciles		
3	Me gusta ponerme a prueba haciendo cosas que son un poco arriesgadas		
4	Si pudiese elegir, preferiría hacer cosas físicas, más que actividades mentales		
5	Intento buscar lo mejor de mí, aun cuando eso signifique ponerles las cosas difíciles a otros		
6	Pierdo los estribos con bastante facilidad		
7	No dedico mucho tiempo y esfuerzo a planificar el futuro		
8	Cuando las cosas se complican tiendo a abandonarlas		
9	Hago cosas arriesgadas solo para pasarlo bien		
10	Casi siempre me siento mejor cuando estoy en movimiento que cuando estoy sentado pensando		
11	La verdad es que no me preocupo mucho por otras personas cuando tienen problemas		
12	Cuando estoy enfadado con una persona, me apetece hacer o decir cosas que le hieran, más que dialogar con ella y explicarle porqué estoy enfadado/a		
13	Me gusta hacer cosas que me den placer aquí y ahora, aunque me puedan traer problemas más tarde		
14	Siempre que puedo, evito hacer tareas difíciles que me obliguen a esforzarme mucho		
15	Para mí son más importantes la aventura y la diversión que la seguridad		
16	Prefiero salir y hacer cosas, más que leer o pensar sobre ideas abstractas		
17	Si lo que hago molesta a otras personas, ese es su problema, no el mío		
18	Cuando estoy enfadado de verdad, es mejor para las otras personas que no se me acerquen mucho		
19	Me preocupo más de lo que pueda sucederme a corto plazo que lo que pueda ocurrirme en el futuro		
20	Las cosas de la vida que más me gustan son las que resultan fáciles y que dan placer		

---

<b>IT</b>	<b>PREGUNTA</b>	<b>V</b>	<b>F</b>
21	Algunas veces me parece divertido hacer cosas que luego pueden traerme problemas		
22	Parece que tengo más necesidad de actividad física que la mayoría de la gente de mi edad		
23	Intentaré hacer las cosas que quiero, aunque así cause problemas a otras personas		
24	Cuando estoy muy en desacuerdo con una persona, me resulta difícil hablar tranquilamente con ella sin alterarme		

## **ANEXO VI. Escala de Resiliencia (CD-RISC)**



**CD-RISC 10**

A continuación encontrará una serie de frases relacionadas con lo que usted hace ante las dificultades de la vida. Para contestar marque en la casilla que refleje su forma de actuar. En este cuestionario no hay respuestas acertadas o erróneas, simplemente nos interesa saber su opinión. Por favor, no deje ninguna pregunta sin contestar. Muchas gracias.

IT	PREGUNTA	Nunca	Pocas veces	Ni muchas ni pocas	Muchas veces	Siempre
1	Soy capaz de adaptarme a los cambios.					
2	Ve el lado cómico de las cosas					
3	Puedo manejar los sentimientos desagradables.					
4	Puedo hacer frente, a mi manera, a todo lo que suceda.					
5	Hacer frente al estrés me fortalece.					
6	Pienso sobre mí que soy una persona fuerte.					
7	Puedo conseguir mis metas.					
8	No me desaliento fácilmente por el fracaso.					
9	Tiendo a recuperarme ante la enfermedad o las dificultades.					
10	Bajo presión me concentro y pienso con claridad.					





**ANEXO VII. Escala de Evaluación de Estilos de  
Afrontamiento (COPE)**



**COPE**

Estamos interesados en cómo las personas responden cuando se enfrentan a acontecimientos difíciles o estresantes en sus vidas. Hay muchas maneras de intentar hacer frente al estrés. Este cuestionario le pide que indique lo que usted habitualmente hace o siente cuando experimenta sucesos estresantes. Evidentemente acontecimientos diferentes provocan respuestas algo distintas, pero piense en lo que usted hace habitualmente cuando se encuentra bajo estrés. Responda a cada uno de los ítems siguientes rodeando con un círculo el número que corresponda a su respuesta para cada uno de ellos, teniendo en cuenta las alternativas de respuesta que a continuación se indican. Por favor, intente responder a cada ítem separándolo mentalmente de los otros ítems. Elija sus respuestas concienzudamente y haga que las respuestas sean tan exactas para usted como pueda. Por favor, responda a todos los ítems. No existen respuestas “buenas” o “malas”, por lo tanto, elija aquella respuesta que es más adecuada para usted, no la que usted crea que la mayoría de las personas diría o haría. Indique, lo que usted habitualmente hace cuando experimenta un acontecimiento estresante.

<b>1 Habitualmente no hago esto en absoluto</b>	<b>2 Habitualmente hago esto un poco</b>	<b>3 Habitualmente hago esto bastante</b>	<b>4 Habitualmente hago esto mucho</b>
---	--	---	--

IT	PREGUNTA	1	2	3	4
1	Intento desarrollarme como resultado de la experiencia				
2	Me vuelco en el trabajo y en otras actividades sustitutivas para apartar cosas de mi mente				
3	Me altero y dejo que mis emociones afloren				
4	Intento conseguir consejo de alguien sobre qué hacer				
5	Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre ello				
6	Me digo a mí mismo “esto no es real”				
7	Confío en Dios				
8	Me río de la situación				
9	Admito que no puedo hacerle frente y dejo de intentarlo				
10	Me disuado a mí mismo de hacer algo demasiado rápidamente				
11	Hablo de mis sentimientos con alguien				
12	Utilizo alcohol o drogas para hacerme sentir mejor				
13	Me acostumbro a la idea de lo que pasó				
14	Hablo con alguien para averiguar más acerca de la situación				
15	Evito distraerme con otros pensamientos o actividades				
16	Sueño despierto con cosas diferentes de ésta				
17	Me altero y soy realmente consciente de ello				
18	Busco la ayuda de Dios				
19	Elaboro un plan de acción				

Anexo VII. Escala de Evaluación de Estilos de Afrontamiento (COPE)

<b>1 Habitualmente no hago esto en absoluto</b>	<b>2 Habitualmente hago esto un poco</b>	<b>3 Habitualmente hago esto bastante</b>	<b>4 Habitualmente hago esto mucho</b>
---	--	---	--

IT	PREGUNTA	1	2	3	4
20	Acepto que esto ha pasado y que se puede cambiar				
21	Acepto que esto ha pasado y que se puede cambiar				
22	Demoro hacer algo acerca de ello hasta que la situación lo permita				
23	Intento conseguir apoyo emocional de amigos o familiares				
24	Simplemente dejo de intentar alcanzar mi objetivo				
25	Tomo medidas adicionales para intentar hacer desaparecer el problema				
26	Intento perderme un rato bebiendo alcohol o consumiendo drogas				
27	Me niego a creer que ha sucedido				
28	Dejo aflorar mis sentimientos				
29	Intento verlo de manera diferente para hacerlo parecer más positivo				
30	Hablo con alguien que pueda hacer algo concreto acerca del problema				
31	Duermo más de lo habitual				
32	Intento proponer una estrategia sobre qué hacer				
33	Intento proponer una estrategia sobre qué hacer				
34	Consigo el apoyo y comprensión de alguien				
35	Bebo alcohol o tomo drogas para pensar menos en ello				
36	Bromeo sobre ello				
37	Renuncio a conseguir lo que quiero				
38	Busco algo bueno en lo que está sucediendo				
39	Pienso en cómo podría manejar mejor el problema				
40	Finjo que no ha sucedido				
41	Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar precipitadamente				
42	Intento firmemente evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzos por hacer frente a esto				
43	Voy al cine o veo la televisión para pensar menos en ello				
44	Acepto la realidad del hecho que ha sucedido				
45	Pregunto a personas que han tenido experiencias similares, qué hicieron				
46	Siento mucho malestar emocional y termino por expresar ese malestar				
47	Llevo a cabo una acción directa en torno al problema				
48	Intento encontrar alivio en mi religión				
49	Me obligo a esperar el momento adecuado para hacer algo				
50	Hago bromas de la situación				
51	Reduzco la cantidad de esfuerzo que pongo en marcha para resolver el problema				
52	Hablo con alguien de cómo me siento				
53	Utilizo alcohol o drogas para ayudarme a superarlo				
54	Aprendo a vivir con ello				
55	Dejo de lado otras actividades para concentrarme en esto				
56	Medito profundamente acerca de qué pasos tomar				
57	Medito profundamente acerca de qué pasos tomar				
58	Hago lo que ha de hacerse paso a paso				
59	Aprendo algo de la experiencia				
60	Rezo más de lo habitual				



## **ANEXO VIII. Listado de Síntomas Breve (LSB-50)**





**LSB-50**

Al dorso de esta página encontrará una serie de afirmaciones sobre molestias o problemas que pueden afectar en mayor o menor medida a todas las personas. Conteste a cada una de ellas teniendo en cuenta aquello que haya sentido o experimentado durante las últimas semanas, incluido el día de hoy. Para ello, marque junto a cada afirmación una de las siguientes opciones:

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Si no ha tenido esta molestia en absoluto</b>	<b>Si ha tenido esta molestia un poco presente</b>	<b>Si ha tenido esta molestia moderadamente</b>	<b>Si ha tenido esta molestia bastante</b>	<b>Si ha tenido esta molestia mucho o extremadamente</b>

Observe el siguiente ejemplo:

Me cuesta dormirme	<input checked="" type="radio"/>	2	3	4
--------------------	----------------------------------	---	---	---

La persona ha contestado **BASTANTE** al ejemplo (rodeando el 1) ya que últimamente ha tenido bastantes problemas para quedarse dormido por las noches.

Si ha comprendido las instrucciones, pase a la siguiente página y comience a contestar. No deje ninguna frase sin responder.

Valore el grado en que ha tenido cada uno de los siguientes síntomas en las últimas semanas.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Nada</b>	<b>Poco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>

<b>IT</b>	<b>PREGUNTA</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1	Mi corazón palpita o va muy deprisa					
2	Me siento triste					
3	Tengo ganas de romper o destruir algo					
4	Siento nerviosismo o agitación interior					
5	Tengo mareos o sensaciones de desmayo					
6	Me preocupa la dejadez y el descuido					
7	Tengo que comprobar una y otra vez todo lo que hago					
8	Me cuesta tomar decisiones					
9	Me irrito o enfado por cualquier cosa					

Anexo VIII. Listado de Síntomas Breve (LSB-50)

	<b>0</b> <b>Nada</b>	<b>1</b> <b>Poco</b>	<b>2</b> <b>Moderadamente</b>	<b>3</b> <b>Bastante</b>	<b>4</b> <b>Mucho</b>
<b>IT</b>	<b>PREGUNTA</b>				
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					



**ANEXO IX. Examen Internacional de Desórdenes de  
Personalidad (IPDE)**



### IPDE DE LORANGER

En las páginas que siguen se encuentran unas afirmaciones que se refieren a su manera de ser y comportarse, así como a la manera que tiene de pensar sobre ciertas cuestiones.

El objetivo que persigue este cuestionario es conocer qué tipo de persona ha sido usted en los últimos cinco años.

Por favor, no deje ningún ítem sin contestar. Si no está seguro de una respuesta, seleccione la opción V (verdadero) o F (falso) que más se acerque a la respuesta que usted considera que es correcta.

Si la respuesta a un ítem considera que es verdadera, rodee con un círculo la letra V; si considera que es falsa, rodee con un círculo la letra F.

Por favor, sea sincero, en sus respuestas.

Muchas gracias por su colaboración

IT	PREGUNTA	V	F
1	Normalmente disfruto y exprimo las diversiones que da la vida		
2	Reacciono bien cuando alguien me ofende		
3	No me preocupo por los pequeños detalles		
4	No puedo decidir qué tipo de persona quiero ser		
5	Muestro mis sentimientos y así los ve todo el mundo		
6	Dejo que otros tomen por mí las decisiones más importantes		
7	Normalmente me siento tenso o nervioso		
8	Casi nunca me enfado por nada		
9	Llevo las cosas hasta el final para impedir que las personas me dejen		
10	Soy una persona muy cauta		
11	Nunca me han detenido		
12	Los demás piensan que soy una persona fría y distante		
13	Me veo envuelto en relaciones muy intensas, pero no duran		
14	La mayoría de las personas son justas y honestas conmigo		
15	Encuentro difícil mostrar mi desacuerdo con las personas de las que dependo		
16	Me siento torpe o fuera de lugar en las situaciones sociales		
17	Me dejo llevar demasiado por lo que pasa a mi alrededor		
18	Normalmente me siento mal cuando hago daño o trato mal a alguien		
19	Discuto, incluso a gritos, cuando los demás intentan impedirme hacer lo que quiero		

Anexo IX.Examen Internacional de Desórdenes de Personalidad (IPDE)

IT	PREGUNTA	V	F
20	A veces he rechazado quedarme en un trabajo aun cuando se esperaba que lo hiciera		
21	No muestro a los demás mi reacción cuando soy alabado o criticado		
22	He tenido rencores que han durado años		
23	Paso demasiado tiempo intentando hacer las cosas de forma perfecta		
24	Con frecuencia la gente se ríe de mí a mis espaldas		
25	Nunca he amenazado con suicidarme ni me he causado lesiones a propósito		
26	Mis sentimientos son como el tiempo que hace, siempre están cambiando		
27	Batallo por mis derechos, incluso cuando hacerlo moleste a los demás		
28	Me gusta vestirme de modo que llame la atención de la gente		
29	Mentiré o estafaré a alguien si eso sirve para lograr mis propósitos		
30	No mantengo un plan si no obtengo resultados de forma inmediata		
31	Tengo pocos deseos, o ninguno, de practicar el sexo con nadie		
32	Los demás piensan que soy demasiado estricto con las reglas y normas		
33	Normalmente me siento incómodo o indefenso cuando estoy solo		
34	No me comprometo con las personas hasta que estoy seguro de que les gusto		
35	Prefiero no ser el centro de atención de los demás		
36	Creo que mi pareja podría serme infiel		
37	Algunas veces me enfado tanto que rompo o tiro cosas al suelo		
38	He tenido amigos íntimos que lo han sido durante mucho tiempo		
39	Me preocupa mucho no caerle bien a la gente		
40	Con frecuencia me siento "vacío" por dentro		
41	Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más		
42	Me preocupa quedarme solo y tener que cuidar de mí mismo		
43	Muchas cosas que no les preocupan a casi nadie, a mí me parecen peligrosas		
44	Tengo fama de ser un ligón		
45	No pido favores a personas de las que dependo mucho		
46	Prefiero actividades que pueda hacer yo solo		
47	Me enfado y me veo envuelto en peleas		
48	Los demás piensan que soy demasiado "tenso" o formal		
49	A menudo busco consejo o confirmación de las decisiones cotidianas		
50	Prefiero estar solo más que acompañado		
51	Me resulta muy difícil meterme en problemas		
52	Estoy convencido de que hay una conspiración detrás de muchas de las cosas que pasan en el mundo		
53	Suelo estar enfurruñado		
54	Me es difícil acostumbrarme a hacer las cosas de siempre de otro modo		
55	La mayoría de la gente piensa que soy una persona rara		
56	Asumo riesgos y hago cosas temerarias		
57	Todo el mundo necesita uno o dos amigos para ser feliz		
58	Me interesan más mis propios pensamientos que lo que pasa a mi alrededor		
59	Normalmente intento que los demás hagan las cosas a mi manera		





**ANEXO X. Mini Mental Adjustment to Cancer Scale  
(Mini-MAC)**



### Mini-MAC

A continuación encontrará una serie de frases que describen las distintas reacciones que la gente experimenta cuando está enferma. Por favor, marque con una cruz el número situado a la derecha de cada frase, indicando en qué medida se aplica a su estado actual.

Marque con una cruz en la casilla correspondiente al:

\*Número 1, NADA, si la frase no tiene NADA que ver con Vd.

\*Número 2, ALGO, si la frase sólo tiene ALGO que ver con Vd.

\*Número 3, BASTANTE, si la frase tiene BASTANTE que ver con Vd.

\*Número 4, MUCHO si la frase tiene MUCHO que ver con Vd.

1 nada	2 algo	3 bastante	4 mucho
--------	--------	------------	---------

IT	PREGUNTA	1	2	3	4
1	Por el momento vivo al día				
2	Me tomo la enfermedad como un reto				
3	Me he puesto en las manos de Dios				
4	Me he dado por vencido				
5	Siento mucha rabia por lo que me ha sucedido				
6	No sé qué hacer, me siento completamente perdido				
7	Me siento agobiado				
8	Valoro lo que tengo				
9	Me preocupa que el cáncer vuelva a aparecer o que empeore				
10	Intento luchar contra la enfermedad				
11	Intento distraerme cuando me vienen a la cabeza pensamientos aterradoros sobre mi enfermedad				
12	No puedo manejar esta situación				
13	Me siento inquieto/aprensivo				
14	No tengo muchas esperanzas en el futuro				
15	Siento que no hay nada que pueda hacer para ayudarme a mí mismo				
16	Creo que es el fin del mundo				
17	No pensaren ello me ayuda a hacerle frente				
18	Me siento muy optimista				
19	He tenido una buena vida, lo que viva a partir de ahora es un regalo				
20	Siento que no hay esperanza en la vida				
21	No puedo hacer frente a esta situación				
22	Me desconcierta tener cáncer				
23	Me he propuesto superar la enfermedad				
24	Desde que me han diagnosticado un cáncer, me doy cuenta de lo valiosa que es la vida y estoy sacándole el máximo partido				
25	Me cuesta que esto me haya sucedido a mí				

Anexo X. Mini Mental Adjustment to Cancer Scale (MINI-MAC)

---

	<b>1 nada</b>	<b>2 algo</b>	<b>3 bastante</b>	<b>4 mucho</b>			
<b>IT</b>	<b>PREGUNTA</b>			<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
26	Me esfuerzo mucho en no pensar en mi enfermedad						
27	Me quito de la cabeza cualquier pensamiento sobre el cáncer						
28	Me encuentro muy nervioso por mi enfermedad						
29	Tengo miedo						

## **ANEXO XI. Matrices de correlaciones**



Tabla 49

Correlaciones de las dimensiones básicas de la personalidad (NEO-FFI), la impulsividad (BIS-11), el autocontrol (Escala de Autocontrol), la resiliencia (CD-RISC), y el afrontamiento (COPE)

	Neuroticismo	Extraversión	Apertura exper.	Cordialidad	Escrupulosidad	Impulsiv. Motora	Búsqueda Riesgos	Preferencia T F	Preferencia A F	Temperamento V	Resiliencia	COPE 1	COPE 2	COPE 3	COPE 4	COPE 6
Neuroticismo	/															
Extraversión	-.30**	/														
Apertura exper.	.13	.31**	/													
Cordialidad	-.10	.23*	.02	/												
Escrupulosidad	-.35***	.29**	.15	.22*	/											
Impulsiv. Motora	.28**	-.02	-.14	-.20*	-.48***	/										
Búsqueda Riesgos	.25**	.05	.09	-.24*	-.32**	.56***	/									
Preferencia T F	.25**	-.20*	-.31**	-.06	-.36***	.33***	.36***	/								
Preferencia A F	.06	.00	-.32**	.10	-.00	.20*	.23*	.26**	/							
Temperamento V	.15	-.21*	-.07	-.39***	-.24**	.38***	.37***	.24**	.15	/						
Resiliencia	-.37***	.44***	.39***	-.09	.42***	-.12	.08	-.26**	-.04	.02	/					
COPE 1	-.18	.20*	.07	.12	.41***	-.12	-.04	-.22*	.12	-.18	.26**	/				
COPE 2	-.17	.35***	.26**	.02	.16	-.07	.17	.04	.03	-.03	.43***	.53***	/			
COPE 3	.27**	.08	.11	.182	.05	.13	.17	.23*	-.08	-.20*	.02	.07	.17	/		
COPE 4	.31**	.22*	.17	.10	.07	.26**	.22*	.00	.09	-.06	-.01	.43***	.30**	.25**	/	
COPE 6	.21*	-.13	-.04	-.13	-.16	.21*	.13	.13	.12	.16	-.10	.02	-.02	.06	.22*	/

**Nota.-** Apertura exper. = Apertura a la experiencia, Impulsiv. Motora = Impulsividad Motora, Preferencia T F = Preferencia por Tareas Fáciles, Preferencia A F = Preferencia por Actividades Físicas, Temperamento V = Temperamento Volátil, COPE 1 = Afrontamiento conductual, COPE 2 = Afrontamiento cognitivo, COPE 3 = Escape cognitivo, COPE 4 = Afrontamiento centrado en las emociones, COPE 6 = Consumo de drogas, \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

Tabla 50

Correlaciones de las dimensiones básicas de la personalidad (NEO-FFI), la impulsividad (BIS-11), el autocontrol (Escala de Autocontrol) y la sintomatología (LSB-50)

	Neuroticismo	Extraversión	Apertura exper	Cordialidad	Escrupulosidad	Impulsiv. Motora	Búsqueda Riesgos	Preferencia T F	Preferencia A F	Temperamento V	Hipersensibilidad	Obsesión-Compuls.	Ansiedad	Hostilidad	Somatización	Depresión	Alteraciones sueño
Neuroticismo	/																
Extraversión	-.30**	/															
Apertura exper.	.13	.31**	/														
Cordialidad	-.10	.23*	.02	/													
Escrupulosidad	-.35***	.29**	.15	.22*	/												
Impulsiv. Motora	.28**	-.02	-.14	-.20*	-.48***	/											
Búsqueda Riesgos	.25**	.05	.09	-.24*	-.32**	.56***	/										
Preferencia T F	.25**	-.20*	-.31**	-.06	-.36***	.33***	.36***	/									
Preferencia A F	.06	.00	-.32**	.10	-.00	.20*	.23*	.26**	/								
Temperamento V	.15	-.21*	-.07	-.39***	-.24*	.38***	.37***	.24**	.15	/							
Hipersensibilidad	.48***	-.45***	-.06	-.07	-.30**	.26**	.36***	.32**	.03	.31**	/						
Obsesión-Compuls.	.58***	-.18	.03	.02	-.32**	.19*	.20*	.29**	.03	-.01	.41***	/					
Ansiedad	.53***	-.14	.11	.04	-.25**	.10	.09	.18	.10	.00	.45***	.57***	/				
Hostilidad	.30**	-.15	-.02	-.27**	-.22*	.34***	.20*	.10	.07	.42***	.34***	.28**	.36***	/			
Somatización	.32**	-.15	.06	.08	.09	.00	.13	.05	-.01	-.06	.32**	.38***	.49***	.16	/		
Depresión	.60***	-.37***	-.11	-.11	-.22*	.15	.27**	.23*	.06	.20*	.70***	.56***	.48***	.35***	.57***	/	
Alteraciones sueño	.18	-.22*	-.21*	.03	.09	.05	.06	.04	.20*	.14	.22*	.23*	.24*	.13	.47***	.42***	/

Nota.- Apertura exper. = Apertura a la experiencia, Impulsiv. Motora = Impulsividad Motora, Preferencia T F = Preferencia por Tareas Fáciles, Preferencia A F = Preferencia por Actividades Físicas, Temperamento V = Temperamento Volátil, Obsesión-Compuls. = Obsesión-Compulsión, \* =  $p < .05$ , \*\* =  $p < .01$ , \*\*\* =  $p < .001$



Tabla 51

Correlaciones de resiliencia (CD-RISC), afrontamiento (COPE) y sintomatología (LSB-50)

	Resiliencia	COPE 1	COPE 2	COPE 3	COPE 4	COPE 6	Hipersensibilidad	Obsesión-Compuls.	Ansiedad	Hostilidad	Somatización	Depresión	Alteraciones sueño
Resiliencia	/												
COPE1	.26**	/											
COPE2	.43***	.53***	/										
COPE3	.02	.07	.17	/									
COPE4	-.01	.43***	.30**	.25**	/								
COPE6	-.10	.02	-.02	.06	.22*	/							
Hipersensibilidad	-.32***	-.20*	-.19*	.10	.01	.01	/						
Obsesión-Compuls.	-.41***	.03	.05	.07	.27**	.04	.41***	/					
Ansiedad	-.27**	-.08	-.15	.10	.17	.06	.45***	.57***	/				
Hostilidad	-.07	-.12	-.15	-.01	.16	.15	.34***	.28**	.36***	/			
Somatización	-.04	.06	.01	-.02	.21*	-.10	.32**	.38***	.49***	.16	/		
Depresión	-.31**	-.10	-.20*	.04	.15	.02	.70***	.56***	.48***	.35***	.57***	/	
Alteraciones sueño	-.08	.01	-.11	-.09	.02	.02	.22*	.23*	.24*	.13	.47***	.42***	/

**Nota.-** COPE 1 = Afrontamiento conductual, COPE 2 = Afrontamiento cognitivo, COPE 3 = Escape cognitivo, COPE 4 = Afrontamiento centrado en las emociones, COPE 6 = Consumo de drogas, Obsesión-Compuls. = Obsesión-Compulsión, \* =  $p < .05$ , \*\* =  $p < .01$ , \*\*\* =  $p < .001$

Tabla 52

Correlaciones de las dimensiones básicas de la personalidad (NEO-FFI), la impulsividad (BIS-11), el autocontrol (Escala de Autocontrol) y los trastornos de la personalidad (IPDE)

	Neuroticismo	Extraversión	Apertura exper.	Cordialidad	Escrupulosidad	Impulsiv. Motora	Búsqueda Riesgos	Preferencia T F	Preferencia A F	Temperamento V	Tras. paranoide	Tras. esquizoide	Tras. disocial	Tras. impulsivo	Tras. límite	Tras. histriónico	Tras. anancástico	Tras. ansioso	Tras. dependiente	
Neuroticismo	/																			
Extraversión	-.30**	/																		
Apertura exper.	.13	.31**	/																	
Cordialidad	-.10	.23*	.02	/																
Escrupulosidad	-.35***	.29**	.15	.22*	/															
Impulsiv. Motora	.28**	-.02	-.14	-.20*	-.48***	/														
Búsqueda Riesgos	.25**	.05	.09	-.24*	-.32**	.56***	/													
Preferencia T F	.25**	-.20*	-.31**	-.06	-.36***	.33***	.36***	/												
Preferencia A F	.06	.00	-.32**	.10	-.00	.20*	.23*	.26**	/											
Temperamento V	.15	-.21*	-.07	-.39***	-.24**	.38***	.37***	.24**	.15	/										
Tras. paranoide	.27**	-.18	-.04	-.22*	-.17	.20*	.35***	.28**	.23*	.31**	/									
Tras. esquizoide	.03	-.37***	-.25**	-.06	-.12	-.03	.06	.26**	.01	.16	.29**	/								
Tras. disocial	.15	-.21*	.02	-.18	-.19*	.20*	.23*	.08	-.01	.12	.16	.18	/							
Tras. impulsivo	.33***	-.10	.08	-.06	-.14	.22*	.20*	.07	.15	.29**	.15	-.109	-.03	/						
Tras. límite	.28**	-.18	.07	-.26**	-.03	.15	.26**	.08	-.00	.12	.33***	.16	.10	.10	/					
Tras. histriónico	.33***	.09	.11	.03	-.11	.25**	.29**	.19*	.15	-.03	.21*	-.07	-.03	.16	.36***	/				
Tras. anancástico	.10	-.18	-.22*	-.14	.21*	.02	-.16	.13	-.04	.13	.11	.24*	-.10	.13	.11	.16	/			
Tras. ansioso	.48***	-.30**	-.15	.07	-.16	.14	.08	.20*	.17	.05	.08	-.05	-.03	.30**	.16	.28**	.27**	/		
Tras. dependiente	.50***	-.17	-.06	-.07	-.28**	.25**	.17	.39***	.06	.06	.12	-.08	.09	.28**	.27**	.25**	.19*	.51***	/	

Nota.- Apertura exper. = Apertura a la experiencia, Impulsiv. Motora = Impulsividad Motora, Preferencia T F = Preferencia por Tareas Fáciles, Preferencia A F = Preferencia por Actividades Físicas, Temperamento V = Temperamento Volátil, tras. = trastorno\* =  $p < .05$ , \*\* =  $p < .01$ , \*\*\* =  $p < .001$

Tabla 53

Correlaciones de resiliencia (CD-RISC), afrontamiento (COPE) y los trastornos de la personalidad (IPDE)

	Resiliencia	COPE 1	COPE 2	COPE 3	COPE 4	COPE 6	Tras. paranoide	Tras. esquizoide	Tras. disocial	Tras. impulsivo	Tras. límite	Tras. histriónico	Tras. anancástico	Tras. ansioso	Tras. dependiente
Resiliencia	/														
COPE1	.26**	/													
COPE2	.43***	.53***	/												
COPE3	.02	.07	.17	/											
COPE4	-.01	.43***	.30**	.25**	/										
COPE6	-.10	.02	-.02	.06	.22*	/									
Tras. paranoide	-.09	.00	.05	-.06	.02	.04	/								
Tras. esquizoide	-.18	-.18	-.06	-.02	-.29**	-.06	.29**	/							
Tras. disocial	-.04	-.13	-.04	.012	-.03	.14	.16	.18	/						
Tras. impulsivo	-.11	.09	-.00	.01	.43***	.25**	.15	-.109	-.03	/					
Tras. límite	-.09	-.08	-.09	.12	.08	.07	.33***	.16	.10	.10	/				
Tras. histriónico	-.04	.10	.13	.13	.35***	.00	.21*	-.07	-.03	.16	.36***	/			
Tras. anancástico	-.14	.15	.00	.15	.04	-.02	.11	.24*	-.10	.13	.11	.16	/		
Tras. ansioso	-.33***	.12	-.02	.17	.20*	.31**	.08	-.05	-.03	.30**	.16	.28**	.27**	/	
Tras. dependiente	-.30**	-.08	.01	.38***	.25**	.31**	.12	-.08	.09	.28**	.27**	.25**	.19*	.51***	/

Nota.- COPE 1 = Afrontamiento conductual, COPE 2 = Afrontamiento cognitivo, COPE 3 = Escape cognitivo, COPE 4 = Afrontamiento centrado en las emociones, COPE 6 = Consumo de drogas, tras. = trastorno, \* =  $p < .05$ , \*\* =  $p < .01$ , \*\*\* =  $p < .001$

Tabla 54

Correlaciones de las dimensiones básicas de la personalidad (NEO-FFI), la impulsividad (BIS-11), el autocontrol (Escala de Autocontrol), la resiliencia (CD-RISC), y el afrontamiento (COPE)

	Neuroticismo	Extraversión	Apertura exper.	Cordialidad	Escrupulosidad	Impulsiv. Motora	Búsqueda Riesgos	Preferencia T F	Preferencia A F	Temperamento V	Resiliencia	COPE 1	COPE 2	COPE 3	COPE 4	COPE 6
Neuroticismo	/															
Extraversión	-.40***	/														
Apertura exper.	-.01	.33**	/													
Cordialidad	-.30**	.32**	-.07	/												
Escrupulosidad	-.58***	.27**	.09	.19	/											
Impulsiv. Motora	.46***	.06	-.04	-.20*	-.44***	/										
Búsqueda Riesgos	.30**	.21*	.23*	-.04	-.36***	.51***	/									
Preferencia T F	.41***	-.24*	-.15	-.07	-.55***	.29**	.25**	/								
Preferencia A F	.22*	.15	-.04	-.01	-.13	.42***	.35***	.25**	/							
Temperamento V	.61***	-.32**	-.09	-.45***	-.35***	.41***	.19	.25*	.18	/						
Resiliencia	-.65***	.51***	.23*	.36***	.47***	-.33***	-.01	-.44***	-.24*	-.50***	/					
COPE1	-.52***	.27**	.27**	.11	.55***	-.47***	-.17	-.48***	-.28**	-.41***	.54***	/				
COPE2	-.39***	.31**	.24*	.16	.21*	-.21*	.09	-.21*	-.24*	-.30**	.55***	.51***	/			
COPE3	.17	-.01	.05	.03	-.23*	.15	.08	.19*	.02	.21*	-.14	-.22*	.14	/		
COPE4	.02	.27**	.21*	-.13	-.05	.11	.11	.01	.10	.01	.04	.19	.24*	.08	/	
COPE6	.07	.18	.09	.20*	-.13	.07	.46***	.02	.11	-.08	.13	.07	.13	-.03	.19	/

**Nota.-** Apertura exper. = Apertura a la experiencia, Impulsiv. Motora = Impulsividad Motora, Preferencia T F = Preferencia por Tareas Fáciles, Preferencia A F = Preferencia por Actividades Físicas, Temperamento V = Temperamento Volátil, COPE 1 = Afrontamiento conductual, COPE 2 = Afrontamiento cognitivo, COPE 3 = Escape cognitivo, COPE 4 = Afrontamiento centrado en las emociones, COPE 6 = Consumo de drogas, \* =  $p < .05$ , \*\* =  $p < .01$ , \*\*\* =  $p < .001$

Tabla 55

Correlaciones de las dimensiones básicas de la personalidad (NEO-FFI), la impulsividad (BIS-11), el autocontrol (Escala de Autocontrol) y la sintomatología (LSB-50)

	Neuroticismo	Extraversión	Apertura exper.	Cordialidad	Escrupulosidad	Impulsiv. Motora	Búsqueda Riesgos	Preferencia T F	Preferencia A F	Temperamento V	Hipersensibilidad	Obsesión-Compuls.	Ansiedad	Hostilidad	Somatización	Depresión	Alteraciones sueño
Neuroticismo	/																
Extraversión	-.40***	/															
Apertura exper.	-.01	.33**	/														
Cordialidad	-.30**	.32**	-.07	/													
Escrupulosidad	-.58***	.27**	.09	.19	/												
Impulsiv. Motora	.46***	.06	-.04	-.20*	-.44***	/											
Búsqueda Riesgos	.30**	.21*	.23*	-.04	-.36***	.51***	/										
Preferencia T F	.41***	-.24*	-.15	-.07	-.55***	.29**	.25**	/									
Preferencia A F	.22*	.15	-.04	-.01	-.13	.42***	.35***	.25**	/								
Temperamento V	.61***	-.32**	-.09	-.45***	-.35***	.41***	.19	.25*	.18	/							
Hipersensibilidad	.66***	-.63***	-.06	-.42***	-.42***	.23*	.03	.34***	-.02	.52***	/						
Obsesión-Compuls.	.54***	-.40***	-.05	-.18	-.25**	.21*	.07	.21*	-.07	.36***	.64***	/					
Ansiedad	.59***	-.37***	-.02	-.32**	-.28**	.31**	.02	.28**	.04	.42***	.76***	.66***	/				
Hostilidad	.57***	-.39***	-.03	-.47***	-.29**	.30**	.05	.23*	.03	.66***	.67***	.58***	.64***	/			
Somatización	.29**	-.03	.11	.04	-.14	.21*	.23*	.23*	.01	.31**	.35***	.48***	.45***	.34***	/		
Depresión	.66***	-.50***	-.02	-.36***	-.41***	.26**	.10	.37***	-.08	.49***	.86***	.75***	.80***	.64***	.55***	/	
Alteraciones sueño	.35***	-.20*	.01	-.22*	-.17	.25**	.09	.21*	-.11	.40***	.53***	.63***	.56***	.49***	.53***	.63***	/

**Nota.-** Apertura exper. = Apertura a la experiencia, Impulsiv. Motora = Impulsividad Motora, Preferencia T F = Preferencia por Tareas Fáciles, Preferencia A F = Preferencia por Actividades Físicas, Temperamento V = Temperamento Volátil, Obsesión-Compuls. = Obsesión-Compulsión, \* =  $p < .05$ , \*\* =  $p < .01$ , \*\*\* =  $p < .001$

Tabla 56

Correlaciones de resiliencia (CD-RISC), afrontamiento (COPE) y sintomatología (LSB-50)

	Resiliencia	COPE 1	COPE 2	COPE 3	COPE 4	COPE 6	Hipersensibilidad	Obsesión-Compuls.	Ansiedad	Hostilidad	Somatización	Depresión	Alteraciones sueño
Resiliencia	/												
COPE1	.54***	/											
COPE2	.55***	.51***	/										
COPE3	-.14	-.22*	.14	/									
COPE4	.04	.19	.24*	.08	/								
COPE6	.13	.07	.13	-.03	.19	/							
Hipersensibilidad	-.54***	-.37***	-.25**	.28**	-.09	.01	/						
Obsesión-Compuls.	-.41***	-.21*	-.21*	.16	-.01	.04	.64***	/					
Ansiedad	-.47***	-.31**	-.18	.17	.07	.06	.76***	.66***	/				
Hostilidad	-.50***	-.34***	-.37***	.13	-.05	.15	.67***	.58***	.64***	/			
Somatización	-.08	-.10	.08	.08	.05	-.10	.35***	.48***	.45***	.34***	/		
Depresión	-.50***	-.34***	-.16	.22*	-.05	.02	.86***	.75***	.80***	.64***	.55***	/	
Alteraciones sueño	-.21*	-.15	-.14	.07	.06	.02	.53***	.63***	.56***	.49***	.53***	.63***	/

**Nota.-** COPE 1 = Afrontamiento conductual, COPE 2 = Afrontamiento cognitivo, COPE 3 = Escape cognitivo, COPE 4 = Afrontamiento centrado en las emociones, COPE 6 = Consumo de drogas, Obsesión-Compuls. = Obsesión-Compulsión, \* =  $p < .05$ , \*\* =  $p < .01$ , \*\*\* =  $p < .001$

Tabla 57

Correlaciones de las dimensiones básicas de la personalidad (NEO-FFI), la impulsividad (BIS-11), el autocontrol (Escala de Autocontrol) y los trastornos de la personalidad (IPDE)

	Neuroticismo	Extraversión	Apertura exper.	Cordialidad	Escrupulosidad	Impulsivid. Motora	Búsqueda Riesgos	Preferencia T F	Preferencia A F	Temperamento V	Tras. paranoide	Tras. esquizoide	Tras. disocial	Tras. impulsivo	Tras. límite	Tras. histriónico	Tras. anancástico	Tras. ansioso	Tras. dependiente	
Neuroticismo	/																			
Extraversión	-.40***	/																		
Apertura exper.	-.01	.33**	/																	
Cordialidad	-.30**	.32**	-.07	/																
Escrupulosidad	-.58***	.27**	.09	.19	/															
Impulsiv. Motora	.46***	.06	-.04	-.20*	-.44***	/														
Búsqueda Riesgos	.30**	.21*	.23*	-.04	-.36***	.51***	/													
Preferencia T F	.41***	-.24*	-.15	-.07	-.55***	.29**	.25**	/												
Preferencia A F	.22*	.15	-.04	-.01	-.13	.42***	.35***	.25**	/											
Temperamento V	.61***	-.32**	-.09	-.45***	-.35***	.41***	.19	.25*	.18	/										
Tras. paranoide	.29**	-.11	-.01	-.19	-.14	.18	.25**	.15	.01	.25**	/									
Tras. esquizoide	.23*	-.34***	.02	-.28**	-.15	.03	.04	.38***	-.04	.26**	.31**	/								
Tras. disocial	.10	-.02	.16	-.13	-.10	-.00	.01	-.04	-.22*	.17	.25**	.25**	/							
Tras. impulsivo	.23*	-.28**	-.03	-.38***	-.02	.06	-.11	.00	-.14	.29**	.12	.09	.22*	/						
Tras. límite	.06	.05	.02	-.04	-.12	.02	.19	.10	-.12	-.03	.39***	.11	.05	-.09	/					
Tras. histriónico	.30**	.00	.04	.02	-.23*	.18	.25**	.18	.02	.20*	.10	.17	-.03	-.10	.10	/				
Tras. anancástico	.11	-.39***	-.05	-.27**	.12	-.09	-.13	-.09	-.13	.28**	.25*	.35***	.10	.40***	.13	-.02	/			
Tras. ansioso	.54***	-.38***	-.05	-.35***	-.30**	.20*	.19	.24*	.14	.48***	.37***	.26**	.09	.39***	.05	.14	.44***	/		
Tras. dependiente	.21*	-.19*	-.12	-.27**	-.42***	.09	.02	.28*	.01	.23*	.03	.17	-.01	.07	-.04	.17	.09	.31**	/	

Nota.- Apertura exper. = Apertura a la experiencia, Impulsiv. Motora = Impulsividad Motora, Preferencia T F = Preferencia por Tareas Fáciles, Preferencia A F = Preferencia por Actividades Físicas, Temperamento V = Temperamento Volátil, tras. = trastorno \* =  $p < .05$ , \*\* =  $p < .01$ , \*\*\* =  $p < .001$

Tabla 58

Correlaciones de resiliencia (CD-RISC), afrontamiento (COPE) y los trastornos de la personalidad (IPDE)

	Resiliencia	COPE 1	COPE 2	COPE 3	COPE 4	COPE 6	Tras. paranoide	Tras. esquizoide	Tras. disocial	Tras. impulsivo	Tras. límite	Tras. histriónico	Tras. anancástico	Tras. ansioso	Tras. dependiente
Resiliencia	/														
COPE1	.54***	/													
COPE2	.55***	.51***	/												
COPE3	-.14	-.22*	.14	/											
COPE4	.04	.19	.24*	.08	/										
COPE6	.13	.07	.13	-.03	.19	/									
Tras. paranoide	-.10	-.11	-.03	.04	-.20*	.08	/								
Tras. esquizoide	-.30**	-.12	.05	.15	.01	-.08	.31**	/							
Tras. disocial	.08	.00	.11	.14	-.08	-.10	.25**	.25**	/						
Tras. impulsivo	-.19	-.01	-.18	-.12	.05	-.14	.12	.09	.22*	/					
Tras. límite	.09	-.12	.08	-.06	-.19*	.04	.39***	.11	.05	-.09	/				
Tras. histriónico	-.11	-.17	-.01	.01	.11	.24*	.10	.17	-.03	-.10	.10	/			
Tras. anancástico	-.19*	.03	-.23*	-.03	-.27**	-.11	.25*	.35***	.10	.40***	.13	-.02	/		
Tras. ansioso	-.44***	-.25*	-.35***	.11	-.08	-.01	.37***	.26**	.09	.39***	.05	.14	.44***	/	
Tras. dependiente	-.36***	-.20*	-.06	.26**	.15	.04	.03	.17	-.01	.07	-.04	.17	.09	.31**	/

Nota.- COPE 1 = Afrontamiento conductual, COPE 2 = Afrontamiento cognitivo, COPE 3 = Escape cognitivo, COPE 4 = Afrontamiento centrado en las emociones, COPE 6 = Consumo de drogas, tras. = trastorno \* =  $p < .05$ , \*\* =  $p < .01$ , \*\*\* =  $p < .001$