



FACULTAD DE MEDICINA
Departamento de Psiquiatría

IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS DE LA PERSONA
LARINGECTOMIZADA

Tesis Doctoral

Presentada por:
Nuria Blanco Piñero.

Directores:
Dra. Dña. Elena Ibañez Guerra

Dr. D. Jose Giner Ubago

Sevilla, Septiembre 2010

AGRADECIMIENTOS

He tenido la gran suerte de estar rodeada de muchísima gente que me ha ofrecido su apoyo incondicional y me han servido de estímulo desde que se inició mi formación profesional. A lo largo del desarrollo de este trabajo de investigación, esta situación no ha sido muy distinta y por eso, me gustaría poder agradecer en unas pocas líneas todo lo que se me ha brindado durante este tiempo. Sin embargo y de antemano quiero destacar lo corto que se me queda el lenguaje para poder expresar lo que valoro todo lo que me habéis aportado.

En primer lugar, he de reconocer el privilegio que para mí ha supuesto que tanto la Prof. Dra. Dña. Elena Ibáñez Guerra como el Prof. Dr. D. José Giner Ubago accediesen a dirigirme en este trabajo, puesto que su tutela ha supuesto para mí un estímulo para mejorar y madurar tanto profesional como personalmente, durante todo este tiempo. Por lo que les agradezco no sólo sus orientaciones profesionales de cara a la mejora de este trabajo sino también los aprendizajes personales que me han permitido obtener, sin los cuales no hubiese llegado al punto en el que me encuentro y del que me siento tan satisfecha.

Desde el mismo día que decidí dedicarme a la psicología encontré dos grandes apoyos y referentes, gracias a quienes superé mi primera gran cateada universitaria y con quien, tantos años después sigo teniendo la fortuna de poder contar. A la Prof. Dra. Dña. Rosario Antequera Jurado y al Prof. Dr. D. Luis Rodríguez Franco, no sólo por ser dos grandes amigos, maestros y apoyos sino porque desde aquella cateada siempre he podido contar con su mano tendida y sus mangas remangadas para ayudarme, como de hecho así ha sido. Espero que sepáis lo que os lo agradezco porque no se expresarlo mejor.

A todos los miembros del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Sevilla, por acogerme y cuidarme siempre con tanto cariño. A la Prof. Dra. Dña. Emma Giles Gordón, por haber sabido siempre decirme las palabras que me recolocaban en mi camino y haberme enseñado cuando es el momento de parar y cual el de correr, aprendizaje con el que creo que

aún no he errado nunca. A las Profs. Dras. Doña Rafaela Caballero Andaluz y Doña. M^a Dolores Mojarro Práxedes, por su amistad y por la confianza que siempre han puesto en mi y en mi capacidad de trabajo. Al Prof. Dr. D. Manuel Camacho Laraña, porque siempre ha tenido para mí y mis proyectos "todos los minutos" que he necesitado y de los cuales siempre he aprendido muchísimo, no sólo profesionalmente. A las Profs. Dras. Doña. Nieves Casas Barquero, Doña. Visitación Alcalá y Doña. Lola Franco, por su amistad y ánimo en cada momento de mi carrera profesional.

A la Unidad de Psicología Clínica y todos sus miembros, por ser un apoyo constante y un estímulo para seguir superando obstáculos. En especial quiero agradecer a Doña. Ángela Rosales y D. Carlos Flores que se prestasen a ser mis manos cuando me faltaron los pies, han sido una ayuda absolutamente necesaria. Y por supuesto a todos los demás, por vuestro interés, por comprender mis momentos de crisis y sobre todo por prestarme a vuestros familiares para poder alcanzar los objetivos de este trabajo.

A todos aquellos grandes profesionales de la Psiquiatría y la Psicología que he tenido y tengo la suerte de conocer y admirar "de cerca", por cada una de sus palabras de aliento en los momentos más complejos de este Tesis Doctoral. Y por supuesto, a las "niñas" del Departament de Personalitat, Avaluació i Tractaments Psicològics de la Universidad de Valencia, las Prof. Dra. Doña. Estrella Durá, Prof. Dra. Doña. Yolanda Andreu, Prof. Dra. Doña. M^a Jose Galdón, Dra. Sandra Pérez y a Doña. M^a José Jorques y Doña. Ana García- Conde, por su amistad, ayuda y apoyo en la distancia.

Por otro lado, quiero expresar mi agradecimiento a la Gerencia del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla, por haber permitido que, en estos tiempos tan revueltos, el desarrollo de este trabajo no se haya visto comprometido. Del mismo modo, quiero agradecer a la Unidad de Investigación de dicho hospital y especialmente al Dr. D. Víctor Sánchez Margalet, María, Manu, Concha, Bea y Carlos, el apoyo de todos estos años y finalmente la que ya considero su amistad, puesto que ha alimentado mi gusto e interés por el mundo de la investigación. Del mismo modo, quiero extender mi agradecimiento a D. Javier Suarez, por permitir que esta línea de trabajo se siguiese desarrollando a pesar de todos los cambios que se están produciendo.

Del mismo modo, al Servicio de Otorrinolaringología del H.U.V. Macarena por su aceptación incondicional de este proyecto, sin la cual no se podría haber llevado a cabo. Ha sido mucho el apoyo prestado, el interés puesto en este trabajo y las facilidades dadas para la consecución de la muestra, a pesar de que en un principio no sabían muy bien para qué pudiese servir. Así quiero mencionar la confianza depositada en mí por los doctores D. Enrique Ruiz- Carmona, D. José Alonso, D. Emilio de Mingo, D. Juan Martín- Mora y D. Tomás Herrero, que siempre me han hecho sentir

parte de su equipo. También quiero destacar el apoyo recibido por parte del Dr. D. Serafín Sánchez que desde su llegada al Servicio no sólo ha respaldado el trabajo que se estaba haciendo sino que además ha demostrado su interés por el mismo. Espero que el trabajo que ha resultado finalmente satisfaga dicho apoyo y aclare su utilidad.

A todos aquellos pacientes que han participado en este trabajo y lo han hecho posible por su generosidad. Puesto que en momentos tan duros de su enfermedad y sufrimiento han dedicado un tiempo y esfuerzo a este trabajo, para mí han supuesto un ejemplo de superación y fuerza. Del mismo modo, no puedo continuar sin agradecer a la Asociación Sevillana de Pacientes Laringuectomizados por acogerme desde el primer momento y facilitarme todo lo que estuvo a su alcance, además de compartir conmigo momentos realmente entrañables.

A mis amigos, sobre todo a los que habéis estado y estáis a mi lado en los momentos más duros estrechando lazos cuando yo me empeñaba en aislarme. Me habéis hecho sentir especialmente afortunada, sé que no hace falta que os nombre a todos pero quiero que sepáis que, a pesar de estar tan metida en mi historia, en todo momento he sabido que os tenía y que con un simple silbido os apareceríais. Quiero haceros partícipes de este trabajo, porque sin vosotros todo habría sido mucho más difícil. A quienes sí quiero hacer una mención más explícita es a nuestra siguiente generación, especialmente a mis ahijados Laia y Roberto, siento haberme perdido algunos de vuestros momentos.

A todos los miembros de las familias Aparicio y Cantero, para mí ya, también mi familia. No sólo por acogerme como lo habéis hecho sino también por vuestro cariño, empuje, interés y ayuda continua. Me siento muy afortunada por poder contar con vosotros y vuestro cariño.

A mi madre y a mis hermanas, por estar siempre a mi lado y de mi parte, por aguantarme tantas horas de conversación monotemática, cuidarme tanto y hacer de mi objetivo, de nuevo, el suyo. Espero que sepáis lo mucho que os quiero y lo importante que es para mí poder compartir con vosotras la satisfacción de haber acabado este trabajo, igual que hemos compartido los momentos malos. A mis tíos y primos por estar siempre tan presentes en mi vida y ser una parte tan importante de ella. Quiero tener un recuerdo especial para mi abuela Mabel, a quien tanta ilusión se que le hizo tener una nieta que empezaba a "escribir un libro", obviamente, este trabajo tiene mucho de ti y es por ti.

A mi padre, modelo y guía durante todos estos años. Siguiéndole, he llegado hasta donde estoy hoy. Quiero agradecerle los esfuerzos que ha hecho para que no desfalleciese ni tirase la toalla, de todos y cada uno de ellos he podido aprender algo, aunque a veces lo haya disimulado bien. Y

como se que no le gusta que me ponga "cursi", sólo le diré que GRACIAS, pero por todo y que le quiero mucho (lo siento, se me escapó).

Y por supuesto, este trabajo no hubiese podido llevarlo a cabo sin él, Yiyo. Desde que le conocí se ha empeñado cada día en construirme un mundo en el que poder alcanzar mis sueños y al menos este, ya lo ha conseguido. Nunca pude pensar que fuese a poder hacer que cada día me sorprendiese su dedicación y esfuerzo por mí y mis objetivos. Este trabajo, como tantas otras cosas, es de los dos.

IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS DE LA PERSONA LARINGECTOMIZADA

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE TABLAS.....	17
1.- JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO	27
2.- MARCO TEÓRICO	37
2.1.- ASPECTOS OBJETIVOS QUE INFLUYEN EN LA ADAPTACIÓN PSICOLÓGICA A LA LARINGUECTOMÍA RADICAL. EL CÁNCER DE LARINGE Y SUS TRATAMIENTOS.	39
2.1.1.- El cáncer.	39
2.1.1.a.- El cáncer en España	43
2.1.2.- El cáncer de cabeza y cuello	44
2.1.3.- La laringe y sus afecciones oncológicas	47
2.1.3.a.- La importancia de la laringe: Aspectos funcionales.....	48
2.1.3.b.- El cáncer de laringe.....	50
2.1.3.c.- Etiopatogenia del cáncer de laringe...56	
2.1.3.d.- La importancia del cáncer de laringe. Aspectos epidemiológicos.....	58
2.1.3.e.- Diagnóstico del cáncer de laringe.....	60
2.1.3.f.- Tratamiento del cáncer de laringe. La laringuectomía total.	62
2.1.3.g.- Secuelas del tratamiento del cáncer de laringe.	64

2.1.3.h.- La rehabilitación del paciente laringectomizado.	67
2.2.- LA RESPUESTA DEL PACIENTE AL CÁNCER. FACTORES SUBJETIVOS DE LA ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD Y SUS TRATAMIENTOS.	70
2.2.1.- Respuesta saludable y adaptación psicológica a la enfermedad y sus tratamientos.	70
2.2.2.- Problemas para la adaptación al cáncer y respuesta patológica a la enfermedad y sus secuelas.	78
2.2.2.1.- La depresión en el paciente oncológico.....	85
2.2.2.2.- La ansiedad en el paciente oncológico.....	88
2.2.2.3.- El trastorno de estrés postraumático (TEP) en el paciente oncológico.....	94
2.2.2.4.- El trastorno adaptativo en el paciente oncológico.....	103
2.2.3.- La calidad de vida del enfermo oncológico.....	106
2.3.- VARIABLES MODULADORAS DEL IMPACTO DE LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA Y SUS TRATAMIENTOS.....	108
2.3.1.- El papel modulador de la personalidad del paciente en la adaptación al cáncer y sus tratamientos.....	109
2.3.2.- Las estrategias de afrontamiento como variables moduladoras en el proceso de adaptación a la enfermedad oncológica y sus tratamientos.....	128
2.3.3.- El género como factor modulador de la adaptación a la enfermedad y sus tratamientos. Cuando el enfermo es hombre.....	143
3.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	151

4.- MÉTODO.....	155
4.1.- MATERIAL.....	155
4.1.1.- Muestra.....	157
4.1.2.- Instrumentos	160
4.1.2.1.- Entrevista	160
4.1.2.2.- Inventario de Discapacidad de Sheehan (SDI).....	161
4.1.2.3.- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)	162
4.1.2.4.- Escala Revisada de Impacto del Estresor (IES-R)	168
4.1.2.5.- Cuestionario de Personalidad para Adultos (EPQ-A).....	171
4.1.2.6.- Escala de Ajuste Mental al Cáncer (Mini- MAC).....	175
4.2.- DISEÑO.....	178
4.2.1.- Variables incluidas en el estudio.	180
4.2.2.- Procedimiento.....	181
4.2.2.1.- Proceso de selección de sujetos.....	181
4.2.2.2.- Corrección de las pruebas y obtención de datos codificados.....	184
4.2.2.3.- Análisis estadístico.....	188
5.- RESULTADOS.....	191
5.1.- RESULTADOS OBTENIDOS EN LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.....	194
5.1.1.- Datos socio-demográficos.....	194
5.1.1.1. Análisis descriptivos y comparativos de los datos sociodemográficos entre los grupos clínico y control.....	194

5.1.1.2. Análisis descriptivos y comparativos de los datos sociodemográficos entre los subgrupos clínicos: quirúrgico, en rehabilitación y supervivientes.	197
5.1.2.- Historia de salud general.....	199
5.1.2.1. Análisis descriptivo y comparativo de la historia de salud general entre los grupos clínico y control.....	200
5.1.2.2. Análisis descriptivo y comparativo de la historia de salud general entre los subgrupos clínicos: quirúrgico, en rehabilitación y supervivientes.	204
5.1.3.- Valoración de la Discapacidad Percibida (SDI, 1986).....	207
5.1.3.1. Análisis descriptivo y comparativo en el Índice de Discapacidad Percibida entre los grupos clínico y control.....	207
5.1.3.2. Análisis descriptivo y comparativo en el Índice de Discapacidad Percibida entre los subgrupos de pacientes clínicos: quirúrgico, en rehabilitación y supervivientes.....	210
5.1.4.- Valoración subjetiva de la Calidad de Vida.	213
5.1.4.1. Análisis descriptivo y comparativo de la valoración subjetiva de la calidad de vida entre los grupos clínico y control.	213
5.1.4.2. Análisis descriptivo y comparativo de la valoración subjetiva de la calidad de vida entre los subgrupos de pacientes clínicos: quirúrgico, en rehabilitación y supervivientes.	215
5.2.- RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS MEDIDAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE LA ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA (HADS).	216

5.2.1. Análisis descriptivo y comparativo de las alteraciones depresivas y de ansiedad entre los grupos clínico y control.....	217
5.2.2. Análisis descriptivo y comparativo de las alteraciones depresivas y de ansiedad entre los subgrupos de pacientes clínicos: quirúrgico, en rehabilitación y supervivientes.	218
5.3.- RESULTADOS OBTENIDOS EN EL ESTUDIO DE LA SINTOMATOLOGÍA DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (IES-R).	221
5.3.1. Análisis descriptivo y comparativo de la sintomatología de estrés posttraumático entre los grupos clínico y control.	222
5.3.2. Análisis descriptivo y comparativo de la sintomatología de estrés posttraumático entre los subgrupos de pacientes clínicos: quirúrgico, en rehabilitación y supervivientes.	224
5.4.- RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS DIMENSIONES DE PERSONALIDAD DEL EPQ-A.	226
5.4.1. Análisis descriptivo y comparativo de las dimensiones de personalidad entre los grupos clínico y control.	228
5.4.2. Análisis descriptivo y comparativo de las dimensiones de personalidad entre los subgrupos de pacientes clínicos: quirúrgico, en rehabilitación y supervivientes.	230
5.5.- RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL MINI-MAC.	232
5.5.1. Análisis descriptivo y comparativo de las estrategias de afrontamiento entre los grupos clínico y control.	233

5.5.2. Análisis descriptivo y comparativo de las estrategias de afrontamiento entre los subgrupos de pacientes clínicos: quirúrgico, en rehabilitación y supervivientes.	238
5.6. RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y DIMENSIONES DE PERSONALIDAD.	242
5.7.- RELACIONES ENTRE LAS DISTINTAS ALTERACIONES EMOCIONALES EN EL GRUPO DE PACIENTES LARINGUECTOMIZADOS.	244
5.8.- ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE DIMENSIONES DE PERSONALIDAD Y ALTERACIONES EMOCIONALES.	247
5.9.- ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y ALTERACIONES EMOCIONALES.	251
5.10.- ANÁLISIS DISCRIMINANTE DE LAS DIMENSIONES DE PERSONALIDAD Y LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN CADA UNA DE LAS ALTERACIONES EMOCIONALES.	254
6.- DISCUSIÓN	259
7.- CONCLUSIONES	299
8.- BIBLIOGRAFÍA	307
9.- ANEXOS	337
ANEXO I HOJA DE INFORMACIÓN.....	339
ANEXO II HADS.....	349
ANEXO III IES-R.....	355
ANEXO IV EPQ-A.....	359
ANEXO V MINI-MAC.....	365

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Descripción de las ubicaciones tumorales.....	51
Tabla 2: Clasificación TNM: Ubicación tumoral (T).....	52/53
Tabla 3: Clasificación TNM: Extensión de las metástasis linfáticas existentes (N).....	53
Tabla 4: Clasificación TNM: Existencia de metástasis a distancia (M).....	53
Tabla 5: Clasificación TNM: Descripción del estadíaje tumoral.....	54
Tabla 6: Descripción de la sintomatología observable en función de la ubicación tumoral.	55
Tabla 7: Descripción de las técnicas quirúrgicas empleadas en función de la ubicación y estadio tumoral.	62
Tabla 8: Descripción de las secuelas físicas y funcionales consecuentes a la cirugía contra el cáncer de laringe.	65
Tabla 9: Datos de fiabilidad del IES-R aportados por diferentes estudios.	170
Tabla 10: Datos de fiabilidad del IES-R obtenidos en el estudio psicométrico realizado con muestra española.....	171
Tabla 11: Datos de fiabilidad test- retest del EPQ-A aportados por diferentes estudios.	174
Tabla 12: Datos de consistencia interna del EPQ-A.	174
Tabla 13: Datos sobre consistencia interna del Mini-MAC aportados por diferentes estudios.....	178

Tabla 14: Comparación de los datos sociodemográficos de los grupos clínico y control.194/195

Tabla 15: Comparación de los datos sociodemográficos de los subgrupos clínicos: quirúrgicos, en rehabilitación y superviviente.....198/199

Tabla 15.a: Análisis post-hoc de la variable "reside en".199

Tabla 16: Análisis descriptivo y comparativo del "estado de salud general" de los grupos clínico y control.....201/202

Tabla 17: Análisis descriptivo y comparativo del "estado de salud general" de los subgrupos clínicos: quirúrgico, en rehabilitación y superviviente.....204/205

Tabla 17.a: Análisis post-hoc de las variables que presentan diferencias estadísticamente significativas en "historia de salud general".....206

Tabla 18: Estudio de fiabilidad del Índice de Discapacidad Percibida de Sheehan en la muestra de estudio.....207

Tabla 18.a: Estudio de fiabilidad del Índice de Discapacidad Percibida de Sheehan en función de los grupos muestrales.....207

Tabla 19: Análisis descriptivo y comparativo del Índice de Discapacidad Percibida de Sheehan en los grupos clínico y control.....208/209

Tabla 20: Análisis descriptivo y comparativo del Índice de Discapacidad Percibida de Sheehan en los subgrupos oncológicos: quirúrgico, rehabilitación y supervivientes..210/211

Tabla 20.a: Análisis post- hoc de las variables que presentan diferencias estadísticamente significativas del Índice de Discapacidad Percibida de Sheehan.212/213

Tabla 21: Análisis descriptivo y comparativo de la calidad de vida de los grupos clínico y control.....	214
Tabla 22: Análisis descriptivo y comparativo de la calidad de vida de los subgrupos quirúrgico, en rehabilitación y supervivientes.....	215
Tabla 22.a: Análisis post-hoc de las variables que presentan diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la calidad de vida.....	216
Tabla 23: Estudio de fiabilidad de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en la muestra de estudio.....	217
Tabla 23.a: Estudio de fiabilidad del HADS en función de los grupos muestrales.	217
Tabla 24: Puntuaciones medias del HADS obtenidas en los grupos clínico y control.....	219
Tabla 25: Identificación de casos de depresión y ansiedad en los grupos clínico y control.....	218
Tabla 26: Puntuaciones medias de las subescalas de depresión y ansiedad en los subgrupos clínicos: quirúrgico, en rehabilitación y supervivientes.....	219
Tabla 26.a: Análisis post-hoc de las diferencias estadísticamente significativas obtenidas en la escala HADS.	220
Tabla 27: Identificación de casos de depresión y ansiedad en los subgrupos clínicos: quirúrgicos, en rehabilitación y supervivientes.....	220
Tabla 27.a: Análisis post-hoc de las diferencias estadísticamente significativas obtenidas en la identificación de “casos” de depresión y ansiedad.	221

Tabla 28: Estudio de fiabilidad de la escala IES-R en la muestra de estudio.	222
Tabla 28.a: Estudio de fiabilidad de la escala IES-R en función de los grupos muestrales.	222
Tabla 29: Distribución de sujetos que componen los grupos muestrales, en función de los síntomas de TEP en los que cumplen criterios.	223
Tabla 30: Identificación de casos de TEP en los grupos clínico y control.	224
Tabla 31: Distribución de sujetos que componen los subgrupos clínicos, en función de los síntomas de TEP en los que cumplen criterios.....	224
Tabla 31.a: Análisis post-hoc de las diferencias estadísticamente significativas obtenidas en los síntomas que cumplen criterios de TEP en los subgrupos clínicos.	225
Tabla 32: Identificación de casos de TEP en los subgrupos clínicos.	225
Tabla 32.a: Análisis post-hoc de las diferencias estadísticamente significativas obtenidas en la identificación de casos de TEP en los subgrupos clínicos.	226
Tabla 33: Estudio de fiabilidad del EPQ-A en la muestra de estudio.	227
Tabla 33.a: Estudio de fiabilidad del EPQ-A en función de los grupos muestrales.	227
Tabla 34: Puntuaciones medias en las dimensiones de personalidad en los grupos clínico y control.	228
Tabla 35: Análisis descriptivo y comparativo de las dimensiones de personalidad categorizadas en nivel bajo, medio y alto de los grupos clínico y control.	229

Tabla 36: Estudio descriptivo de las características de personalidad propias de los subgrupos clínicos.....	230
Tabla 36.a: Análisis post-hoc de las diferencias estadísticamente significativas obtenidas en la variable “neuroticismo” en los subgrupos clínicos.	231
Tabla 37: Análisis descriptivo y comparativo de las dimensiones de personalidad categorizadas en nivel bajo, medio y alto de los subgrupos clínicos: quirúrgico, en rehabilitación y supervivientes.	231/232
Tabla 38: Estudio de fiabilidad del Mini- MAC en la muestra de estudio.....	232
Tabla 38.a: Estudio de fiabilidad del Mini-Mac en función de los grupos muestrales.	233
Tabla 39: Puntuaciones medias y análisis comparativo de los grupos clínico y control en las estrategias de afrontamiento incluidas en el Mini- MAC.	234
Tabla 40: Análisis descriptivo y comparativo de las estrategias de afrontamiento categorizadas en nivel bajo, medio y alto en los grupos clínico y control.	235
Tabla 41: Análisis descriptivo y comparativo de la frecuencia de utilización de las estrategias de afrontamiento en los grupos clínico y control.	236/237
Tabla 42: Número de estrategias de afrontamiento utilizadas con elevada frecuencia en los grupos clínico y control.	238
Tabla 43: Puntuaciones medias y análisis comparativo de los subgrupos clínicos en las estrategias de afrontamiento incluidas en el Mini- MAC.	239

Tabla 43.a: Análisis post-hoc de las diferencias estadísticamente significativas obtenidas en la variable "preocupación ansiosa".239

Tabla 44: Análisis descriptivo y comparativo de las estrategias de afrontamiento categorizadas en nivel bajo, medio y alto en los subgrupos clínicos: quirúrgico, en rehabilitación y supervivientes.239/240

Tabla 44.a: Análisis post-hoc de las diferencias estadísticamente significativas obtenidas en la variable "preocupación ansiosa".240

Tabla 45: Análisis descriptivo y comparativo de la frecuencia de utilización de las estrategias de afrontamiento en los subgrupos clínicos: quirúrgico, en rehabilitación y supervivientes.241

Tabla 45.a: Análisis post-hoc de las diferencias estadísticamente significativas obtenidas en la variable "evitación cognitiva".241

Tabla 46: Número de estrategias de afrontamiento utilizadas con elevada frecuencia en los subgrupos clínicos: quirúrgico, en rehabilitación y supervivientes.242

Tabla 47: Estudio de correlaciones entre las estrategias de afrontamiento y las dimensiones de personalidad en el grupo clínico.243

Tabla 48: Análisis de regresión entre las dimensiones de personalidad y las distintas estrategias de afrontamiento en el grupo clínico.249

Tabla 49. Estudio de correlaciones entre las medidas de Depresión, Ansiedad y TEP en el grupo clínico.245

Tabla 50: Estudio de correlaciones para el análisis factorial de las medidas de la alteración emocional presentadas por los pacientes del grupo clínico.246

 Tabla 50.a: Matriz de componentes propuesta como resultado del análisis factorial realizado.246

Tabla 51: Identificación de los sujetos laringectomizados que presentan algún tipo de sintomatología psicopatológica. 247

Tabla 52: Análisis de la comorbilidad que se da entre la sintomatología observada en el grupo clínico.247

Tabla 53: Estudio de correlaciones entre las dimensiones de personalidad y la sintomatología ansiosa, depresiva y de estrés postraumático medida en el grupo clínico.248

Tabla 54: Estudio de correlaciones entre los criterios diagnósticos del TEP y la estructura de personalidad propia de los pacientes laringectomizados.249

Tabla 55: Estudio de correlaciones entre las dimensiones de personalidad y la sintomatología ansiosa, depresiva y de TEP en el grupo control.250

Tabla 56: Estudio de correlaciones entre los criterios diagnósticos del TEP y la estructura de personalidad propia del grupo control.250

Tabla 57: Estudio de correlaciones entre las estrategias de afrontamiento medidas y las puntuaciones en Depresión, Ansiedad y TEP en el grupo clínico.251

Tabla 58: Estudio de correlaciones entre las estrategias de afrontamiento medidas y los síntomas de Intrusión, Evitación y Arousal del TEP en el grupo clínico.252

Tabla 59: Estudio de correlaciones entre las estrategias de afrontamiento medidas y las puntuaciones en Depresión, Ansiedad y TEP en el grupo control.	253
Tabla 60: Estudio de correlaciones entre las estrategias de afrontamiento medidas y los síntomas de Intrusión, Evitación y Arousal del TEP grupo control.	254
Tabla 61: Análisis discriminante para la predicción de la sintomatología depresiva en el grupo clínico.	255
Tabla 61.a: Función discriminante canónica para la sintomatología depresiva en el grupo clínico.	255
Tabla 61.b: Resultados de clasificación para la sintomatología depresiva en el grupo clínico.	255
Tabla 62: Análisis discriminante para la predicción de la sintomatología ansiosa en el grupo clínico.	256
Tabla 62.a: Función discriminante canónica para la sintomatología ansiosa en el grupo clínico.	256
Tabla 62.b: Resultados de clasificación para la sintomatología ansiosa en el grupo clínico.	256
Tabla 63: Análisis discriminante para la predicción de la sintomatología postraumática en el grupo clínico.	257
Tabla 63.a: Función discriminante canónica para la sintomatología postraumática en el grupo clínico.	257
Tabla 63.b: Resultados de clasificación para la sintomatología postraumática en el grupo clínico.	257
Tabla 64: Análisis discriminante para la predicción de la sintomatología afectiva en el grupo clínico.	258
Tabla 64.a: Función discriminante canónica para la sintomatología afectiva en el grupo clínico.	258

Tabla 64.b: Resultados de clasificación para la
sintomatología afectiva en el grupo clínico.258

1.- JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

Hoy en día, el cáncer sigue despertando en nuestro entorno numerosos temores y preocupaciones relacionadas con el dolor, el sufrimiento y la muerte (1-6). Esta situación es consecuencia de la imagen que históricamente (1, 3, 7) se ha transmitido de la enfermedad y ante la cual los grandes esfuerzos institucionales y sociales que se están realizando en la actualidad, para acercar a la sociedad los aspectos más esperanzadores de los avances terapéuticos que se están logrando contra esta enfermedad, obtienen pocos resultados (2, 5). Además, el prejuicio social que existe en relación con el cáncer, no siempre está basado en un conocimiento objetivo de esta enfermedad. De hecho, muchas de las reacciones o actitudes hacia la enfermedad oncológica que se pueden observar en la sociedad, se producen de forma independiente al conocimiento científico o a la experiencia objetiva que se haya podido tener con ella. De este modo, la vivencia que un individuo pueda tener con el cáncer difícilmente será realmente novedosa, puesto que se verá influida por las experiencias que hayan tenido o tienen quienes le rodean con la enfermedad, que

condicionarán e incluso podrán llegar a determinar la valoración que realice el sujeto de su propia situación (6-8).

El papel e influencia de esta información eminentemente subjetiva, muchas veces poco contrastada y por tanto pobremente ajustada a la realidad es uno de los principales peligros a los que se enfrenta el paciente diagnosticado de cáncer. Esto es, socialmente se ha establecido la asociación entre la enfermedad oncológica per se y el sufrimiento (1, 3), sin tener en cuenta ni la gran variabilidad de diagnósticos, tratamientos, consecuencias, evoluciones y pronósticos posibles por un lado, ni la gran diversidad personal que se observa entre los pacientes y sus propias fortalezas y vulnerabilidades, por otro. Puesto que dichos aspectos llevan a que al final, cada enfermo oncológico sea único y no pueda ni deba ser comparado con ningún otro por mucho que padezcan el mismo tipo de tumor o la misma ubicación.

Así, el paciente particular y concreto que recibe un diagnóstico de cáncer debe realizar una valoración de su situación personal en la que se conjugan la información que le da el profesional que le atiende, con aquellas que ha recibido o recibe de su entorno socio- familiar. De esta forma, llegará a una conclusión en la que decidirá, por un lado, el grado de

perjuicio, amenaza y/o peligro que le reporta la situación de enfermedad; y, por otro lado, si hay algo que pueda hacer para mejorar su situación y su capacidad de control personal (8). La conclusión a la que llegue puede llevar al paciente a una situación de desestabilización emocional cuya intensidad será proporcional al peligro percibido. Dicho estado es al que en este apartado se alude como "impacto psicológico de la enfermedad".

Sin embargo, a la hora de considerar el poder del cáncer para alterar el estado afectivo de los pacientes, debemos tener en cuenta, de nuevo, las particularidades que le caracterizan y que llevan a no poder valorarlo como un impacto único y global (3, 4, 9-14). De este modo, podríamos considerar el cáncer como un conjunto de intensos estresores individuales que se integran en una experiencia vital que posee gran potencial traumático, puesto que el miedo al sufrimiento y el riesgo para la supervivencia, son experiencias generalizables a toda la población (8). Así pues, el cáncer es una enfermedad que irrumpe en la vida del paciente de forma súbita poniendo en peligro de forma severa su integridad física, puesto que es una enfermedad grave e irreversible, con carácter crónico y puesto que se origina dentro del propio cuerpo; por lo que se percibe como impredecible e incontrolable (1, 3, 6, 11-14). Esta

situación lleva al paciente a encontrarse en una situación amenazante que se extiende a lo largo del tiempo de forma indeterminada y cuyo final es cuanto menos incierto (3, 9-14). Esta experiencia requerirá, por ello, que el paciente realice distintos esfuerzos por adaptarse y sobreponerse tanto a su enfermedad como a sus propias vulnerabilidades (8).

Igualmente, la irrupción del cáncer y sus tratamientos en la vida del paciente, suelen provocar un replanteamiento de su situación, de sus motivaciones y objetivos vitales que pueden concluir bien con una readaptación de la situación vital del sujeto o bien con una gran variabilidad de problemas psicológicos (6, 15-19). Por tanto, la enfermedad oncológica supone una ruptura con la trayectoria personal del sujeto en la que, a pesar de que acabará integrándose en su historia personal, las motivaciones, prioridades y creencias en las que se base su vida tendrán un peso realmente determinante a la hora de valorar la intensidad del impacto que le supone la enfermedad (8).

En este sentido, e independientemente del poder desestabilizador que, como se viene defendiendo, tienen el cáncer y sus tratamientos sea algo que se deba considerar de forma particular y específica para cada sujeto, en la bibliografía

se destacan algunos factores, tanto psicológicos como médicos, que parecen influir de forma más o menos determinante en la respuesta de los sujetos al cáncer (10, 12, 13, 16, 20-22). Así, los aspectos subjetivos o de tipo psicológico que más se citan en la bibliografía consultada, aunque obviamente no sean los únicos, hacen alusión a características como el momento evolutivo en el que se encuentra el paciente al recibir el diagnóstico, el sexo, el nivel socio-económico, la existencia de fuentes de estrés simultáneas a la enfermedad y sus tratamientos en la vida del paciente, el apoyo social del que se disponga o los rasgos de personalidad y afrontamiento propios del sujeto. Sin embargo, la respuesta dada por el sujeto a su enfermedad también vendrá determinada por factores más objetivos de tipo médico, eminentemente, entre los que se destacan aspectos como el estadio y pronóstico de la enfermedad, los tipos de tratamiento que precise el paciente y las secuelas que estos puedan dejar, la posibilidad de reconstrucción y/o rehabilitación y por supuesto la historia de salud física y/o mental previa a la enfermedad oncológica (10, 12, 13, 16, 20, 22). De entre todos estos factores, la ubicación tumoral juega un papel especialmente relevante, puesto que implica problemas concretos en cuanto a la afectación funcional

y estética del paciente como consecuencia de los tratamientos (6).

En función de la conjunción de dichos aspectos tanto objetivos como subjetivos se generará la vivencia de amenaza producida por el cáncer en cada sujeto y consecuentemente se podrá determinar la intensidad del impacto que tiene para cada enfrentar cada momento de la enfermedad oncológica. En el caso concreto de los pacientes laringectomizados, habrá que considerar de forma particular la trascendencia emocional que suscita dicho tratamiento, debido a la desfiguración física y las repercusiones socio-familiares que suponen las pérdidas funcionales que padecen (16-19).

Una vez descritas las características generales que hacen del cáncer una vivencia tan traumática, nos planteamos analizar el proceso y tipo de respuesta que los pacientes dan a esta experiencia vital estresante. En este sentido, consideramos relevante destacar que la mayoría de las fuentes consultadas analizan la respuesta del paciente desde la patología y la anormalidad (1) y son muy pocos los estudios que describen el cáncer como una posibilidad de crecimiento personal (23, 24). Por tanto, la casi totalidad de la bibliografía consultada al respecto defienden que las reacciones emocionales de los

pacientes oncológicos que se observan con más frecuencia, suelen ser el miedo, el estrés, la desesperanza y la pérdida de control sobre sí mismo y sobre la evolución de la enfermedad independientemente del momento en el que se estudien (3, 10, 12, 13, 18, 25-30). A priori, estas respuestas no son consideradas como patológicas, puesto que se pueden considerar una reacción normal ante el choque que supone el diagnóstico, si bien estas respuestas emocionales irán evolucionando con la enfermedad y será entonces cuando dichas respuestas emocionales puedan ir volviéndose patológicas o, por el contrario, dando pie a un proceso de adaptación saludable a la enfermedad y sus tratamientos. Dicho proceso de respuesta a la enfermedad neoplásica y sus requerimientos terapéuticos, se verá mediatizado por diferentes aspectos que, al igual que se presentaba con anterioridad, podrán ser de tipo objetivo o médico como los matices o particularidades que tenga el proceso de tratamiento y recuperación; o más subjetivos, como los rasgos de personalidad y las estrategias de afrontamiento propias de quien la padece, aspectos ambos objeto de este trabajo.

2.- MARCO TEÓRICO

2.1.- ASPECTOS OBJETIVOS QUE INFLUYEN EN LA ADAPTACIÓN PSICOLÓGICA A LA LARINGUECTOMÍA RADICAL. EL CÁNCER DE LARINGE Y SUS TRATAMIENTOS

2.1.1.- EL CÁNCER

El cáncer es sin duda, desde un punto de vista sanitario, uno de los mayores problemas por resolver en el mundo hoy en día, debido a su incidencia y a la elevada tasa de mortalidad que aún presenta. En las últimas décadas, la enfermedad neoplásica presenta una tasa global de mortalidad de 160 decesos por cada cien mil; siendo la patología cardiovascular la única que causa más decesos anuales en nuestro país (31, 32). Sin embargo, desde el año 2005, la enfermedad neoplásica es la primera causa de muerte en hombres y se mantiene en un segundo lugar en las mujeres (32).

En términos absolutos, durante el año 2000, el cáncer causa en España 91.623 muertes, lo que supuso un 25´6% de los decesos ocurridos durante dicho año (31). Seis años después, los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) informan que el cáncer sigue siendo la

principal causa de muerte en España. No obstante, también se aprecian ciertas mejoras en las tendencias de mortalidad e incidencia para algunos tipos de tumores, que llevan a confirmar que tanto las actuaciones preventivas que se están desarrollando como los avances en los tratamientos están siendo efectivos (32).

Por tanto, en el año 2006 se produjeron más de 98.000 decesos por enfermedades neoplásicas en España, de los cuales 61.000 fueron hombres y 37.000 mujeres, es decir, tres de cada mil hombres y dos de cada mil mujeres murieron por cáncer (32).

No obstante, si se analiza la evolución la mortalidad por cáncer en la década 1997-2006, se pueden observar importantes cambios que apoyan los logros terapéuticos que se van alcanzando (32). Así, los avances científicos que se están logrando desde el ámbito bio- sanitario tanto en el conocimiento y comprensión de los procesos oncológicos, como en la mejora de los tratamientos tanto curativos como paliativos de estas enfermedades, están facilitando un mejor control de los síntomas y del pronóstico de este tipo de cuadros.

Sin embargo, la realidad es que el cáncer sigue manteniendo una alta tasa de mortalidad y generando mucho sufrimiento físico y emocional tanto en el paciente que lo padece como en su entorno familiar. Tanto es así que, desde un punto de vista social, la propia palabra "cáncer", aún alude más a una garantía de sufrimiento, mutilación y muerte que a una enfermedad concreta y particular. Esta discrepancia entre la realidad objetiva de los logros científicos, su aplicación a la

terapéutica de las patologías oncológicas y la visión social de este grupo de enfermedades se debe en muchas ocasiones a la distorsión de la información que recibe la sociedad y que lleva a que el conocimiento que éstos tienen de esta patología se fundamente más en experiencias propias o de seres próximos que han padecido un cáncer.

Una de las distorsiones que con mayor frecuencia podemos encontrar en el discurso de los pacientes y sus familiares es que en aquellos casos que hablan de estos cuadros, suelen comentar que "tiene un cáncer" incluyendo la patología concreta de dicho individuo dentro del cajón aparentemente desastre de la enfermedad oncológica. Y nada más lejos de la realidad, puesto que el cáncer no hace alusión a una única enfermedad, sino que este concepto implica a un amplísimo conjunto de enfermedades diferentes, con evoluciones, tratamientos y pronósticos muy variables.

No obstante, sí que es cierto que la definición de la patología oncológica desde un punto de vista histológico, tiende a unificar a todas estas patologías. De hecho si entendemos el cáncer como *"Una alteración celular caracterizada por la acumulación progresiva de una masa de células como resultado de una reproducción celular excesiva no compensada por una pérdida celular adecuada; estas células invaden y lesionan progresivamente los tejidos y los órganos del hospedador"* (33). Sin embargo, las particularidades de cada una de las posibles enfermedades oncológicas vienen dadas, entre otras características, tanto por el órgano en el que se origina, por el tipo de tumoración resultante, por el momento de evolución de

la enfermedad en que ésta sea detectada y por el estado general del paciente.

Así, son muchos los determinantes de la evolución de la enfermedad oncológica que llevan a cada caso a ser único, por mucho que a nivel celular la patología oncológica no deje de producirse tanto por la anomalía genética que caracteriza a las células tumorales como por la incapacidad del órgano donde se encuentran para detectarlas y destruirlas (33).

Otro de los aspectos que hacen de la enfermedad oncológica un proceso tan temido se debe al hecho de la dificultad intrínseca y derivada de todo lo comentado hasta el momento, que supone considerar su curación. Es decir, el cáncer es una patología que no se puede considerar curada cuando desaparece la sintomatología que se padecía y que en ocasiones puede llegar a dejar secuelas más limitantes que los propios síntomas. De este modo, el concepto de curación en oncología solo se puede aplicar a aquellos pacientes que padecían un cáncer en una ubicación concreta y que tras la cumplimentación de un proceso terapéutico dejan de tenerlo, por lo que su expectativa de vida vuelve a igualarse a la de su grupo demográfico de referencia en función de su sexo y edad (33). Sin embargo, esto no implica que finalmente el paciente no vuelva a padecer e incluso fallezca a causa de la misma patología. Habitualmente, se considera que tras la desaparición de la patología oncológica inicial, se deben esperar un mínimo de 5 años para considerar que un paciente "se ha curado" de su proceso de enfermedad. Dicho lapso temporal, obtenido a través de numerosos estudios epidemiológicos, es suficiente para que las posibles complicaciones o recidivas tumorales aparezcan

(33). De este modo y aunque el paciente oncológico, una vez superada su patología inicial deba seguir un plan de revisiones frecuentes, serán los 5 primeros años, el período de mayor vulnerabilidad; esto no quiere decir que se esté libre de recurrencias por ello hoy en día se tiende a hablar de “períodos libres de enfermedad”.

2.1.1.a.- EL CÁNCER EN ESPAÑA

Al comparar la incidencia de las distintas enfermedades oncológicas en nuestro país en comparación con las que se observan en el resto de países de la Unión Europea, podríamos considerar que, en líneas generales, nos encontramos en una situación intermedia. Sin embargo, hay algunas ubicaciones tumorales, como son el cáncer de laringe o el de vejiga en los hombres, en las que España presenta una de las tasas de incidencia más altas de toda Europa. Por otro lado, tanto la tasa de incidencia como la de mortalidad por enfermedad oncológica en mujeres, son de las más bajas de la Comunidad Europea (31).

Por tanto, se observa como a la vez que se van obteniendo resultados más concluyentes sobre la etiología, evolución y pronóstico de las diversas neoplasias existentes en las distintas ubicaciones posibles, las opciones terapéuticas van también ajustando sus resultados favoreciendo no solo una mayor supervivencia de los pacientes, sino también una mejor calidad de vida de éstos. No obstante, no se debe olvidar que no sólo la

vulnerabilidad u otros aspectos físicos inciden en la aparición del cáncer, sino que ésta también se ve muy influenciada por determinados hábitos o estilos de vida, así como exposiciones a diferentes sustancias cancerígenas. Esto conlleva que, a medida que las sociedades van evolucionando, la probabilidad de padecer determinadas neoplasias va cambiando. De este modo, tumores que han sido muy frecuentes, como el cáncer de estómago, cada vez presenta una menor incidencia mientras que otros que eran muy poco habituales, como el cáncer de piel o el de laringe en las mujeres, se producen con más (32).

Consecuentemente, la tasa de mortalidad en varones por enfermedades oncológicas, viene siendo generada en los últimos tiempos por tumores de pulmón, próstata, vejiga, colorrectal y de estómago (32), mientras que en el caso de la mujeres fueron los cánceres de mama, colorrectal, estómago y cuerpo uterino. No obstante y a pesar de que las ubicaciones anteriormente citadas fueron las más frecuentes, no debemos olvidar que, en términos absolutos, se viene observando un descenso de los decesos por cáncer (32).

2.1.2.- EL CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

De todas las neoplasias diagnosticadas, el 3% son cánceres de cabeza y cuello. Una de las particularidades de este tipo de enfermedades es que bajo esta clasificación se integran una gran variedad de ubicaciones posibles, como son: la cavidad oral, la orofaringe, la hipofaringe, la laringe, la nasofaringe, los senos paranasales y/o la cavidad nasal, la glándula tiroidea y las glándulas salivares. Cada una de estas localizaciones le confiere

a la patología oncológica una serie de particularidades tanto en relación con la histología tumoral como con la tendencia a extenderse y generar metástasis. De este modo, la mayoría de los tumores primarios de cabeza y cuello suelen extenderse de forma locorregional, es decir, invadiendo tejidos y estructuras anatómicas próximas y por tanto, es frecuente encontrar metástasis en los ganglios linfáticos. Sin embargo, las metástasis en otros órganos o a distancia no son tan habituales, aunque si existen son, inequívocamente, un indicio de gravedad de la patología (34).

El pronóstico de este tipo de afecciones oncológicas es muy incierto, puesto que la complejidad ósea y anatómica de la zona de cabeza y cuello, facilita la aparición de tumores muy agresivos y difíciles de localizar. No obstante, los principales aspectos que van a determinar el pronóstico de estos pacientes son la localización de la tumoración, el tamaño, la extensión que ocupe el tumor principal, si existen metástasis el hecho de que sean a distancia o locorregionales, la diferenciación histológica del tumor, el haber padecido algún tumor de cabeza y cuello con anterioridad, y la exposición a sustancias carcinógenas. Esta gran variabilidad clínica, lleva a poder observar diversas presentaciones sintomatológicas y progresiones de la enfermedad, hecho que avala la necesidad de un gran arsenal de recursos terapéuticos para combatir este tipo de patologías (34).

En relación con las opciones terapéuticas de estas patologías neoplásicas, cabría destacar que entre los principales aspectos a considerar el estadio en el que se encuentra el tumor, por un lado y por otro, la accesibilidad, la localización del

tumor, el grado de diferenciación y el estado general en el que se encuentre el paciente, los que determinen que recurso terapéutico emplear. De este modo, aquellos tumores que se encuentren en estadios iniciales, pueden ser abordados tanto quirúrgicamente como con tratamiento radioterápico, que permiten la conservación funcional del órgano (34).

Sin embargo, cuando la neoplasia primaria se encuentra en un estadio más avanzado, habitualmente se combinan la radioterapia con la cirugía en su abordaje. Si bien, en aquellos casos en los que la cirugía no es posible, se puede emplear tanto la radioterapia en dosis altas como en combinación con la quimioterapia (34). No obstante, las decisiones sobre como plantear dichos tratamientos, serán tomadas de forma individualizada en función del tipo de tumor, su ubicación y el estado del paciente. De esta forma se decidirá si la radioterapia debe ser pre o postquirúrgica o si la quimioterapia es pertinente.

2.1.3.- LA LARINGE Y SUS AFECCIONES ONCOLÓGICAS

Desde un punto de vista anatómico, la laringe es la estructura situada en la parte anterior y media del cuello (35) por delante de la hipofaringe y la entrada al esófago. Por encima

de la laringe encontramos el vestíbulo laríngeo y la faringe; por debajo la continúa la tráquea. Está formada por cartílagos, ligamentos y musculatura estriada que la hacen flexible al tiempo que rígida y le confieren la movilidad necesaria para poder realizar adecuadamente todas sus funciones. La irrigación sanguínea la recibe a través de tres arterias, la laríngea superior, inferior y posterior, que discurren a ambos lados de dicho órgano de forma bilateral. El drenaje venoso lo realiza a través de las venas laríngeas superiores e inferiores que llegan hasta las venas tiroideas superiores y las venas laríngeas posteriores que desembocan en la tiroidea inferior. La inervación nerviosa que recibe la laringe es tanto motora, sensitiva como simpática (35). Para finalizar, la distribución de las glándulas linfáticas a lo largo de la laringe es bastante desigual e irregular, de esta forma, son abundantes en la región supraglótica y subglótica, pero muy escasos en la glotis (36).

La laringe está formada por tres regiones anatómicas bien diferenciadas, que son (34-37):

-Región supraglótica: Se encuentra por encima de las cuerdas vocales. En su interior incluye otras estructuras anatómicas como son la epiglotis, las bandas ventriculares (cuerdas vocales falsas o superiores), los ventrículos de Morgani, repliegues aritenoepiglótico y relieves aritenoides.

-Región glótica: Está limitada entre el suelo de los ventrículos y borde inferior del cartílago tiroideos. Incluye las cuerdas vocales (ligamento tiroaritenideo inferior y músculos tiroaritenoides) y las comisuras anterior y posterior.

-Región subglótica: Se ubica debajo de las cuerdas vocales y su límite inferior se encuentra en el primer anillo traqueal.

2.1.3.a.- LA IMPORTANCIA DE LA LARINGE: ASPECTOS FUNCIONALES

Desde un punto de vista anatómico, los sistemas digestivos y respiratorio comparten trayecto a través de la faringe, en lo que se conoce como el tracto aerodigestivo. Sin embargo, a la altura de la laringe ya se produce la diferenciación entre ambos, siendo la laringe el primer órgano específico del sistema respiratorio (35).

Por tanto, la ubicación de la laringe le confiere las tres principales funciones que tiene, la respiratoria, la deglutoria (digestiva) y la fonatoria. Sin embargo, no se debe obviar la función esfinteriana que realiza, permitiendo que los sistemas digestivos y respiratorios actúen de forma independiente.

En cuanto a la función respiratoria, la laringe mantiene permeable la vía laríngea, evitando que la saliva y los alimentos penetren en ella. En condiciones de respiración normal apenas hay movimientos de la laringe y las cuerdas vocales (35, 37).

Por otro lado, la función esfinteriana durante la deglución es clave, puesto que, como se comentaba anteriormente, el aire respirado y los alimentos comparten el mismo conducto. Por lo que la laringe ha de cerrarse de forma refleja para evitar que los alimentos entren en la vía respiratoria. Por tanto, el proceso de deglución implica mucha actividad laríngea (35, 37).

Cuando la laringe no protege adecuadamente la vía respiratoria de la digestiva y entra alguna sustancia en ésta irritándola, la laringe cuenta con el mecanismo defensivo de la tos que le permite limpiar la vía respiratoria.

Por otro lado, la laringe también es el órgano responsable de la producción vocal, si bien el mecanismo que emplea para llevar a cabo esta función, es aparentemente contrario al de la respiración. Es decir, para permitir el paso del aire durante las fases de inspiración- espiración, las cuerdas vocales o aritenoides deben estar abiertas. Sin embargo y puesto que la voz se produce por la vibración de dichas estructuras anatómicas con las paredes de la laringe, al pasar el aire proveniente de los pulmones, mientras ésta se encuentra cerrada, las cuerdas deberán encontrarse unidas para asegurar el resultado vocal (35, 37).

Además de todo lo comentado y como consecuencia de su función esfinteriana, la laringe también actúa como soporte para mantener las presiones tanto del tórax como del abdomen, cuando se somete al cuerpo a determinados esfuerzos como los partos, la defecación, a la hora de elevar pesos, etc.... (35, 37).

2.1.3.b.- EL CÁNCER DE LARINGE

Tras este breve recorrido realizado por la patología oncológica de cabeza y cuello y una vez destacada la relevancia funcional de la laringe, nos centramos en el cáncer de laringe

puesto que es la afección que motiva este trabajo de investigación.

La distinción anatómica de la laringe que se realizó en el apartado anterior, retoma su sentido de cara a entender las implicaciones histológicas, clínicas y pronósticas de las distintas ubicaciones. De este modo, y desde un punto de vista histológico la gran mayoría de los tumores de laringe suelen ser de tipo epidermoide (34, 36-38), por lo que habrá que considerar el grado de diferenciación de éstos, puesto que en función de este aspecto la estrategia terapéutica variará (38). Los carcinomas verrugosos, los adenocarcinomas, los carcinosarcomas y los fibro y condrosarcomas son muy poco frecuentes en el área laríngea (37).

Por otro lado y en función de la localización y extensión del tumor, éstos se clasificaran en cáncer supraglótico, cáncer glótico, cáncer supraglótico y cáncer transglótico, que es aquel que crece inicialmente en la supraglotis o en la subglotis y después se extiende y penetra en territorio glótico o bien en el caso de un tumor inicialmente glótico que al crecer desborda el territorio glótico y afecta al supraglótico, subglótico o a ambos (38). De este modo y como ya hemos comentado anteriormente, los síntomas, la evolución y el pronóstico variarán según el origen del tumor principal (39). En este punto consideramos relevante destacar que las zonas de tránsito de un área de la laringe a otra son las más vulnerables de cara al desarrollo de tumoraciones oncológicas.

En el apartado anterior se comentaba que los tumores de cabeza y cuello tienden a desarrollar metástasis locorregionales.

En el caso concreto de las distintas ubicaciones tumorales que se pueden dar en la laringe, encontramos las siguientes vías de difusión (36):

TABLA 1: DESCRIPCIÓN DE LAS UBICACIONES TUMORALES.	
Ubicación tumoral	Áreas hacia las que tienden a extenderse
Tumores supraglóticos	Hacia el espacio preepiglótico, el seno piriforme, espacio retrocricoideo y paraglotis
Tumores glóticos	Espacio de Reinke y hacia las zonas anteriores y posteriores de la glotis. Con menos frecuencia el aritenoides, ventrículo y paraglotis.
Tumores subglóticos	Hacia ambos lados de la laringe y las cuerdas vocales.

En función de la distribución de las glándulas linfáticas, así será la frecuencia con la que aparecerán metástasis de estas áreas. De este modo, los tumores supraglóticos y transglóticos son los que tienen una mayor facilidad para generar metástasis linfáticas bilaterales, mientras que los glóticos y subglóticos lo hacen con una frecuencia muy inferior (36). Por otro lado, las metástasis a distancia son muy raras, pero cuando aparecen las zonas más vulnerables parecen ser el pulmón, el mediastino, el esqueleto y el hígado (36).

A la hora de dar un diagnóstico claro y completo, todos los aspectos comentados deben ser tenidos en cuenta, por lo que, en la actualidad se sigue la clasificación TNM (36, 39). Esta herramienta permite sistematizar la información relacionada con distintas tumoraciones existentes, en un lenguaje común para todos los especialistas de la Oncología, sobre todo en los contextos hospitalarios. Así, se recoge información sobre la extensión del tumor primario (T), la existencia o no de metástasis ganglionares regionales (N) y la presencia o no de metástasis a distancia (M). En consecuencia con esta

clasificación se permite ubicar la patología de un sujeto concreto en un estadio de evolución de la enfermedad que, bajo los parámetros anteriormente descritos, nos orientan tanto del pronóstico de dicho paciente como de los recursos terapéuticos que precisa. En el caso concreto de los cánceres de laringe (a excepción de los tumores de nasofaringe), la clasificación TNM sería (34, 36, 39):

-En cuanto a la localización del tumor (T):

TABLA 2: CLASIFICACIÓN TNM: UBICACIÓN TUMORAL (T)		
LOCALIZACIÓN	CLAVE	SIGNIFICADO
SUBGLOTIS	T1	Limitado a la subglotis
	T2	Se extiende a la glotis pero no afecta la movilidad de las cuerdas
	T3	Tumor limitado a la laringe pero con fijación a una o ambas cuerdas
	T4	Invade más allá de la laringe (Cartílago tiroides, glándula tiroides, cuello, esófago...)
GLOTIS	Tis	Carcinoma in situ
	T1	Limitado a la glotis, motilidad cuerdas conservada
	T1a	Afecta a una cuerda
	T1b	Afecta a ambas cuerdas
	T2	Se extiende a subglotis o espacio supraglótico. Disminuye ligeramente la movilidad de las cuerdas
	T3	Limitado a laringe con fijación en una o ambas cuerdas
	T4	Desborda la laringe y se extiende fuera (cartílago tiroides, tráquea, piel, etc..)
SUPRAGLOTIS	T1	Tumor no muy grande que se limita a esta área de la laringe y respeta la movilidad de las cuerdas
	T2	Afecta a más de un subsitio de la supraglotis o a la glotis y puede afectar la movilidad de las cuerdas
	T3	Tumor limitado a la laringe pero que afecta a la movilidad de una o ambas cuerdas.
	T4	Tumor que invade más allá de la laringe.

-En cuanto a la extensión de las metástasis linfáticas existentes (N):

TABLA 3: CLASIFICACIÓN TNM: EXTENSIÓN DE LAS METÁSTASIS LINFÁTICAS EXISTENTES (N)	
CLAVE	SIGNIFICADO
Nx	Ganglios linfáticos regionales no valorados
N0	No hay ganglios linfáticos regionales afectados/no hay adenopatías palpables
N1	Metástasis en un solo ganglio ipsilateral cuya dimensión es menor a 3centímetros.
N2	Metástasis en un único ganglio ipsilateral mayor de 3 centímetros y menor de 6 centímetros o múltiples ganglios ipsilaterales o contralaterales pero ninguno mayor de 6 centímetros.
N2a	Una ganglio ipsilateral mayor de 3 centímetros y menor de 6 centímetros
N2b	Varios ganglios ipsilaterales menores de 6 centímetros
N2c	Ganglios contralaterales menores de 6 centímetros
N3	Metástasis de un ganglio linfático mayor de 6 centímetros.
N3a	Ganglio homolateral
N3b	Ganglio bilaterales (se clasifican por separado)
N3c	Ganglios contralaterales

-Sobre la existencia de metástasis a distancia (M):

TABLA 4: CLASIFICACIÓN TNM: EXISTENCIA DE METÁSTASIS A DISTANCIA (M)	
CLAVE	SIGNIFICADO
Mx	No evaluable
M0	Ausencia de metástasis
M1	Presencia de metástasis

-El estadiaje tumoral consecuente:

TABLA 5: CLASIFICACIÓN TNM: DESCRIPCIÓN DEL ESTADÍAJE TUMORAL

ESTADÍO	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
II	T2	N0	M0
III	T1-3	N1	M0
	T3	N0	M0
IVA	T4a	N0-2	M0
	T1-3	N2	M0
IVB	Cualquier T	N3	M0
	T4b	Cualquier N	M0
IVC	Cualquier T	Cualquier N	M1

Como comentábamos anteriormente, la clasificación por estadios nos aporta información en relación con la gravedad del cuadro que padece el paciente. A partir del estadio IVa, empezamos a considerar que la enfermedad se encuentra avanzada y a partir del IVb, la tumoración principal ya no suele ser abordable desde la cirugía. El estadio IVc es el que implica una mayor gravedad del cuadro y un peor pronóstico para el paciente, puesto que ya existen metástasis a distancia.

Igualmente, hemos hablado de que las manifestaciones clínicas del cáncer de laringe van a depender de la localización del tumor principal. Así y en líneas generales, esta neoplasia suele diagnosticarse a partir de los siguientes cuadros sintomatológicos (37-39):

TABLA 6: DESCRIPCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA OBSERVABLE EN FUNCIÓN DE LA UBICACIÓN TUMORAL.

LOCALIZACIÓN	INCIDENCIA	SINTOMATOLOGIA	METÁSTASIS
TUMORES SUPRAGLÓTICOS	60% de las localizaciones en áreas mediterránea	<p>*Síntomas precoces: Disfagia, odinofagia, otalgia refleja, parestesias faríngeas, tos irritativa.</p> <p>*Síntomas tardíos: Disfonía, esputos hemoptoicos, disnea, "voz de madera"</p>	40% de aparición de metástasis precoz, que a veces puede ser el primer síntoma → una adenopatía ganglionar dura, indolora, rodadera.
TUMORES GLÓTICOS	En España el 35% de los tumores de laringe	<p>*Síntomas precoces: Disfonía, tos irritativa</p> <p>*Síntomas tardíos: Disnea, disfagia, odinofagia, parestesia, dolor en laringe o irradiado</p>	Poca probabilidad de metástasis ganglionar (2-4%), porque no hay ganglios en las cuerdas vocales.
TUMORES SUBGLÓTICOS	Los más raros (2%)	<p>*Síntomas precoces: No suele tener</p> <p>*Síntomas tardíos: Los primeros síntomas aparecen cuando el tumor es transglótico y ha crecido suficiente como para obstruir la tráquea y causar disnea o para afectar a la cuerda vocal, produciendo disfonía, tos irritativa, esputos hemoptoicos, disnea y/o estridor.</p>	Frecuentes metástasis cervicales (30%) y además son bilaterales y en los ganglios pretraqueales.
TUMORES TRANSGLÓTICOS		<p>*Síntomas iniciales: No tiene</p> <p>*Síntomas tardíos: Los síntomas de consulta son los más tardíos de cualquier localización. Las manifestaciones clínicas consisten en la combinación de disfagia, odinofagia, disfonía y disnea.</p>	Metástasis muy frecuentes y precoces

2.1.3.c.- ETIOPATOGENÍA DEL CÁNCER DE LARINGE

Aunque la investigación sobre las posibles causas del cáncer es un ámbito en el que aún se precisa mucha investigación, en el caso de las neoplasias de laringe se han identificado algunos factores que predisponen a la aparición de dichas tumoraciones.

Quizás sea el consumo de tabaco el hábito que con más frecuencia se encuentre asociado al cáncer de laringe. De hecho en fumadores se observa un riesgo a desarrollar esta patología 10 veces superior que en los no fumadores (40, 41). De todos los componentes que forman un cigarro, es la combustión de los hidrocarburos (benzopireno) la que aparentemente tiene un mayor poder cancerígeno, por tanto los cigarros sin filtro o de tabaco negro serán los que menos protegen las vías laríngeas puesto que propician un mayor contacto de dichas sustancias con los epitelios y mucosas que componen el tracto respiratorio. Sin embargo, este riesgo no solo afecta al fumador, sino que la exposición a estas sustancias también incrementa el riesgo a padecerla, por lo que los denominados "fumadores pasivos" también presentan una elevación del riesgo a padecer un cáncer de laringe (41).

Por tanto, es coherente concluir que el efecto perjudicial del tabaco es proporcional al número de cigarrillos consumidos (37, 38). De hecho, estudios sobre el papel del tabaco en el desarrollo del cáncer de laringe concluyen que se observa un incremento en el riesgo de desarrollar esta patología en sujetos

fumadores de más de 35 cigarrillos al día en comparación con aquellos que fuman menos de 15 (39).

El incremento significativo que se observa del consumo de tabaco en las mujeres, se constituye en una buena justificación de los cambios que se están observando en la incidencia de este tipo de patologías, eminentemente masculinas hasta hace unos años, en mujeres (41).

Pero el efecto cancerígeno del tabaco se ve aun más potenciado en aquellos sujetos que además de estar expuestos al benzopireno, beben alcohol (37-39, 41). Esto se debe a que la inflamación difusa que origina el alcohol en la vía digestiva superior, favorece el potencial cancerígeno del tabaco (38). De hecho, se encuentran datos epidemiológicos en los que se estima que en hombres el consumo diario de más de 30-40g y en mujeres de 20-30g de alcohol, conlleva claros riesgos para la salud (41).

Al igual que la exposición al alcohol y el tabaco predisponen al desarrollo de una tumoración de laringe, aquellos sujetos que en su actividad laboral y/o familiar se exponen a sustancias tóxicas, como es el asbesto, los metales pesados o las radiaciones ionizantes, parecen sufrir también una mayor vulnerabilidad a este tipo de afecciones oncológicas (37, 38, 42).

Para finalizar también se están obteniendo importantes hallazgos sobre la etiopatogenia del cáncer y el papel tanto de los factores genéticos que están asociados a los oncogenes (38), como de aquellos procesos inflamatorios crónicos de las

mucosas que comparten componentes anatomopatológicos con el cáncer de laringe (38) e incluso de algunos virus, como puede ser el del papiloma (VPH) sobre todo los serotipos 16 y 18 (38, 41), las deficiencias alimentarias o la enfermedad por reflujo gastroesofágico (42). Si bien, estos avances en la investigación no consiguen demostrar el papel de estos otros factores con la claridad y certeza que se defiende el efecto del alcohol y el tabaco en el desarrollo del cáncer de laringe.

2.1.3.d.- LA IMPORTANCIA DEL CANCER DE LARINGE. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

A priori, el cáncer de laringe no es la afección oncológica que presente mayores tasas de incidencia en la población, puesto que supone el 6% de las ubicaciones tumoraciones posibles. Sin embargo, la estimación de la incidencia anual del cáncer de laringe en España entre 1997 y 2006 ha sido de 4557 casos, de los cuales 852 fueron mujeres y 3705, fueron hombres (31, 35). Lo que supuso en el año 2006 en nuestro país, 1974 muertes de hombres y 58 de mujeres (32).

Como se puede apreciar y puesto que ya insinuamos con anterioridad, la incidencia del cáncer de laringe aún hoy en día, sigue siendo eminentemente masculina, con una proporción que habitualmente es de 10: 1, si bien en la actualidad esa distancia cada vez se va acortando más y empieza a observarse una disminución de los diagnósticos en hombres y un claro aumento en mujeres (36, 37, 39). El intervalo de edad de mayor vulnerabilidad a la aparición de estas patologías en hombres es

la década comprendida entre los 55 y 65 años, mientras que en el caso de las mujeres parece ser la década anterior, de los 45-55 años, la que presenta una mayor incidencia de diagnósticos de cáncer de laringe (37, 39).

De todos los tumores de cabeza y cuello, el cáncer de laringe es el más frecuente, suponiendo el 28% de todas las neoplasias diagnosticadas en esta área. Desde un punto de vista evolutivo, en el momento del diagnóstico, alrededor del 59% suelen ser tumoraciones localizadas, frente al 31% que suelen estar diseminados y un 10% que presentan metástasis a distancia (39).

El pronóstico de los cánceres de laringe, en comparación con otras ubicaciones tumorales, es bastante favorable en líneas generales, aunque obviamente el estadio en que se encuentre la enfermedad y la existencia de metástasis suelen incidir negativamente en las tasas de supervivencia (39). De todas, las ubicaciones posibles, los tumores glóticos son los que presentan unas mejores tasas de supervivencia, puesto que presentan sintomatología de forma temprana, lo que facilita el diagnóstico precoz de estas afecciones y suelen ser los que presentan, por su ubicación una menor probabilidad de metástasis. Por el contrario, serán los tumores subglóticos y transglóticos los que presentan peores tasas de supervivencia, puesto que al aparecer las manifestaciones clínicas propias, el tumor ya suele estar en una fase más avanzada (39).

En cualquier caso, el cáncer de laringe tiene un pronóstico razonablemente bueno, en comparación con otros cuadros oncológicos, puesto que en términos generales, cuando es

adecuadamente tratado presenta una supervivencia a los 5 años del 60% (36). De forma más concreta, los tumores glóticos presentan una supervivencia a los 5 años superior al 90% cuando se encuentran en un estadio T1N0, si bien esta tasa disminuye hasta un 50% si dicho tumor se encontrase en un estadio T4 y aún más si existen adenopatías. Por otro lado, se observa una supervivencia del 80% en tumores supraglóticos T1-T2 N0, si bien vuelve a disminuir hasta el 50% si el estadio tumoral es un T3 o T4. Como ya se introducía anteriormente, serán los tumores subglóticos y transglóticos los que presentan un peor pronóstico, con una supervivencia a los 5 años inferior al 40% (39).

2.1.3.e.- DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE LARINGE

El paciente que acude con dolencias del área laríngea compatibles con el diagnóstico de cáncer de laringe debe ser sometido a un proceso estudio que comprende distintos análisis. En primer lugar y quizás la prueba más directa sería comprobación de la simetría externa de la laringe, su movilidad y el estado de las cadenas de ganglios linfáticos del cuello a través de la palpación y observación externa (37, 38).

Posteriormente se debe valorar la extensión de las posibles lesiones así como la movilidad de real de la laringe, desde el interior, a través del empleo de la laringoscopia indirecta o endoscópica. Sabiendo que si una o ambas cuerdas vocales están fijas, lo más probable es que estén afectadas por alguna tumoración(37, 38).

Si una vez realizada esta prueba se confirma la existencia de una neoplasia laríngea, se debe conocer la extensión definitiva, el posible grado de infiltración a otras áreas de la laringe, la posible afectación de los cartílagos laríngeos y la existencia de adenopatías cervicales. Para ello la prueba que mejor discrimina e informa de todos estos datos, necesarios para determinar el estadiaje tumoral es la tomografía computarizada (37, 38).

Para terminar, es fundamental realizar el estudio histopatológico del tumor, que nos permita confirmar el diagnóstico. Por lo que será preciso someter al paciente a una biopsia (37, 38).

Una vez finalizado todo este proceso, se dispone de la información necesaria y suficiente para confirmar un diagnóstico, clasificar el tumor y diseñar las estrategias terapéuticas precisas.

2.1.3.f.- EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE LARINGE. LA LARINGUECTOMIA TOTAL.

El abordaje terapéutico del cáncer de laringe suele implicar tanto técnicas quirúrgicas como radioterapéuticas y en algunas ocasiones también se puede considerar el apoyo de los tratamientos quimioterápicos. En cuanto a las técnicas quirúrgicas, cuya finalidad principal es la extirpación del tumor, serán indicadas en función de la localización y la extensión tumoral. Por tanto y de forma muy resumida, podríamos considerar que (36-39, 43):

TABLA 7: DESCRIPCIÓN DE LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS EMPLEADAS EN FUNCIÓN DE LA UBICACIÓN Y ESTADÍO TUMORAL.

TÉCNICA QUIRURGICA	LESIÓN	INTENCIÓN
Laringuectomías parciales		
Cordectomía	Cáncer de cuerda vocal, que mantienen la movilidad conservada	Extirpación completa de la cuerda vocal.
Cirugía parcial vertical (Hemilaringuectomía)	Tumores localizados en una hemilaringe.	Extirpación del cartílago tiroides junto con las zonas laríngeas en las que se encuentra el tumor. Esta técnica implica la extirpación total de una hemilaringe
Laringuectomía horizontal supraglótica	Tumores supraglóticos que respetan las cuerdas vocales, los aritenoides y que no se extienden hacia la base de la lengua	Extirpación del área supraglótica, respetando las cuerdas vocales y aritenoides.
Laringuectomía casi total	Carcinomas laríngeos avanzados (T3 y T4)	Resección de la hemilaringe afectada y de los dos tercios de anteriores de la hemilaringe contralateral
Laringuectomía total		
Laringuectomía total	Tumores transglóticos o subglóticos y tumores avanzados.	Extirpación completa de la laringe
Laringuectomía total ampliada	Tumores en estadios avanzados (T4)	Extirpación completa de la laringe y de los tejidos vecinos (base de la lengua, faringe, tráquea, glándulas tiroides, piel, etc...)

El tratamiento quirúrgico del cáncer de laringe no solo debe centrarse en el tumor laríngeo, sino que también debe abordar la posible afectación de las cadenas ganglionares regionales (38). De este modo y en función del grado de invasión de la infiltración tumoral se podrá plantear un vaciamiento ganglionar radical que, además del tejido linfático extirpe el ECM, la yugular interna y el nervio espinal o centrarse sólo en el vaciamiento funcional que se centra en el tejido linfático (36, 37, 39).

Por otro lado y como indicamos anteriormente, la radioterapia es otra de las herramientas terapéuticas de las que se dispone y con más frecuencia se suele emplear en el tratamiento tanto curativo como paliativo de este tipo de afecciones oncológicas. Sin embargo, los resultados que se consiguen al emplearla como único recurso curativo, son sólo igual de efectivos que los obtenidos de la cirugía en el caso de tumores glóticos en estadios T1N0 y en algunos T2N0. En el resto de las localizaciones su efectividad es claramente inferior a las técnicas quirúrgicas, aunque suele ser empleada en combinación con éstas. De este modo, puede ser empleada bien de forma pre-quirúrgica, con el fin de reducir en la medida de lo posible la afectación tumoral y facilitar el proceso quirúrgico; bien de forma post-quirúrgica, para garantizar que se ha limpiado adecuadamente toda la zona o bien en ambos momentos (34, 37, 43). Sin embargo, la radioterapia no es una técnica inocua, puesto que puede generar edemas habitualmente transitorios, condritis y en ocasiones quemaduras en la piel. No obstante, desde un punto de vista funcional, no suele generar alteraciones significativas (34, 43).

En párrafos anteriores, incluíamos la quimioterapia dentro del arsenal terapéutico del que se dispone para hacer frente al cáncer de laringe, no obstante, los grandes resultados en términos de supervivencia de los pacientes, que se han obtenido no son comparables a los logrados por la cirugía y la radioterapia (37, 43). Por ello, se suele emplear como recurso coadyuvante y sobre todo con fines paliativos. No obstante, en los últimos tiempos se empieza a emplear la "quimioterapia de inducción" de forma combinada con la radioterapia y se

empiezan a obtener resultados comparables con los de la cirugía, sobre todo en aquellas tumoraciones que presentan extensiones locales (34). La preservación de la laringe que se consigue con la quimiorradioterapia conlleva una menor incidencia de secuelas definitivas que atenten contra la funcionalidad del paciente que se encuentra en proceso de recuperación de un cáncer de laringe, por lo que, en los casos que sea posible, debería ser considerada como tratamiento de elección (34).

La inmunoterapia, como recurso terapéutico del cáncer de laringe, no ha demostrado, hasta el momento, ser una herramienta efectiva en las afectaciones oncológicas de cabeza y cuello (43).

2.1.3.g.- SECUELAS DEL TRATAMIENTO DEL CANCER DE LARINGE

La extirpación más o menos extensa de la laringe implica una gran variabilidad de secuelas que, en los casos más severos puede llegar a generar una gran discapacidad al paciente. Este hecho ha generado un intenso debate entre aquellos más conservadores que pretenden la máxima conservación de la funcionalidad de los pacientes y los que defienden la curación oncológica sobre todo criterio (38). A pesar de lo relevante de esta diatriba, no es objeto de este apartado entrar en ella, si bien si que nos planteamos presentar brevemente las secuelas físicas de cada una de estas intervenciones. Así (34, 39, 43):

TABLA 8: DESCRIPCIÓN DE LAS SECUELAS FÍSICAS Y FUNCIONALES CONSECUENTES A LA CIRUGÍA CONTRA EL CÁNCER DE LARINGE.

TÉCNICA QUIRURGICA	SECUELAS
Cordectomía	En principio no deja secuelas, salvo que se produzca alguna complicación. La traqueotomía es temporal y debe cerrarse tan pronto como sea posible.
Cirugía parcial vertical (Hemilaringuectomía)	Conserva la fonación y la respiración por vía natural, altera el reflejo normal de deglución y requiere que se mantenga la traqueotomía durante el postoperatorio.
Laringuectomía horizontal supraglótica	Conserva la fonación, que suele ser de mejor calidad que con la Hemilaringuectomía, y la respiración por vía natural, altera el reflejo normal de deglución y requiere que se mantenga la traqueotomía durante el postoperatorio.
Laringuectomía casi total	Conserva una voz muy disfónica y la respiración se realiza a través del traqueostoma, que es permanente.
Laringuectomía total	Pierde la fonación y la respiración por vía natural. Necesita mantener la traqueotomía de forma permanente.
Laringuectomía total ampliada	Además de las secuelas anteriormente descritas, la afectación de la estética es aún más severa porque suele necesitar colgajos locales, regionales o libres, para reconstruir la zona y la piel extirpada.

De esta forma y centrándonos ya en los pacientes que han sufrido una laringuectomía total o total ampliada, se puede afirmar que, deben enfrentarse a una gran variedad de circunstancias negativas tanto de tipo subjetivo o personal como objetivo o físico, puesto que las secuelas que conllevan tienen un gran impacto tanto somático como psicosocial (44, 45). En este punto, nos centraremos en el abordaje teórico de las secuelas físicas consecuentes a los tratamientos quirúrgicos radicales del cáncer de laringe que llegan a desestabilizar emocionalmente al paciente que las sufre, a pesar del buen pronóstico de la patología que ha padecido o está superando (46). Estas secuelas físicas afectan, por un lado, a la imagen corporal del paciente, debido al estoma que necesitan mantener de forma permanente (47) y, por otro, a su funcionalidad. Ya que la laringuectomía radical altera el normal funcionamiento

tanto de las capacidades sensoriales del gusto y el olfato como de las motoras como la respiración, la masticación, la deglución, la expresión facial y el habla. (17-19, 30, 44, 45, 48).

Es quizás la pérdida del habla una de las mermas que, a priori, más puede limitar la funcionalidad del paciente y por tanto alterar su estabilidad emocional, al ser la herramienta más efectiva tanto para la comunicación con el entorno como para la expresión de las emociones (26-28, 44). De este modo, el paciente que ha sido sometido a una situación estresante como es la cirugía radical, pierde uno de los mejores recursos de los que dispone para lograr el apoyo y la ayuda que pudiese necesitar y, por tanto, facilitarle la adaptación psicológica y afectiva a su situación. Por ello, la importancia que tiene la pérdida del habla será determinante para el bienestar emocional de los pacientes en el período postquirúrgico. No obstante, y a pesar de lo que se pudiese deducir en un principio, no es un aspecto que a medio y largo plazo determine realmente la calidad de vida de los pacientes laringectomizados, puesto que como desarrollaremos en puntos posteriores, muchos de ellos consiguen rehabilitar esta función y reajustar sus habilidades de relación (18).

Sin embargo, la alteración de la imagen corporal consecuente a los tratamientos quirúrgicos, que en el caso de la laringectomía radical, suele caracterizarse por la presencia del estoma permanente y en algunos casos la desfiguración facial posterior a los tratamientos de radio y/o quimioterapia (26, 29, 48), se convertirá en una fuente de estrés continua para los pacientes (45), puesto que, además de ser un recordatorio

diario de la enfermedad, les obliga a redefinir su propia identidad y autoimagen (19). Dicho esfuerzo sumado al que supone el enfrentamiento con la enfermedad física y sus tratamientos, suele llevar al paciente a presentar serías complicaciones, sobre todo de corte emocional, en el proceso de adaptación a sus circunstancias actuales (19, 29).

Por tanto, consideramos de gran relevancia destacar el fuerte impacto que suponen tanto las secuelas físicas aquí descritas, en la vida familiar y social de la persona que las padece (47), ya que la capacidad para la expresión emocional y social de estos pacientes quedará muy mermada (17, 49). Por lo que, independientemente del posible éxito que presentan los protocolos de tratamiento, las consecuencias físicas y funcionales de los mismos que conllevan, poseen un gran poder disruptivo de la vida cotidiana de los pacientes que deberán ser tenidas en cuenta, de cara a lograr un abordaje integral más completo, que potencie la recuperación total de los afectados (17, 18, 49).

2.1.3.h.- LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE LARINGUECTOMIZADO.

La rehabilitación de estos pacientes se centra de forma prioritaria en la recuperación del habla. El interés por devolver la capacidad fonatoria perdida a causa de una laringuectomía radical ha sido y es objeto de un volumen importante de investigación al respecto. En la actualidad, son tres los principales mecanismos para la restitución del habla en

pacientes laringectomizados: el erigmofónico, el protésico y el quirúrgico (43).

El primero de ellos consiste en entrenar a los pacientes a emplear el aire que procede del tubo digestivo, en concreto del esófago, para la fonación (18, 37, 38, 43, 44). Con este sistema la mayoría de los pacientes consiguen de forma relativamente rápida una adecuada capacidad fonatoria, ya que el habla esofágica es normalmente inteligible por lo que permite una comunicación efectiva y adecuada (18, 35, 44). Sin embargo, no todos los pacientes consiguen aprender a emplear este recurso fonatorio, estimándose que alrededor de un 30% de los pacientes no logran una voz erigmofónica útil (18, 35, 37, 38, 43).

El método protésico consiste en el empleo de un aparato externo o laringe electrónica, que genera vibraciones en las paredes de la faringe provocando un sonido que, posteriormente, será modulado en la boca (35, 37, 43). La voz consecuente es monótona y muy artificial, muy robótica, puesto que no permite ningún tipo de modulación o articulación prosódica. Por este motivo y por la dependencia que se genera entre el paciente y la prótesis, es un recurso muy impopular tanto entre los pacientes como entre los profesionales que los atienden, a pesar de la inmediatez con la que el paciente restablece su capacidad de comunicación y el poco esfuerzo que le supone (35, 37, 43).

Por último, es importante destacar que con el método quirúrgico se obtienen resultados objetivamente superiores en comparación con el erigmofónico, desde los puntos de vista de

la calidad del habla de los pacientes y del esfuerzo requerido a los pacientes para el desarrollo de dicho habla, puesto que no necesita aprendizaje ni entrenamiento (18, 35). El procedimiento consiste en hacer una punción traqueo- esofágica donde se ubica una pequeña prótesis, de manera que, cuando el paciente quiere hablar tapar el estoma para forzar a que el aire espirado desde los pulmones salga por la fistula realizada haciendo vibrar la mucosa esofágica. El sonido consecuente de dicha vibración es modulado en la boca y, como es consecuencia del aire que proviene de los pulmones, la voz resultante será sensiblemente más natural, más modulable y por tanto facilitará la comprensión del mensaje emitido (35). No obstante, este procedimiento no está exento de complicaciones, ya que al modificar la anatomía de la porción superior del esófago, se facilita que tanto la saliva como los alimentos que se ingieren o los líquidos que se beban pasen a la vía respiratoria, con los riesgos que ello conlleva y que fueron descritos anteriormente (35, 43). A pesar de ello, este procedimiento es, desde el ámbito de la investigación en el que se observa un mayor interés, siendo los objetivos prioritarios la posibilidad de paliar los efectos adversos que conlleva y potenciar los beneficios que implica para el paciente (35, 43).

Una vez realizado este breve resumen de los distintos recursos de los que dispone el paciente para recuperar el habla, consideramos relevante destacar que una vez restablecida esta función, se facilita en gran medida la adaptación social y familiar de estos pacientes, por lo que será un objetivo prioritario para éstos y ante el cual, en muchas ocasiones, precisaran de la orientación y apoyo de los profesionales sanitarios que les

atienden. Sin embargo, no podemos considerar que un paciente laringuectomizado se ha recuperado completamente hasta que no da muestras de haber logrado una adecuada aceptación de su imagen corporal y redefinición de su autoestima, proceso que habitualmente consiguen con el paso del tiempo, pero que en ocasiones necesita ser supervisado por personal cualificado para ello (17).

2.2.- LA RESPUESTA DEL PACIENTE AL CÁNCER. FACTORES SUBJETIVOS DE LA ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD Y SUS TRATAMIENTOS.

2.2.1.- RESPUESTA SALUDABLE Y ADAPTACIÓN PSICOLÓGICA A LA ENFERMEDAD Y SUS TRATAMIENTOS

La experiencia amenazante de padecer una enfermedad neoplásica, ha sido históricamente relacionada con estados elevados de estrés, disforia y sufrimiento emocional (25, 50, 51). Estados emocionales que deben ser tenidos en cuenta con el fin de poder lograr un adecuado manejo del paciente (50). Esto se ve muy influido por lo impredecible e incontrolable que es la aparición de la enfermedad oncológica, que obliga al paciente tanto a tener que redefinirse a sí mismo como a su situación personal, puesto que, la vida que llevaba hasta ese momento pierde en gran medida su anterior sentido y se convierte en un presente incierto y desconocido (52). De este

modo, son muchos los procesos de aceptación y ajuste que debe realizar el sujeto para poder responder de forma eficiente a su nueva situación (51, 52).

La bibliografía confirma las observaciones obtenidas a través de la experiencia clínica de este equipo investigador y ratifica que el primer paso que debe dar el paciente es el de elaborar la confirmación de lo que era una sospecha por la que el paciente deja de ser un sujeto sano para pasar a padecer una enfermedad potencialmente mortal (19). El choque que supone este enfrentamiento, tan agresivo y brusco en el tiempo, con el sufrimiento y la muerte propia genera todo un cortejo de reacciones emocionales que pueden llegar a afectar incluso la adherencia del paciente a los tratamientos médicos que precise (19, 49, 52). No obstante, las respuestas psicológicas que se observan en el paciente oncológico van a variar, al margen de su personalidad previa y de sus anteriores experiencias, en función tanto del tipo de tumor y el estadio en el que se encuentra como de la etapa de la enfermedad en la que se encuentre, de la sintomatología que padezca y de los tratamientos que esté recibiendo (5, 53). Por tanto, el proceso de estrés que vive el paciente se inicia cuando sospecha que algo malo le ocurre, pero al llegar a la confirmación diagnóstica, experimentará un estado de shock (49) que despertará todos los miedos que el haya desarrollado anteriormente en relación con el cáncer, de los que se derivará la valoración y posterior redefinición de su situación personal (4, 8).

De este modo y una vez superado este primer impacto, es habitual que el paciente se sumerja en un mundo de

procedimientos médicos que, además de su dureza y frialdad, se ve muy influenciado por los prejuicios y mitos sociales que lo rodean. Así, se comienzan a aplicar a la enfermedad del paciente los protocolos de tratamientos más pertinentes, que implican una serie de efectos secundarios y secuelas aversivas para el paciente. El afrontamiento de los procesos terapéuticos y la aparición de sintomatología discapacitante, suelen ser vividos con un aumento de la ansiedad, sentimientos de pánico y pérdida de control, al margen del miedo a morir que le acompañará durante todo este proceso (5, 53). Así, muchas de las expectativas generadas en el paciente en relación con el cáncer y sus tratamientos se irán cumpliendo, por lo que el paciente empezará a tener cierta sensación de control sobre su situación; pero también irá teniendo que enfrentar situaciones novedosas y no siempre placenteras, que redundarán en el estado de temor inicial (8).

Son muchos los trabajos realizados sobre los efectos psicológicos de los tratamientos quimio y radioterápicos, en los que se describen las consecuencias no sólo físicas, sino también emocionales que conllevan para los pacientes. Sin embargo, al no ser objeto de este trabajo, en nuestro caso nos centraremos en describir las principales características del proceso de respuesta de los pacientes sometidos a una laringuectomía radical como procedimiento terapéutico de primera elección.

Los sentimientos de temor e incertidumbre que despierta en quien padece cualquier proceso quirúrgico, se ven aumentados en el caso de la laringuectomía radical, por la afectación de la imagen corporal y de la funcionalidad que

implica (5, 26). Así, además de los miedos propios de cualquier enfermo oncológico sometido a un proceso quirúrgico cuya finalidad sea la amputación del órgano dañado, al paciente laringectomizado se le añade el temor por la reacción de quienes le rodean ante una deformidad difícilmente disimulable (27, 29). Son frecuentes los estudios que confirman que tras la cirugía se den respuestas reactivas caracterizados por la tristeza, la disforia, la impotencia y el temor, debido a la presencia de los tubos, la traqueotomía, las dificultades que entrañan los cuidados de la herida y el primer contacto con las limitaciones consecuentes de la cirugía (5, 27).

En este estado emocional y físico, el paciente laringectomizado concluye la primera línea de tratamiento de su afección oncológica, período en el que se suelen observar emociones encontradas, por un lado, el agotamiento y el miedo a lo que vendrá después y por otro, la satisfacción por haber conseguido superarlo. Y entre ambos estados se debate, hasta recibir las nuevas indicaciones sobre la evolución que está siguiendo su proceso oncológico y la necesidad de recibir nuevos tratamientos o no. Aunque habitualmente, y como ya comentamos en puntos anteriores de este trabajo, la cirugía radical demuestra ser una técnica muy efectiva contra el cáncer de laringe avanzado, aunque en algunos casos se precisa un aplicar tratamiento radioterápico e incluso quimioterápico de rescate. Sea cual fuere el caso, el período de lucha activa contra la enfermedad se prolonga bastante en el tiempo y va generando al paciente infinidad de situaciones nuevas que, requerirán un esfuerzo por parte del paciente para asumirlas e integrarlas en su día a día (14). Así, los síntomas de

agotamiento emocional llevan al paciente a ir presentando una menor tolerancia tanto a los potenciales fracasos como a las situaciones novedosas. Las respuestas agudas de ansiedad y angustia que se observan en el momento del diagnóstico, se irán aplacando con el paso del tiempo, para dejar paso a un estado emocional más sosegado aunque no exento de sufrimientos y temores. Sin embargo, a medida que la enfermedad se extiende en el tiempo, cada cambio de tratamiento o valoración de la enfermedad provocará una reagudización de dicha situación emocional con una intensidad incluso superior, si bien con una duración más corta. En estos momentos de la enfermedad, contar con un adecuado apoyo emocional y psicológico no solo de su entorno familiar sino también del equipo de profesionales que le atienden, será determinante de cara a contener dichas reacciones emocionales y a paliar los efectos adversos que puedan tener sobre la enfermedad y los tratamientos que viene recibiendo (4, 46).

Una vez finalizado el proceso de tratamientos activos, y cuando el paciente queda, al menos temporalmente, libre de enfermedad, se observa una primera reacción de satisfacción y euforia. No obstante, dicho estado emocional dura poco, puesto que el miedo a la recurrencia de la enfermedad genera una actitud de hipervigilancia e inseguridad (5, 52), que se ve tremendamente acrecentada con el pertinente espaciamiento temporal que se da en las citas médicas. Este estado de incertidumbre y temor se va integrando en la cotidianidad del paciente de forma que sólo en los períodos temporales que rodean las revisiones médicas se vuelve a observarse una reagudización de la sintomatología afectiva (5, 11, 52, 54). En

el caso concreto de los pacientes laringectomizados, sobre todo de aquellos que no han precisado de tratamientos coadyuvantes a la cirugía, el proceso de rehabilitación foniatría debe iniciarse al finalizar la cicatrización de la herida quirúrgica. Durante dicho proceso, las sensaciones de impotencia y frustración por la dificultad que entraña la consecución del habla erigmofónica, son frecuentes al tiempo que los sentimientos de culpabilidad empiezan a aflorar de forma más explícita, sobre todo en aquellos casos en los que la enfermedad se encuentra asociada a los hábitos anteriores (Coronado, 2007). De hecho, es en este período donde se aprecia un estado de ánimo más decaído y en el que el paciente laringectomizado debe hacer mayores esfuerzos por controlar que éste no afecte al proceso de recuperación que viene siguiendo.

La mayoría de los estudios consultados sitúan la recuperación funcional y restablecimiento progresivo del estado emocional de aquellos pacientes laringectomizados que no han presentado complicaciones psicopatológicas, en el intervalo temporal comprendido entre los 3 meses y el año posteriores a la intervención (3, 30, 49). El lapso de tiempo establecido es tan amplio debido la relación existente entre los problemas funcionales y los psicológicos (29, 52, 55), por lo que el tiempo en el que el paciente consiga tanto recuperar el habla como reinstaurar los reflejos de deglución, salivación y respiración influirá decisivamente en este período de recuperación funcional y emocional.

Si en puntos anteriores se hizo hincapié en la recuperación de los aspectos funcionales y emocionales, es porque hablar de

la superación del cáncer es siempre un tema controvertido. En la bibliografía se encuentran estudios que consideran que el superviviente es aquel que ha finalizado los tratamientos activos contra la enfermedad y está libre de sintomatología oncológica por lo que tiene un pronóstico bueno, mientras que para otros es preciso que el paciente haya superado un periodo de tiempo variable, entre 1 y 5 años, sin que se observen indicios de actividad neoplásica (19, 52, 56). De hecho, debido a que la posibilidad de recurrencia que conlleva el cáncer no se circunscribe a un período temporal concreto, lo habitual es que los oncólogos prefieran hablar en términos de porcentajes y probabilidades de recaída para evitar falsas expectativas (14).

No obstante, en este lapso de tiempo sin tratamientos activos contra la enfermedad y sin, a priori, enfermedad, el paciente debe ir reintegrándose a su vida cotidiana, enfrentándose por tanto continuamente a las limitaciones y pérdidas que le han generado la enfermedad y/o sus tratamientos (52). En el caso del paciente laringectomizado, al verse seriamente afectadas tanto sus capacidades comunicativas como su imagen corporal, dichas dificultades se verán muy acentuadas en el área relacional y social (28).

En este período sin tratamientos activos y por tanto sin efectos secundarios y aparente ausencia del cáncer, se observa un fenómeno bastante extendido entre la mayoría de los pacientes oncológicos, independientemente de la ubicación de la afección y los tratamientos recibidos. Dicho fenómeno es denominado en la bibliografía consultada como el "Síndrome de Damocles" y hace alusión al miedo continuo a volver a padecer

un cáncer que subyace a la recuperación de los pacientes que sobreviven a éste (14, 52). Dicho miedo implica la conciencia de vulnerabilidad y la falta de control sobre la propia vida que difícilmente logran superar, los supervivientes del cáncer (52). Pero, por otro lado, es también en este momento, en el que el paciente es capaz de valorar su propia fortaleza por haber superado una experiencia tan traumática y estar siendo capaz de reponerse a las secuelas que implica (23, 24). Por lo que la nueva redefinición que el sujeto ha de hacer de sí mismo y su situación y por tanto su calidad de vida futura, se verá de nuevo muy influida por el peso que le dé a cada uno de los polos de esta dicotomía, entre el miedo a la recurrencia y la seguridad en sí mismo (23, 57). Dicha inclinación hacia una actitud u otra, no dependerá sólo de la evolución personal que haya sufrido el paciente durante su enfermedad, sino que también se verá muy determinada por los rasgos de personalidad y el grado de adaptación previo a su entorno (27).

Como se puede observar a lo largo de todo lo descrito hasta el momento, en cada etapa de la enfermedad el paciente debe ir haciendo esfuerzos diferentes por redefinirse a sí mismo y su nueva situación, con el fin de minimizar el sufrimiento emocional que implica su cáncer y sus tratamientos (14). Este proceso de ajuste personal paralelo a la evolución de la enfermedad es lo que se denomina en la literatura "Adaptación al Cáncer" (4, 58-60). Dicho concepto no hace alusión a la ausencia de sufrimiento emocional, pero si se refiere a que dicho malestar no impida una adecuada adherencia a los tratamientos y prescripciones facultativas y en ningún caso afecte a los deseos de supervivencia y recuperación (49, 59,

61). Así pues, un paciente que demuestre tener una adecuada capacidad de adaptación a su enfermedad, independientemente del estadio en el que se encuentre, será aquel que luche por lograr un adecuado control emocional que le permita intentar mejorar su calidad de vida, al tiempo que demuestre una actitud e interés adecuado por continuar con su vida, esforzándose por minimizar las interrupciones que puedan suponer el estado físico en el que se encuentre en cada momento (4, 58, 59). Por lo que se puede deducir la gran trascendencia que tienen los aspectos subjetivos y personales de cada paciente, independientemente de los aspectos más objetivos vinculados a la enfermedad, de cara a lograr una adecuada adaptación a su situación de enfermedad (21).

2.2.2.- PROBLEMAS PARA LA ADAPTACIÓN AL CÁNCER Y RESPUESTA PATOLÓGICA A LA ENFERMEDAD Y SUS SECUELAS.

En función de lo comentado hasta el momento, se puede afirmar que el modo para determinar el grado de adaptación que un sujeto presenta a su situación de enfermedad, será a través de la valoración del estado emocional consecuente a la vivencia de dicha enfermedad y sus tratamientos (59). Así, se puede afirmar que los pacientes tienden a presentar altas tasas de estrés y malestar emocional a lo largo del proceso oncológico. Sin embargo es poco frecuente que dicho estado afectivo llegue a constituir un cuadro psicopatológico (12, 19). De hecho, la evaluación y consecuente diagnóstico de un trastorno mental en enfermos oncológicos presenta una serie de

particularidades en comparación con la población no afectada de este tipo de patologías. Quizás la principal dificultad que se presenta en este proceso de valoración sea identificar la auténtica etiología de la sintomatología que presenta el paciente (20, 62). Puesto que a consecuencia de la propia enfermedad y sus tratamientos, el paciente puede presentar un estado anímico, vegetativo y/o cognitivo que puede ser confundido con la manifestación de un cuadro psicopatológico inexistente (12, 20). En el caso concreto de los pacientes laringectomizados, síntomas provocados por las consecuencias físicas del tratamiento quirúrgico como son la pérdida del habla, los problemas para la deglución y la respiración, pueden ser confundidos con síntomas propios de cuadros depresivos o ansiosos, como son el aislamiento social, la irritabilidad, la falta de apetito, problemas de respiración o de sueño, etc. (26)(59). Del mismo modo y en aquellos tipos de tumores cuya etiología puede verse afectada por hábitos de consumo inadecuado, como es, entre otros, el cáncer de laringe, no debe olvidarse el efecto que la abstinencia del alcohol y/o el tabaco puede tener sobre el estado psicológico y afectivo del paciente (63, 64).

Por tanto, la valoración de la sintomatología que presente el paciente, el momento en el que aparece y la duración que tengan serán elementos claves para discernir si el paciente está logrando una adecuada adaptación a su situación o si, por el contrario, está padeciendo el inicio de algún cuadro psicopatológico secundario a la afección neoplásica que padece (10, 65).

La confusión que se pueda generar en la evaluación del estado psicológico y emocional del paciente lleva a dos situaciones opuestas. Por un lado, que ante el menor indicio de sufrimiento emocional se someta al paciente a alguna forma de tratamiento, convirtiendo en patológico un proceso de adaptación que podría ser normal; o por el contrario, que se considere que dichas expresiones de sufrimiento afectivo, sean cuales fueren sus intensidades, son reacciones normales ante la situación que vive el paciente y por tanto no sean abordadas, por lo que aquellos que realmente presentan un respuesta anómala a su enfermedad, no reciban el tratamiento que precisan (20, 63, 65, 66).

Para evitar esta tesitura, el estado emocional y afectivo del paciente oncológico debe ser valorado en cada caso y en cada uno de los momentos por los que atraviesa el tratamiento de su enfermedad (13, 65, 67), puesto que no se puede establecer ningún momento temporal ni ninguna causa externa al sujeto como desencadenante concreto de ningún tipo de afección psicopatológica. Así, aunque se encuentren trabajos en los que se asocian los cuadros depresivos y de ansiedad con el cáncer en general y con cada uno de los momentos que se pueden definir a lo largo del proceso de tratamiento en general (12, 17, 19, 67-69), lo cierto es, que cada paciente reacciona de un modo diferente y puede presentar una vulnerabilidad particular ante ellos, desde una intensidad emocional poco disruptiva para el modo de proceder del paciente, hasta un sufrimiento que bloquee cualquier opción de respuesta por parte del sujeto. De este modo, la determinación clínica de la vulnerabilidad mental y el estado concreto del paciente en cada momento serán

determinantes para discriminar aquellos sujetos que precisan una asistencia psicoterapéutica, ya sea a nivel farmacológico o psicológico, de los que no.

De este modo, el concepto de vulnerabilidad mental o personal adquiere una gran relevancia para el adecuado manejo de los pacientes. Entenderemos este concepto como la tendencia que presenta un sujeto a manifestar, con mayor o menor facilidad, síntomas psicósomáticos, psicológicos o emocionales y/o reacciones negativas al relacionarse con su entorno (70). En distintos estudios realizados con mujeres afectadas de un cáncer de mama, se ha podido comprobar que dicho patrón de respuesta no es un rasgo estable de personalidad, ni está directamente relacionado con la supervivencia a la enfermedad oncológica, sino que se corresponde con una forma personal de responder situacional y específica ante un momento o estímulo concreto (70). En esta misma línea, se pueden identificar ciertos factores de riesgo, ante los cuales los pacientes oncológicos tienden a ser más vulnerables a presentar respuestas desproporcionadas o desajustadas a lo largo de la enfermedad y sus tratamientos (4, 13, 20, 22, 67). De este modo, variables personales como la edad, el sexo, el estatus socio-económico, las cargas familiares en el momento del diagnóstico, los rasgos de personalidad del sujeto, el estilo de afrontamiento previo, los antecedentes de problemas psicológicos, el estado físico en el que se encuentre, la situación y pronóstico de la enfermedad, y los tratamientos que esté recibiendo o haya recibido podrán determinar la respuesta emocional del paciente ante su circunstancia. Así los pacientes a priori, más vulnerables a no lograr una adecuada

adaptación a su enfermedad y por tanto, a presentar sintomatología psicopatológica relevante, desde un punto de vista social, serán las mujeres más jóvenes que tengan un pobre apoyo familiar y social, que tengan a su cargo niños pequeños, más si son sus propios hijos, o algún familiar dependiente, con escasos ingresos económicos. Desde el punto de vista personal, presentarán una mayor vulnerabilidad aquellos pacientes que presenten rasgos de personalidad de corte más neurótico y unas estrategias de afrontamiento basadas en la preocupación y la evitación y que hayan padecido problemas psicológicos y/o emocionales con anterioridad a la enfermedad. Y por último, los aspectos médicos que generarán una mayor predisposición a la mala adaptación a la enfermedad serán aquellos que tengan sintomatología aguda mal controlada como dolor, sensación de asfixia etc., que hayan sido diagnosticados en estadios avanzados de la enfermedad o que presenten un mal pronóstico debido al fracaso de las opciones terapéuticas o que la ubicación del tumor que padecen genere unas secuelas que desestabilicen en exceso al paciente (4, 13, 15, 20, 22, 47, 67, 69, 71).

Obviamente, en el breve perfil presentado no quedan recogidos todos los posibles factores de riesgo de padecer las consecuencias psicopatológicas de una mal adaptación a la enfermedad y sus tratamientos, puesto que a dichos aspectos habrá que incluirle las vulnerabilidades personales de cada uno de los pacientes individuales. De ser así, la problemática que se planteó en el inicio de este apartado para el diagnóstico de cuadros psicopatológicos no sería real, puesto que solo habría que identificar cuantos factores de riesgo cumple cada paciente

para poder cuantificar el malestar que puede llegar a padecer. Esta situación dista tanto de la realidad que, a pesar de la abundante literatura que se puede encontrar en relación con la incidencia de cuadros psiquiátricos en pacientes oncológicos, no se puede establecer un valor de incidencia estable y único. De este modo y en relación simplemente con el malestar emocional o distrés, podemos encontrar una prevalencia que oscila dentro de un margen tan amplio que varía entre el 18% y el 50% de los pacientes (3, 6, 11, 20, 30, 63-65). Esta gran variabilidad de datos se mantiene al intentar determinar la incidencia de cuadros más concretos como son los trastornos depresivos, de ansiedad, por estrés postraumático o adaptativos, como se detallará en puntos posteriores de este trabajo (3, 13, 15, 18, 20, 25, 62, 65, 67, 71, 72). Esta gran disparidad de resultados tienen, como se viene comentando, varias justificaciones. Pero quizás las más importantes sean la gran diversidad de metodologías empleadas. De este modo, encontramos que muchos de los estudios analizados, presentan muestras poco generalizables, no tanto por el número de sujetos que las componen como por lo poco estricto de los criterios de inclusión y lo concreto de las afecciones que padecen. También se observa una gran variabilidad de pruebas de evaluación que valoran las manifestaciones de los pacientes desde perspectivas teóricas muy dispares y con unos niveles de exigencia muy diferentes, que no siempre se ajustan a los criterios diagnósticos establecidos en los manuales de referencia (73). Ambos criterios unidos a la influencia diferencial de todos los factores de riesgo comentados con anterioridad, explican gran parte de la variabilidad encontrada en los resultados obtenidos

al respecto (13). En cualquier caso, lo que parece confirmarse de forma más o menos unánime, es que los sujetos que enfrentan una enfermedad oncológica son más vulnerables a padecer problemas psicológicos, siendo mayor la incidencia de estos cuadros, en aquellos pacientes que presentan limitaciones físicas y/o funcionales, como consecuencia del cáncer o sus tratamientos (44).

En esta misma línea, muchos de los trabajos consultados se centran en momentos muy concretos del proceso de tratamiento y abarcan diferentes ubicaciones tumorales. Tras una revisión global de éstos parece que podría identificarse una evolución de la sintomatología. Así, tras el diagnóstico, se observa un aumento de la incidencia de cuadros de corte ansioso entre aquellos pacientes que presentan una mala adaptación a este momento (29, 29, 47, 74, 75). Mientras que, una vez se inician los tratamientos activos contra la enfermedad, será la sintomatología depresiva la que aparentemente presente una mayor prevalencia (29, 30, 47, 65, 74). La sintomatología postraumática, como detallaremos más adelante, en el caso de darse, tiende a presentar una evolución paralela al proceso de tratamiento y recuperación del cáncer, desde que se produce la situación que desestabilizó al paciente (76, 77). En cualquier caso, el paso del tiempo, suele hacer que la sintomatología presentada por los pacientes oncológicos vaya disminuyendo en intensidad, si bien y debido a las características particulares del cáncer y sus tratamientos, puedan sufrirse períodos de reagudización ante el afrontamiento de situaciones puntuales como pueden ser las revisiones médicas o la recogida de algunos resultados (3, 15).

2.2.2.1.- LA DEPRESIÓN EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

La tristeza y el duelo son respuestas normales ante la vivencia de una situación dolorosa que implique una pérdida (78), de hecho, será la vivencia de pérdida el punto de encuentro entre el cáncer y la depresión clínica (79, 80). Se ha postulado sobre la trascendencia de las pérdidas vividas por los pacientes con anterioridad al diagnóstico del cáncer, como una de las posibles causas psicológicas del desarrollo de la enfermedad oncológica (81). En cualquier caso, la intensidad de la vivencia subjetiva de la pérdida, no solo de la salud sino también de funciones corporales concretas consecuentes al abordaje terapéutico de la neoplasia, determinará la evolución de ese sentimiento de tristeza a un cuadro de depresión clínica (68); por lo que podría asumirse que la depresión clínica implica el fracaso de los mecanismos de adaptación del paciente, a la enfermedad y sus tratamientos (22).

Por tanto, podemos considerar la depresión del enfermo oncológico bien como un síndrome clínico o bien como una respuesta normal ante una situación de pérdida (1, 61). Así pues, es un error considerar que todos los pacientes con cáncer que manifiestan un estado afectivo de tristeza o anhedonia padezcan un cuadro de depresión clínica (66). Sin embargo, en la mayoría de los casos que un paciente presenta sintomatología depresiva, se está poniendo de manifiesto la existencia de alguna dificultad funcional o problema en la evolución de dicho paciente (29).

No obstante, debe realizarse una pequeña matización sobre los criterios o cuadros sintomatológicos que debemos buscar cuando hablamos de un diagnóstico de depresión mayor a un paciente oncológico (66, 82). Efectivamente, a la hora de dar este diagnóstico a un sujeto que no padece cáncer, se tienen muy en cuenta criterios como la anorexia, el insomnio, la anergia, el cansancio, la pérdida de peso, el retardo motor, y un interés disminuido por el sexo y otras actividades placenteras (78, 83, 84). Sin embargo y como ya hemos hecho referencia en apartados anteriores, el estado físico en el que se encuentran estos pacientes y las consecuencias de los tratamientos que deben seguir, pueden incidir en dicha sintomatología. Por lo que, a pesar de que no se pueden obviar dichos aspectos físicos y mucho menos la posible existencia de dolor mal controlado (20, 78), serán los síntomas de tipo cognitivo, conductual y afectivo los que deban ser considerados con mayor relevancia a la hora de dar dicho diagnóstico a un paciente oncológico (22, 78). Así entre los síntomas cognitivos destacarán, la disminución acusada del interés o de la capacidad para sentir placer en todas o casi todas las actividades, la baja reactividad al entorno, los pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida aunque no haya una intención real y planificada por ejecutar dicho acto, la autocompasión, el pesimismo y la valoración personal de inutilidad y discapacidad (20, 22, 78).

En cuanto, a los síntomas conductuales destacarán la tendencia al aislamiento, el llanto, evitación de situaciones que impliquen la expresión de emociones y la agitación o enlentecimiento psicomotor (20, 22, 78). En relación con los síntomas afectivos se destacarán la presencia de melancolía, un

humor disfórico, caracterizado por la tristeza y la labilidad, que no siempre es coherente con la realidad objetiva de la situación que está viviendo o del curso que está siguiendo la enfermedad (20, 22, 78). No obstante, los trabajos clásicos de Levine (1978)(50) en los que se presentaba una descripción sintomática diferencial del trastorno depresivo del pacientes oncológico frente al psiquiátrico, se concluía que el enfermo de cáncer suele presentar una tristeza de menor intensidad, menores niveles de pesimismo, culpabilidad, sensación de fracaso e ideas suicidas que los pacientes psiquiátricos diagnosticados del mismo cuadro (50).

Cabe señalar que, a pesar de que la mayoría de los autores refieren la presencia de síntomas depresivos tras el diagnóstico de un cáncer y durante el período de tratamiento, la severidad de dichos cuadros no suele ser suficiente como para constituir un trastorno depresivo mayor (1, 61). De hecho, se estima una prevalencia media de depresión en pacientes oncológicos, en torno al 25% de los casos, con una variabilidad comprendida entre el 1,5% y el 50% (1, 18, 20, 22, 30, 67, 78). Con estos datos, aparentemente se puede afirmar que el paciente oncológico no suele presentar una incidencia de depresión clínica mayor a la de cualquier otro paciente que padezca una enfermedad médica grave (61, 69, 78, 80).

En el caso concreto de los pacientes laringectomizados, encontramos que la mayor intensidad de la sintomatología depresiva la padecen después de la cirugía radical si bien con el paso del tiempo, la intensidad de dicho cuadro suele ir remitiendo hasta alcanzar una incidencia comparable a la que

presentaban antes de iniciar el proceso terapéutico (46, 49, 64). En este caso, el cuadro depresivo suele caracterizarse por un estado de elevada irritabilidad, con variaciones del estado de ánimo, alteraciones psicomotoras, de la valoración de sí mismo y del pensamiento, apareciendo pensamientos relacionados con la muerte, el suicidio, etc (28, 47). En cualquier caso y como ya exponíamos al hablar del paciente oncológico en general, la depresión clínica se convierte en un predictor frecuente de dificultades y una pobre funcionalidad tras el tratamiento quirúrgico radical (29).

2.2.2.2.- LA ANSIEDAD EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

Mientras que el diagnóstico de cuadros de ansiedad en población no oncológica es relativamente sencillo, en el enfermo de cáncer se complica sensiblemente. La existencia de frecuentes miedos y desconciertos en relación con la muerte, el sufrimiento, la desfiguración o la dependencia, entre otros muchos aspectos, suele ser habitual en estos enfermos (20, 73). Por lo que en este caso, no solamente debemos discriminar entre aquella sintomatología consecuente a la enfermedad o sus tratamientos y la que pone de manifiesto un cuadro ansioso, sino que, además, habrá que determinar que síntomas deben y pueden ser considerados normales ante la situación del enfermo concreto y los que ponen de manifiesto características más patológicas (20, 22, 71, 73). En este sentido y del mismo modo que planteábamos en el caso de la depresión, se podrá establecer un continuo en función de la intensidad de los

síntomas que lleve desde manifestaciones reactivas normales, que implican la puesta en marcha de los recursos personales del paciente para adaptarse a su situación, a aquellos indicios de sufrimiento excesivo, que bloqueen la capacidad del mismo para lograr dicha adaptación (17, 22).

Al valorar la etiología de los cuadros de ansiedad que se dan en los pacientes oncológicos, se podrían establecer 3 causas diferentes para este cuadro: la ansiedad reactiva a situaciones de crisis, la ansiedad generada por situaciones médicas y los tratamientos y la provocada por cuadros de ansiedad preexistentes. Independientemente de su origen, todas tienen las mismas manifestaciones (73). De este modo, la ansiedad reactiva a situaciones de crisis, se va a caracterizar por ser puntual en el tiempo y estar condicionada a una situación de transición a lo largo de la enfermedad o sus tratamientos, como puede ser el diagnóstico antes de la cirugía, etc., por lo que puede aparecer en cualquier momento de la enfermedad (20, 68, 71, 73).

Después de este tipo de cuadros situacionales, la causa más frecuente de los cuadros de ansiedad en pacientes oncológicos será la producida por situaciones médicas (20, 73). De este modo, ciertos estados metabólicos como la hipoxia, la embolia pulmonar, los fallos cardíacos, entre otros muchos, pueden provocar sintomatología ansiosa en el paciente. Por otro lado, la medicación que pueda estar recibiendo, o las sustancias que pueda estar consumiendo, como podría ser el caso de los corticoesteroides, los neurolépticos que se puedan estar empleando como antieméticos, los broncodilatadores, los

antihistamínicos, el alcohol o los sedantes que pueda estar consumiendo el paciente sin el control del equipo sanitario que le atiende, entre otros muchos, pueden generar síntomas como son la agitación o el retardo motor, movimientos incontrolados de las extremidades o acatisia, irritabilidad, etc. (73). Dentro de la ansiedad generada por causas orgánicas, no podemos dejar de mencionar el papel del dolor no controlado en la etiología de la sintomatología ansiosa. La tensión y estado de agitación que sufre el sujeto que padece un dolor incontrolable puede llevar, en su caso más extremo a la aparición de pensamientos suicidas (20, 73). Esto se ve muy determinado por uno de los principales motivos de ansiedad en población general, que es la percepción de falta de control sobre su situación, que en este caso en concreto adquiere un mayor potencial disruptivo no solo por el sufrimiento físico que implica sino también por el significado que conlleva el dolor difícil de controlar en relación con la percepción del estado de la enfermedad (29). En este punto no debemos olvidar, el efecto de los síndromes de abstinencia en aquellos pacientes que consumían alcohol, sedantes, tabaco o presentaban un hábito abusivo o adicción a alguna otra sustancia tóxica y que al iniciar la enfermedad o sus tratamientos, abandonan el consumo o lo disminuyen. Dicha situación genera un estado de abstinencia que habitualmente se manifiesta a través de síntomas ansiosos (71). No profundizaremos más en este apartado por no ser objeto de este trabajo, pero lo hemos querido destacar debido a la alta incidencia de consumos abusivos de alcohol y tabaco que se da entre pacientes afectados de cáncer de laringe (38, 41).

Por último, las manifestaciones de los cuadros de ansiedad que se iniciaron con anterioridad al inicio de la enfermedad oncológica y que resurgen con ésta, son especialmente complejos de tratar en estas poblaciones, puesto que tenderán a manifestarse con una sintomatología y curso muy diferente al trastorno inicial (20, 71, 73). En el caso de los trastornos de ansiedad, la historia de patología previa toma especial relevancia, ya que, mientras que la aparición de los cuadros depresivos atenta contra la calidad de vida de los pacientes y en los casos más severos puede afectar a la adherencia a las prescripciones médicas, la sintomatología con la que cursan los cuadros de ansiedad, además de tener las mismas consecuencias que la depresión, pueden afectar negativamente a la sintomatología física que padece el enfermo oncológico (71, 73).

A la hora de describir las manifestaciones sintomatológicas de ansiedad más características del enfermo oncológico, volvemos a recurrir al Triple Sistema de Respuesta, en pro de lograr una mayor claridad expositiva. De este modo, el paciente oncológico que padece problemas de ansiedad suele presentar a nivel cognitivo un elevado nivel de preocupación y temores continuos sobre el curso de la enfermedad, el sufrimiento, la dependencia, etc. que le llevará a anticipar el estado emocional propio de dichas situaciones. Sin embargo, esta reacción no siempre estará basada en una realidad objetiva que el paciente conozca, sino que puede estar fundamentada en sus especulaciones y temores, por lo que el nivel de sufrimiento que le genere será elevado. Este se convierte en un recurso para intentar paliar la percepción de falta de control que consideran

tener sobre su situación y de este modo contrarrestar los efectos de la incertidumbre y la inseguridad que genera la situación de enfermedad. Todo esto, llevará al paciente a encontrarse en un estado continuo de alerta y observación, que le obligará a tener que realizar un esfuerzo por controlar dichos pensamientos y evitar así, que afecten excesivamente a su capacidad para centrarse en otras actividades o situaciones (20, 83, 84).

Esta sintomatología tendrá un correlato emocional consecuente al estado continuo de tensión en el que se encuentra el paciente que padece un cuadro de ansiedad, así manifestarán un estado de aprehensión continuo e irritabilidad, que podrán llevar al sujeto a padecer los efectos de una labilidad afectiva (20, 71, 84, 85). En el caso de los cuadros de ansiedad se observa también un importante componente vegetativo, que se caracterizará principalmente, según la bibliografía consultada, por problemas de sensación de falta de aire y opresión precordial, siempre que el sujeto no llegue a presentar crisis de ansiedad o pánico (20, 71, 83, 84). Por último y en relación con el componente conductual, se observará una mayor tendencia al aislamiento y a la evitación de situaciones sociales y que impliquen tener que hablar tanto de su estado emocional como físico (20, 71, 83, 84).

Al valorar la incidencia de los cuadros de ansiedad en población oncológica, encontramos que esta afección psicológica es más frecuente en esta población (20, 46, 71). De este modo, si según el equipo del Prof. Dr. Bobes (2001) (86), entre el 15 y el 19% de la población española padece un episodio de ansiedad

cada año y entre un 25 y un 31% lo hará al menos una vez a lo largo de su vida (20), en población oncológica se observa unas tasas de incidencia que oscilan entre el 13 y el 50% de los casos (18, 25, 30, 46).

En cuanto a los pacientes laringectomizados la pérdida del habla y la desfiguración suelen generar niveles de ansiedad moderadamente intensos (28, 46). No obstante, dicha intensidad no siempre es superior a la manifestada por pacientes que consultan por patologías benignas de laringe (87). Estos resultados son generalizables a los encontrados en los trabajos revisados por el equipo de Coy (1989) en otras ubicaciones tumorales de las áreas de cabeza y cuello, en los que se confirman que los sujetos que presentan afecciones de mayor gravedad suelen presentar niveles más moderados de ansiedad, en comparación con los que sufren afecciones más leves que suelen padecer una mayor intensidad de la sintomatología ansiosa (87). Sin embargo, en este tipo de pacientes se puede observar una evolución de las manifestaciones ansiosas con el paso del tiempo (46, 49). Así, el momento en el que se obtienen mayores datos de incidencia de este cuadro clínico, será el día antes de la cirugía radical, donde se observa una prevalencia que oscila alrededor del 34% (46). Transcurrido un mes de la cirugía se observa un descenso de dicha incidencia que no supera el 21% de los casos, mientras que al año de ésta un 12% de los sujetos aun seguirán presentando sintomatología ansiosa con suficiente relevancia clínica como para constituir un trastorno de ansiedad (46).

2.2.2.3.- TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEP) EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Hasta este punto del trabajo hemos venido exponiendo las consecuencias psiquiátricas y emocionales del fracaso de los recursos de adaptación del sujeto a la situación de enfermedad, más frecuentemente descritas en la bibliografía, a saber: los cuadros depresivos y por ansiedad. Sin embargo, la consideración de otros cuadros psicopatológicos comórbidos o secundarios a la enfermedad oncológica no fueron considerados. No obstante, poco a poco fueron floreciendo los trabajos que avalaban la incidencia de sintomatología postraumática en este tipo de pacientes. De hecho, en la revisión de la tercera edición del Manual Diagnóstico de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), DSM-III-R, aún se excluía de forma manifiesta de la categoría diagnóstica de Trastorno por Estrés Postraumático, la sintomatología que presentaban los pacientes que padecían una enfermedad grave que atentase contra su supervivencia (77). Sin embargo, las evidencias encontradas sobre el poder traumático del cáncer, llevó al desarrollo de estudios más exhaustivos y sistemáticos que concluyeron con la inclusión de este aspecto en la cuarta edición de dicho manual, la DSM-IV (77). Desde entonces, se recoge de forma explícita que el hecho de padecer una enfermedad grave, como puede ser el cáncer, es comparable con situaciones traumáticas como los desastres naturales, los accidentes, violaciones, etc. recogidas en ediciones previas (10, 12-14, 77).

No obstante, aplicar el diagnóstico de TEP como consecuencia de la vivencia de un cáncer sigue siendo objeto de discusión debido a la ambigüedad del estresor que potencialmente lo desencadena, que puede implicar cualquier punto del continuo de la enfermedad desde los síntomas padecidos, los diversos actos médicos o sanitarios, la evolución del cuadro médico y el deterioro físico y mental que implica la propia enfermedad y sus tratamientos (13).

Este hecho ha llevado a algunos autores a considerar si, como ya se defendía en la DSM-III-R, la sintomatología que presentan los pacientes oncológicos, no se ajusta más a la perspectiva diagnóstica del Estrés Agudo (11) o del trastorno adaptativo (20, 23, 88). Puesto que los pacientes oncológicos suelen presentar manifestaciones de ansiedad, compatibles con el cuadro de TEP, pero no llegan a cumplir todos los criterios necesarios para su diagnóstico (10, 11, 13). Estas evidencias sintomatológicas se han intentando encuadrar, por tanto, en otros trastornos clínicos similares al TEP, como los anteriormente citados, no obstante, cada vez van tomando más relevancia en la bibliografía las referencias sobre la pertinencia de considerar un subsíndrome de TEP, que permita encuadrar la sintomatología más o menos difusa que presentan estos pacientes dentro del espectro de las respuestas postraumáticas (23, 77).

Por tanto y en relación con la posibilidad de establecer un diagnóstico de Estrés Postraumático de forma secundaria al padecimiento de un cáncer, encontramos en la bibliografía controversia en dos puntos fundamentales como son el poder

traumático de la propia enfermedad y las manifestaciones sintomatológicas que implican, que contrastan con las conclusiones iniciales que llevaron a incluirlo en la DSM-IV. Por lo que proponemos realizar un análisis de las particularidades de los distintos criterios diagnósticos según la Clasificación Diagnóstica de la Asociación Americana de Psiquiatría, DSM-IV (83), que se observan en los pacientes oncológicos.

En primer lugar y en relación con la causa que puede determinar esta patología o Criterio A, el TEP es uno de los pocos trastornos mentales que necesita ser definido por una causa (89). Así, el DSM- III (90) lo único que determinaba dicha patología era la necesidad de enfrentar un evento estresante reconocible (91), que *"se encontrase fuera del marco de experiencias humanas normales y que produjese síntomas de malestar en la mayoría de quienes lo padeciesen"* (89, 92). Debido a la inespecificidad del criterio, en la DSM-III-R (92), se incluyen un listado de causas con potencial suficiente para desencadenar este trastorno, como pueden ser los desastres naturales, accidentes, ataques, etc (89, 92). Es decir, se recogen un listado de situaciones que comprometen el bienestar y la supervivencia tanto del sujeto como de sus allegados. Y es en este punto donde la experiencia de la enfermedad oncológica cobra relevancia y tiene sentido que se le considere como estresor, de acuerdo con la DSM-IV (11).

Por lo tanto, la definición de trauma que se recoge en dicha versión del manual diagnóstico (DSM-IV, 2000) implica *"La amenaza de muerte o de daño o de peligro para la integridad física del individuo del sujeto o de un familiar que*

provoca sentimientos de horror e intenso miedo cuando se expone a él" (10-14, 77). Por lo que, ya en esta clasificación se podría considerar tanto la amenaza a la supervivencia como la alteración de la imagen corporal causada por el cáncer, como causa suficiente como para provocar el desarrollo de un TEP (12-14, 77). Sin embargo, la enfermedad oncológica y sus tratamientos implican un proceso que se extiende en el tiempo y que hacen difícil identificar la situación concreta que inicia el desarrollo de este cuadro psicopatológico, por lo que no se le puede considerar un estresor concreto (10, 14, 76, 77), mientras que habitualmente el inicio del TEP se relaciona con eventos estresantes externos y ya pasados por el sujeto (13). No obstante, la imprevisibilidad e irreversibilidad del diagnóstico y las consecuencias tan aversivas que implican los tratamientos que suelen conllevar diversas pérdidas tanto físicas como funcionales y experienciales, convierten el cáncer en una vivencia con un potencial lo suficientemente devastador como para provocar en el paciente un cuadro postraumático (10, 11, 14, 77).

Esta situación se ve influenciada por el hecho de que en la definición propuesta por el DSM-IV, se le da la misma relevancia a los factores objetivos y a los subjetivos de la situación estresante (10, 11). Por ello, aspectos como la gravedad, la agresividad o la duración del estresor poseen la misma trascendencia de cara a su consideración para el diagnóstico que el significado que el paciente le dé a dicha situación (8, 14). De este modo, no siempre se podrá, pues, predecir la relación entre la gravedad del factor estresante y el tipo de sintomatología que presente el sujeto. Aunque a priori, a mayor

gravedad del estresor se da una mayor probabilidad de morbilidad psicopatológica, no es una relación directa que se pueda establecer debido al peso de los aspectos subjetivos y personales de cada individuo. Todo lo planteado hasta el momento en relación con la DSM-IV es equiparable a los criterios establecidos por la CIE-10 que, si cabe, se presenta aun más inespecífica (89).

Una vez considerado el impacto que el cáncer tiene sobre la estabilidad mental del sujeto y por tanto su capacidad para provocar un cuadro postraumático, pasamos a describir el resto de los criterios diagnósticos, siempre en relación con la afección oncológica. Así el criterio B que hace alusión a la *“reexperimentación persistente de la situación traumática”*, que es recogido en ambos manuales diagnósticos, la DSM-IV y la CIE-10. Los pensamientos intrusivos, las pesadillas, las sensaciones de estar reviviendo la experiencia que atemorizó al sujeto, etc. serían las manifestaciones psicopatológicas propias de este grupo de síntomas (10, 11, 13, 14, 77, 83, 84). Estos síntomas son muy frecuentes en la población oncológica, siendo los contenidos más frecuentes los relacionados con las consecuencias de los tratamientos y el miedo a la recurrencia, sobre todo en pacientes que ya han superado el período activo contra la enfermedad (12, 23, 77). Es en este punto donde surge la particularidad de este síntoma en pacientes con cáncer, puesto que, mientras que las sensaciones de reexperimentación suelen estar relacionadas con experiencias ya vividas, los contenidos de los pensamientos intrusivos suelen hacer alusión a miedos futuros (10, 11, 13, 14, 77).

Sin embargo, al analizar las manifestaciones sintomatológicas que caracterizan este criterio diagnóstico, debemos considerar que no siempre deben ser consideradas como patológicas en pacientes con cáncer. De hecho, algunos autores afirman que los pensamientos intrusivos pueden formar parte del proceso de elaboración cognitiva normal de los pacientes de cara a la adaptación a su situación, como se confirma en el trabajo de Deimling et al (2002) (77). Por lo que habrá que hacer una valoración clínica profunda de estos síntomas para poder discernir entre dicho procesamiento cognitivo sano y la recurrencia de la intrusión patológica (77). En cualquier caso, y una vez confirmado el padecimiento de estos síntomas, este criterio diagnóstico es el mejor predictor de problemas psicológicos en población oncológica (12, 23, 77).

El tercer grupo de síntomas o criterio C propuesto en los manuales diagnósticos al uso, la DSM-IV-TR y la CIE-10, hace alusión a la *“evitación persistente asociados al trauma y embotamiento de la realidad general del individuo (ausente antes de experimentar el trauma)”* (85). La evitación de pensamientos, sentimientos, situaciones, personas o lugares, así como la sensación de desapego o distanciamiento de todo lo que implicaba la vida anterior al diagnóstico del paciente, entre otros muchos serían manifestaciones habituales de este cluster (11, 83). Sin embargo, para el paciente de cáncer la evitación de estos recuerdos o situaciones es complicada en muchas ocasiones, bien por la propia sintomatología de la enfermedad o las secuelas de los tratamientos, bien por las citas y revisiones médicas periódicas que hacen que, independientemente del momento en el que se encuentre el paciente en su proceso de

tratamiento y recuperación del cáncer, éste esté muy presente en su vida cotidiana (13). Por tanto, el síntoma más característico de los pacientes con cáncer en relación a este criterio diagnóstico será el "embotamiento emocional". Es decir, las manifestaciones de desinterés por las actividades que antes del diagnóstico eran importantes para el sujeto, la sensación de desapego y restricción afectiva, así como la falta de expectativas sobre el futuro, serán los indicadores más relevantes del cumplimiento de este criterio para el diagnóstico del TEP (10, 11, 13, 14, 77, 89). Cabe destacar que, este es el criterio diagnóstico que menos pacientes oncológicos cumplen (77), por lo que son las dificultades para identificar y diagnosticar este grupo de síntomas otro de los motivos que avalan la propuesta de considerar la sintomatología que manifiestan los sujetos con cáncer como un subsíndrome del cuadro (23, 77).

La cuarta agrupación de síntomas o criterio D, recogido tanto en la DSM-IV-TR y la CIE-10, hacen alusión al "*aumento de la activación o arousal*". Los síntomas que se reúnen en este grupo hacen alusión a las dificultades para conciliar o mantener el sueño, la irritabilidad, las dificultades para concentrarse, la hipervigilancia y la excitabilidad exagerada (83, 84). De nuevo, volvemos a encontrar dificultades para discernir entre la causa de estos síntomas, muy frecuentes por las consecuencias físicas del cáncer y sus tratamientos, por lo que resulta difícil determinar la intensidad o presencia de estos síntomas (10, 11, 13, 14, 23, 77). No obstante, será el síntoma de hipervigilancia el que más información nos aporte en este tipo de poblaciones sobre la presencia o no de las manifestaciones postraumáticas

debidas a la naturaleza del cáncer como estresor. La exploración continua y el análisis de los síntomas y cambios físicos que puedan padecer por miedo a una recaída o empeoramiento, será un buen indicio de exceso de arousal (10, 11, 13, 14, 77).

Por último las clasificaciones diagnósticas consideran la duración de la sintomatología durante más de un mes (criterio E), al tiempo que destacan que dicha sintomatología debe resultar disruptiva para el desarrollo de una o más áreas de la vida del sujeto (Criterio F) (83). Estos dos últimos criterios son especialmente importantes puesto que nos informan de la severidad clínica del cuadro (10, 11, 13, 14, 77). Para poder determinar el diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático, el sujeto debe padecer al menos un síntoma del criterio de reexperimentación, tres del de evitación y dos del cluster de arousal (10, 83, 84). No obstante, la sintomatología no tiene por qué aparecer justo al finalizar la aparición del estresor, así suele iniciarse al mes de que éste haya sucedido pudiéndose extenderse su inicio en el tiempo. De hecho, se considerará que el cuadro presenta un inicio demorado si el lapso de tiempo entre el fin del estresor y la aparición de la sintomatología es de 6 meses o más (83). Por otro lado, la duración de la sintomatología llevará a diferenciar entre los cuadros agudos, en los que ésta no durará más de 3 meses y crónicos, que implicará una duración mayor al intervalo temporal anteriormente citado (83).

Independientemente de que las manifestaciones sintomatológicas que presenta el sujeto sean suficientes para diagnosticar un cuadro de Estrés Postraumático o no, lo que sí

parece confirmarse es que la asociación entre la sintomatología intrusiva con la depresiva y/o ansiosa en momentos tempranos del proceso terapéutico contra el cáncer, es un predictor eficaz de un mal ajuste a la enfermedad (11). De este modo y debido a la característica del cáncer como proceso que se extiende a lo largo del tiempo, la sintomatología postraumática fluctuará en paralelo al proceso de la enfermedad y sus tratamientos (13) y el diagnóstico puede actuar como primer impacto para la aparición de esta sintomatología (23), que presentará elevaciones de su intensidad al inicio de los tratamientos o en caso de que se den metástasis (12, 13). No obstante, lo esperado es que con el paso del tiempo y la superación de las distintas etapas que supone la lucha activa con el cáncer, la intensidad de la sintomatología vaya decayendo, siempre que no haya complicaciones con la enfermedad (12).

Aparentemente, los pacientes con cáncer presentan una mayor incidencia de TEP que la población normal (11), sin embargo hay que tener cuidado con los criterios, instrumentos y muestras empleados en los estudios de incidencia que se encuentran en la bibliografía (10). Lo cierto es que, aunque se da cierta prevalencia de sintomatología postraumática en cualquier etapa de la enfermedad que se estudie, los pacientes que llegan a cumplir los criterios de TEP son proporcionalmente pocos (14, 67, 77), aunque por supuesto no deben ser ignorados. De hecho, en el estudio realizado por el equipo de Palmer (2004) (77), se concluye que la incidencia de TEP en una muestra de mujeres que padecen un cáncer de mama, es inferior a la de otra muestra de mujeres de la población general que han sufrido diferentes situaciones traumáticas. Por lo que

concluyen que el cáncer, en este caso de mama, no presenta un riesgo significativo para provocar un cuadro de Estrés Postraumático (77), aunque la localización tumoral, el estadio en el que se encuentra la enfermedad y el tipo de tratamientos que precisan los sujetos tienen un papel importante en la incidencia de este tipo de patologías (10, 12, 77).

En este mismo sentido, hay estudios que encuentran mayor incidencia de sintomatología postraumática entre aquellos sujetos que han finalizado la etapa de lucha activa contra la enfermedad que, en aquellos que acaban de ser diagnosticados (12, 14). Así, en el estudio de Jim et al (2008) (23), se concluye que al finalizar los tratamientos, entre el 16 y el 28% de los sujetos mostraron síntomas de intrusión, entre el 15 y el 34% de evitación y el 25% de alerta e hipervigilancia.

2.2.2.4.- TRASTORNO ADAPTATIVO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.

Los trastornos de adaptación se incluyen en los manuales diagnósticos al uso, DSM-IV-TR (83) y CIE-10 (84), para incluir todas aquellas manifestaciones sintomatológicas que no llegaban a constituir un cuadro psicopatológico específico pero que generaba un nivel de malestar y sufrimiento elevado en el sujeto que enfrentaba una situación o experiencia estresante (93). Por tanto, en esta categoría diagnóstica se incluyen aquellos cuadros más o menos difusos de sufrimiento significativo a nivel afectivo, cognitivo y/o conductual, que comparten una característica común: que se producen como consecuencia del enfrentamiento de una situación estresante, al

igual que ocurría en el Trastorno por Estrés Postraumático (88, 93). Por lo que el Trastorno Adaptativo, se puede considerar como el cuadro psicopatológico que discrimina entre aquellos sujetos cuyo sufrimiento es aún sano o adaptativo y los que ya comienzan a padecer un cuadro psicopatológico grave (88).

La definición tan poco precisa que, aún hoy, se tiene de los cuadros adaptativos, explica por qué estos no han sido considerados como una categoría diagnóstica independiente hasta la publicación de la cuarta edición del manual diagnóstico de la Asociación Americana de Psiquiatría y la décima de la de la Organización Mundial de la Salud (88, 93).

Debido a la gran variabilidad sintomatológica que permite esta categoría diagnóstica, la psicopatología difusa que se observa en los pacientes oncológicos y que suele presentar una alta comorbilidad de manifestaciones ansiosas y depresivas como respuesta a una experiencia traumática, como es el enfrentamiento del cáncer y sus tratamientos, parece quedar bien clasificada. Sin embargo, nos enfrentamos al mismo conflicto de matices conceptuales que nos surgía al valorar la adecuación del cuadro postraumático en pacientes oncológicos. De este modo, las mismas argumentaciones que se presentaban en el caso del TEP, servirían en este punto. Por lo que podemos concluir que el proceso de la enfermedad oncológica se puede considerar como un estresor suficiente para el desarrollo de este tipo de cuadros, siempre que exista una relación temporal entre el inicio de la sintomatología y la ocurrencia de la situación impactante, que debe estar comprendida en un intervalo temporal de entre 1 y 3 meses (88, 93).

Por otro lado, el sufrimiento generado por la situación estresante, es decir, por el cáncer y sus tratamientos, debe afectar a las distintas áreas de la vida del paciente y no deberán mantenerse más allá de los 6 meses después de la finalización de dicha situación, momento en el que se comienza a considerar que es un trastorno crónico (83, 84, 88, 93). En función de los matices que presente el sufrimiento de los sujetos aquejados de esta patología, se identifican los distintos subtipos diagnósticos, a saber: Trastorno Adaptativo con estado de ánimo depresivo, con ansiedad, mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo, con trastorno del comportamiento, con alteración mixta de las emociones y el comportamiento y el no especificado, que englobaría toda la sintomatología consecuente al enfrentamiento de un estresor que no puede ser clasificada en otra categoría (83, 84, 93). Esta mescolanza de síntomas hace que sea relativamente frecuente que pacientes que padecen un Trastorno Adaptativo sean diagnosticados de un Trastorno Ansioso o Depresivo, no proporcionándole al paciente, por tanto, la asistencia que realmente necesita (88).

Al revisar la literatura sobre incidencia de este cuadro en pacientes oncológicos, se confirma que la mayoría de las configuraciones sintomatológicas manifestadas por los pacientes oncológicos se corresponden con el diagnóstico del Trastorno Adaptativo (15, 20, 25, 30, 64). Así se observa un rango de incidencia para este trastorno en población oncológica, que oscila desde el 7% hasta el 50% de los pacientes con cáncer que presentan un sufrimiento emocional significativo (15, 20, 25, 30, 94), siendo el Trastorno Adaptativo con síntomas

depresivos el diagnóstico más frecuentemente dado en población oncológica (65).

A la vista de la gran variabilidad encontrada en cuanto a la incidencia de este tipo de trastornos y que aunque, a priori, su evolución debe ir orientada hacia la desaparición de la sintomatología, pero que en muchas ocasiones lo hace hacia trastornos psicopatológicos más severos, es importante realizar una adecuada delimitación diagnóstica del Trastorno Adaptativo (88, 93). De este modo, se podrá llevar a cabo una intervención integral específica que facilite la prevención de este potencial agravamiento de la psicopatología de los pacientes oncológicos.

2.2.3.- LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO.

No podíamos pasar por alto hacer una breve referencia a la calidad de vida del enfermo oncológico, a pesar de no ser objeto directo de este trabajo. Puesto que, debido al aumento de las tasas de supervivencia que se vienen logrando gracias a los avances terapéuticos que se están obteniendo (44), la calidad de vida de estos pacientes constituye una medida necesaria para valorar la eficacia real y multidimensional de dichos protocolos de tratamiento (18, 95). Este aspecto debe ser considerado en cada una de las diferentes etapas que constituyen el cáncer y sus tratamientos. Puesto que, lograr el mayor bienestar posible para el paciente, desde una perspectiva multidimensional, en cada momento de la enfermedad, debe ser un objetivo fundamental a la hora de planificar los tratamientos (18, 44).

A pesar de que no vamos a entrar en valorar las diferentes definiciones y abordajes conceptuales del constructo de calidad de vida, no debemos perder de vista, que en cada uno de los momentos establecidos a lo largo de la enfermedad y sus tratamientos, este tendrá unos matices diferentes y que siempre dependerá de la valoración subjetiva y personal del paciente (3, 75, 96-98). De hecho, algunos resultados apuntan a que una respuesta emocional negativa de excesiva intensidad en el momento del diagnóstico, o en cualquier momento posterior, complicará enormemente la adaptación posterior del sujeto a su situación de enfermedad y consecuentemente a la valoración que haga durante dicho proceso de su calidad de vida, independientemente de la evolución objetiva posterior que curse su enfermedad (75). Por tanto, una de las premisas fundamentales para potenciar la calidad de vida del enfermo oncológico será el abordaje de la enfermedad oncológica desde una perspectiva integral (44), paliando al tiempo y con el mismo énfasis el sufrimiento físico y psicológico que pudiese padecer el paciente (3, 67, 96, 97).

En el caso concreto del paciente laringectomizado, las limitaciones funcionales y la deformación física que sufren podrían ser consideradas como un atentado a su calidad de vida (44, 62, 97, 98). Sin embargo, en contra de lo que se pudiese esperar, se encuentran evidencias que afirman que ni la pérdida de la voz ni el estoma son aspectos significativos a la hora de valorar la calidad de vida en sujetos supervivientes a un cáncer de laringe, aunque si dificultan considerablemente el proceso de adaptación a las etapas de tratamiento y rehabilitación del paciente laringectomizado (18, 44).

Por tanto, la valoración de la calidad de vida se convierte en una de las mejores medidas de resultado de los tratamientos, junto con la supervivencia, en poblaciones oncológicas (3, 99, 100). En el caso de los pacientes laringuectomizados, donde ya se han conseguido unas tasas de supervivencia muy elevadas, la mejora de la calidad de vida podría considerarse como el motor que impulse el avance de la investigación médica en este campo.

2.3.- VARIABLES MODULADORAS DEL IMPACTO DE LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA Y SUS TRATAMIENTOS.

Cómo se viene describiendo en este trabajo, a la hora de describir el proceso de adaptación a cualquier situación traumática, habrá que prestar atención a la situación objetiva que lo motiva, que en el caso que nos ocupa es el cáncer y sus tratamientos, por un lado y a la respuesta que da el sujeto que la afronta en cada momento, desde una perspectiva integral que abarque tanto lo cognitivo como lo emocional y por supuesto lo comportamental, por otro. Sin embargo, los motivos que llevan a un sujeto concreto a responder a una experiencia vital estresante, como puede ser, su enfermedad de un modo u otro, de forma más o menos saludable, no viene determinado únicamente por dichas características objetivas de la situación, sino que se verá muy determinado por aspectos personales muy particulares e idiosincráticos. Es en este contexto es donde el estudio de las características de personalidad de los pacientes,

las estrategias de afrontamiento y el apoyo social con el que cuentan, toman relevancia en el proceso de adaptación al cáncer y sus tratamientos (12, 17, 22, 101).

De este modo, nos planteamos, a continuación, realizar una breve descripción del papel que juegan dichos aspectos, en la calidad del proceso de adaptación que logran los pacientes oncológicos.

2.3.1.-EL PAPEL MODULADOR DE LA PERSONALIDAD DEL PACIENTE EN LA ADAPTACIÓN AL CÁNCER Y SUS TRATAMIENTOS.

Al revisar la bibliografía existente en relación con el papel que potencialmente juega la personalidad en la enfermedad física, se observan perspectivas teóricas muy dispares. Por un lado, se pueden encontrar trabajos en los que se intenta concluir sobre la influencia de la personalidad, más o menos determinante, en el inicio de la enfermedad (102-109). Por otro, se valora su interferencia con la evolución médica de las distintas patologías estudiadas y, por tanto, su papel en la supervivencia de los pacientes (101, 105, 109-112). En ambos casos, se obtienen conclusiones dispares que, en la mejor de las circunstancias, parecen apuntar hacia la existencia de una leve relación de algún atributo de personalidad con la aparición y curso de dichas enfermedades, pero que no permiten llegar a confirmar ni desmentir consistentemente el papel de la personalidad, que defienden en sus presupuestos teóricos (108, 110, 113, 114).

El motivo de esta gran variabilidad de resultados no sólo se debe a los distintos prismas teóricos desde los que se parte, sino que, de nuevo, se observa una gran variabilidad de metodologías y pruebas de evaluación de la personalidad, que no permiten llegar a resultados generalizables.

En este trabajo no se pretende entrar en ninguna de dichas líneas de trabajo, ni tampoco realizar una revisión exhaustiva de la investigación realizada sobre la personalidad a lo largo del tiempo, sino que nos planteamos describir, el papel de dicho constructo en el modo en el que el sujeto responde y se adapta, de forma más o menos saludable, a una situación vital estresante como es el enfrentamiento de un cáncer y sus tratamientos. Sin pretender desmerecer la gran relevancia de las conclusiones obtenidas por cada una de las perspectivas teóricas que han estudiado este tema, desde las de corte más psicodinámico y humanista, hasta las distintas aproximaciones categoriales y/o dimensionales al estudio de la personalidad, que en cierto modo han permitido llegar a las conclusiones que ahora nos interesan, en este punto y con el fin de ceñirnos a los objetivos de esta investigación, nos limitaremos a plantear las conclusiones obtenidas en la bibliografía en relación con el papel que juega la personalidad en el proceso de adaptación a la enfermedad oncológica, desde una perspectiva eminentemente dimensional.

De este modo, nos basaremos en la perspectiva teórica que defienden la existencia de unos pocos atributos generales, o superfactores que engloban o pueden ser subdivididos en otros mucho más específicos (115, 116). Esta concepción que

encuadra todos los modelos factoriales entre los que se pueden destacar los de Cattell (1957), Guilford y Zimmerman (1956), Strelau (1983) y por supuesto Eysenck (1947) (113, 115-117). De todos ellos, será este último el que sirva de línea directriz de este apartado, desde sus orígenes defiende la existencia de tres dimensiones que son el "neuroticismo- estabilidad", "la extroversión- introversión" y posteriormente "el psicoticismo-normalidad" que habitualmente acaban siendo reconocidos, en los estudios factoriales realizados a posteriori en los otros modelos, como superfactores que engloban otras muchas características de personalidad (115, 117, 118). Esta clasificación descriptiva parece estar muy avalada bibliográficamente (115, 117, 119), sin embargo, la dimensión de psicoticismo recibe numerosas críticas debido a la falta de validez de constructo que presenta, puesto que no se delimita bien si su objeto de medida es la dimensión que va desde la normalidad al psicoticismo o a la psicopatía o a la paranoia, debido a los atributos que la integran (115, 117, 120). Dicha dimensión de personalidad englobaría entre otros muchos aspectos la crueldad, la hostilidad, la falta de empatía, la rigidez y sobre todo, la impulsividad que aparentemente se considera el rasgo más definitorio del psicoticismo (115, 120). Ante estas críticas, Eysenck confirma que este factor recoge la dimensión "normalidad- psicoticismo", por lo que también implica las tendencias al gusto por las cosas raras y extravagantes, al aislamiento y desprecio por los demás (115, 117, 121). Por lo que esta dimensión, a priori considerada para la personalidad sana, recoge contenidos que se solaparían, en cierto modo, con algunas características sintomatológicas de los

cuadros psiquiátricos "esquizoide", "psicopático" o incluso con los "problemas de conducta" (117, 121).

La dimensión "neuroticismo-estabilidad emocional", a partir de ahora "neuroticismo", es la más reconocida por lo que es avalada tanto bibliográfica como estadísticamente en relación con las dimensiones de personalidad. Ésta recoge atributos de personalidad relacionados con la preocupación, la vulnerabilidad, la excitabilidad, labilidad emocional, los miedos, la culpabilidad, la tendencia a las manifestaciones psicósomáticas y las dificultades para el control racional de las emociones (116, 120-122).

Por último, la dimensión "extroversión- introversión", que se denominará en adelante "extroversión", se deriva, al igual que la anterior, de las teorías psicoanalíticas y desde entonces, presenta también un gran apoyo científico (115, 121). En este caso, los atributos más relevantes de esta dimensión de personalidad, serían la sociabilidad, la búsqueda del apoyo social y de la excitabilidad, la expresividad, despreocupación y la labilidad emocional, entre otras muchas características (120, 121).

Estas tres dimensiones, tienen un correlato biológico demostrado (115, 121, 123), por lo que están relacionadas con las bases constitucionales de la personalidad o temperamento (123). De este modo, la personalidad podría considerarse como *"una organización dinámica e interna al sujeto que implica las tendencias cognitivas, afectivas y conductuales particulares de cada sujeto y que son resultantes de la integración de aspecto psicofísicos o temperamentales"* (116, 124, 125). Por tanto y

entre otros factores, el neuroticismo, la extroversión y el psicoticismo como dimensiones temperamentales que son (115, 120, 121), incidirán en el modo en que los sujetos se enfrentan a las distintas situaciones que componen su vida cotidiana.

Como ya se comentó anteriormente, no se pretende realizar un compendio teórico sobre personalidad, pero si queremos aclarar, debido a su relevancia en puntos posteriores, el concepto de "dinamismo vs estabilidad" de la definición propuesta. De este modo, los atributos que caracterizan la personalidad de un sujeto, se mantienen estables a lo largo del tiempo, si bien de cara al enfrentamiento de situaciones concretas la combinación de dichos aspectos que se pueda dar será variable, de ahí el matiz dinámico de la personalidad (101, 107, 110, 116, 120, 124, 125).

De nuevo, retomamos el objetivo final para cualquier situación que enfrente un sujeto y ante la que moviliza tanto sus atributos como sus recursos personales, que es la adaptación a dicha situación. En este sentido, las distintas características personales de los sujetos les harán más o menos vulnerables al sufrimiento tanto físico como mental secundario a sus vivencias. De hecho, son muchas las evidencias bibliográficas que avalan el interés por conocer el papel de la personalidad, no solo en la enfermedad somática, como ya se comentó anteriormente, sino también en la mental (114, 117, 126-128).

En relación con la enfermedad física, las dos más estudiadas originariamente desde un punto de vista psicológico, han sido la enfermedad coronaria y la oncológica.

Posteriormente, las conclusiones obtenidas se han ido intentando extender a otras patologías, pero sin mucha trascendencia. No obstante, nos centraremos en presentar los resultados obtenidos en relación con la enfermedad oncológica. En este sentido, modelo teórico que se elija será el que determine cuál es la posible influencia de la personalidad en el curso de la enfermedad, de este modo podremos considerarla como un factor de riesgo para su aparición, tanto por sí misma como en combinación con otros factores, o la consideraremos como una variable que incide en la capacidad de respuesta del sujeto (101).

En cuanto a su papel en la etiología de la enfermedad, el modelo bio-psico-social de Taylor (1995) defiende que el cáncer tiene un origen multicausal, por lo que la personalidad por sí misma y en solitario no tiene capacidad para generar la enfermedad, pero si en combinación con otros factores físicos, hereditarios y sociales entre otros (113, 114, 129, 130). Esta afirmación es confirmada a través de numerosos estudios que abordan este tema desde distintas aproximaciones teóricas y consecuentemente desde distintas metodologías, que no consiguen delimitar un perfil de personalidad específico que realmente demuestre tener un efecto claro en el desarrollo o evolución de la enfermedad oncológica, sea cual fuere su ubicación (1, 101, 108, 126).

De este modo, las distintas dimensiones temperamentales presentadas anteriormente, en cuanto a su función constitucional, demuestran tener cierta influencia en el modo en el que el sujeto enfrenta su enfermedad oncológica. Sin

embargo, ninguna de las tres demuestran tener una aparente influencia en la etiología de la enfermedad (27, 110, 112, 131). Será, de nuevo, el "neuroticismo" el aspecto más estudiado en este sentido, en cualquier momento de la enfermedad. Esto es debido a que dicho factor presenta una clara relación con las vivencias de estrés, por lo que por un lado, la desestabilización física que genera la exacerbación de esta dimensión hace más vulnerable al paciente ante la enfermedad somática y por tanto también al cáncer (12, 101, 112); y por otro, hará más propensos a los sujetos a realizar más conductas de riesgo o poco saludables con el fin de disminuir dichos niveles de estrés (100, 114). Las conclusiones de esta línea de trabajo, que presenta un sustento fisiológico claro, se ven aparentemente confirmadas por el análisis de las características afectivas que caracterizan la dimensión neurótica de la personalidad y entre todas ellas serán la labilidad emocional y la represión de afectos, las que se hayan vinculado más a la evolución de la enfermedad oncológica (72, 81, 87, 95, 114, 126), aunque las conclusiones sobre su papel en la incidencia y progresión del cáncer siguen siendo inconsistentes (70, 112). Lo que si se demuestra es que la dimensión de neuroticismo en general, pero estos dos atributos en particular, influirán en la capacidad de adaptación del sujeto a la situación de enfermedad que enfrenta (3). De este modo, aquellos sujetos que posean un perfil de personalidad determinado por estas características, presentarán mayores dificultades para desarrollar regularmente conductas preventivas y de autocuidado, así como para adaptarse a estas situaciones adversas (27, 132), hecho que, a la larga, puede suponer un mayor riesgo de muerte (111).

Del mismo modo, el papel que la dimensión temperamental de extraversión juega en la incidencia y pronóstico de la enfermedad oncológica, no se ha podido determinar. Sin embargo, al analizar su papel en la adaptación a la enfermedad, se demuestra que es un potente facilitador. Puesto que, el polo positivo de esta dimensión implica una apertura al medio social así como variadas inquietudes interpersonales que implican la comunicación social y que, facilitarán al paciente lograr un mayor apoyo social que, al final, potenciará la adaptación del sujeto a su situación personal (120, 121). De hecho se observa una mayor tendencia a desarrollar conductas preventivas y de autocuidado en casi todas las fases de la enfermedad en aquellos sujetos que presentan una mayor intensidad del polo positivo de esta dimensión, así tienden a acudir con más facilidad y frecuencia a los programas preventivos de screening oncológico y presentan menos problemas para solicitar ayuda médica (132). Por el contrario, aquellos sujetos más introvertidos que carezcan del apoyo social necesario para enfrentar la situación de enfermedad, verán más comprometida su supervivencia (111).

A pesar de la controversia que despierta la dimensión de psicoticismo, también se ha estudiado su influencia en la enfermedad neoplásica. Así los atributos de impulsividad y hostilidad parecen ser, por sus implicaciones afectivas los que más afectan a la incidencia y curso de la enfermedad, defendiéndose que las personas que controlan mal sus reacciones de enfado y/o ira suelen ser más vulnerables a vivir situaciones más estresantes, a presentar más conductas de riesgo y por tanto a ser más vulnerables a padecer problemas

de salud (114, 120, 124). Por otro lado, en algunos estudios se ha observado una tendencia considerable a responder al proceso de enfermedad y tratamientos del cáncer con cierta suspicacia o paranoidismo por parte de los pacientes, lo que dificultará su adherencia a éstos (113). Del mismo modo que pasaba con el neuroticismo, aquellos sujetos que presentan atributos muy marcados de esta dimensión tienden a desarrollar menos conductas saludables y de screening, tanto antes como durante la enfermedad oncológica, por lo que tenderán a presentar una peor adaptación a esta situación (132).

Aparentemente, parece que ciertos atributos de personalidad o combinación de éstos, podrían jugar un papel más o menos relevante en el proceso de enfermedad física de forma más específica que dichas grandes dimensiones temperamentales. Como consecuencia de esta línea de trabajo, se delimitaron los denominados "patrones de comportamiento", como resultado del estudio de las características psicológicas y de personalidad propias de los pacientes con afecciones cardíacas y oncológicas, principalmente. Dichos patrones de comportamiento, por tanto, establecen una combinación de atributos de personalidad que hace a los sujetos que la presentan más vulnerable al padecimiento de dichas enfermedades físicas (51, 80, 129). Como ya se viene planteando a lo largo de este apartado, a pesar de que dichos patrones se presentan en la bibliografía de forma consistente, su influencia en la enfermedad aún no se ha podido delimitar. Por lo que la trascendencia de estos resultados queda reducida a un papel descriptivo de las características de personalidad de dos colectivos de pacientes que, como ya pasaba con las

dimensiones temperamentales, deben tenerse en cuenta de cara a la valoración de la capacidad de adaptación que presenten.

No obstante, en la segunda mitad del siglo XX se comienzan a obtener resultados empíricos de este abordaje teórico en pacientes cardíacos. Así Friedman y Rosenman (1959) definen un patrón de comportamiento, denominado Tipo A, que implica una mayor vulnerabilidad al padecimiento de enfermedades crónicas. Dicho patrón incluía atributos de personalidad como la agresividad, la hostilidad, la competitividad y el exceso de actividad (129, 133, 134). En contraposición se propone el patrón comportamental Tipo B, que hace alusión, a personalidades saludables y se define por la ausencia de las características del patrón Tipo A (130, 133, 134). Posteriormente, en 1980, Morris y Greer definieron por primera vez, el patrón Tipo C, que aparentemente recogería a aquellos sujetos más propensos al padecimiento de una enfermedad oncológica (72, 113, 129, 133-135).

De este modo, el patrón de comportamiento Tipo C, haría alusión a sujetos cooperativos, sumisos, que ajustan su comportamiento a las normas sociales y dictadas por personas con autoridad, dependientes, excesivamente pacientes y tolerantes, que presentan una excesiva capacidad de autosacrificio, con un excesivo control sobre sus emociones que les puede llevar incluso a reprimir las negativas (enfado, ira, etc) y que carecen de asertividad para expresarlas (1, 72, 87, 105, 113, 114, 129, 136). Suelen ser personas con tendencia a la desesperanza, desamparo y la depresión (1, 72, 114, 130, 136). Desde esta perspectiva, el patrón de comportamiento tipo

C se convierte en una estructura de personalidad opuesta al tipo A (3, 113, 129, 130, 136). Siendo los atributos sobre los que, aparentemente, gira todo el constructo del patrón Tipo C, la supresión afectiva y falta de expresión emocional, sobre todo ante situaciones estresantes (125, 129, 130, 135), mientras que el patrón Tipo A, se caracterizaría, sobre todo en dichas situaciones, por ser más expresivo y explosivo (130).

Muchos de los resultados obtenidos como consecuencia de esta línea de investigación, confirman la mayor tendencia a la supresión y falta de expresión emocional en pacientes que padecen un cáncer frente aquellos que están libres de dicha afección. Del mismo modo, el colectivo de pacientes oncológicos muestran una mayor incidencia de sentimientos de impotencia, dependencia de los demás, rigidez, perfeccionismo, ansiedad rasgo (3, 113, 129). Se observa también, que mientras más avanzada se encuentra la enfermedad se produce un mejor control emocional, que en estadíos más iniciales (3, 113, 129).

En este punto, volvemos a plantearnos cuál es la utilidad de este constructo, puesto que si consideramos que tiene un papel modulador de la forma en que el sujeto responde a la enfermedad, entonces debemos destacar que el Tipo C podría considerarse una adecuada manera de enfrentar la enfermedad, puesto que suelen ser sujetos amigables y sociables, lo que les facilitaría lograr un adecuado apoyo social (72). Por otro lado, si valoramos su papel en la incidencia y pronóstico de la enfermedad oncológica, aspecto que ha despertado más controversia y ha generado un mayor volumen de investigaciones, entonces, debemos confirmar que este patrón

de personalidad ni ningún otro aspecto psicológico, puede ni debe considerarse como factor de riesgo principal del cáncer por sí mismo. No obstante, si deben considerarse en combinación con otros factores de riesgo de distinta etiología a la hora de predecir, no sólo la propensión a la enfermedad oncológica, sino también el curso que seguirá dicha patología (113, 129). Ninguna de estas perspectivas que, a priori parecían incompatibles, debe ser desechada, puesto que los atributos aquí expuestos describen un tipo de personalidad y, por tanto, una condición psicológica estable en el tiempo que, por tanto, no se ha de alterar una vez aparezca la enfermedad (133). De este modo y volviendo a las dimensiones temperamentales con las que se iniciaba este apartado, Eysenck (1985) ya planteaba que personas que presentaran una alta incidencia de atributos neuróticos y psicóticos y baja en los que componen la dimensión de extroversión, serían más propensos a desarrollar un cáncer (113, 128, 129, 135, 137). Conclusión que, al igual que en otros puntos ocurría, no siempre es confirmada en los estudios que han tratado de replicar dichas conclusiones (138).

En esta misma línea habría que destacar que, el patrón de comportamiento Tipo C ha recibido y recibe abundantes críticas, en contraste con el apoyo encontrado por el patrón Tipo A (134), precipitadas en muchas ocasiones por la debilidad metodológica de los estudios realizados al respecto, pero también por la combinación de atributos que supone este patrón que, a criterio de algunos autores no sigue una pauta clara y objetiva (113, 129, 137). Como consecuencia de las muchas revisiones a las que ha sido sometido este constructo, las últimas conclusiones refieren que el patrón de comportamiento

Tipo C, históricamente tan vinculado a la enfermedad oncológica, tiene más que ver con la enfermedad crónica en general y por tanto se convertiría en una variable mediadora del procesamiento emocional del paciente y su capacidad de respuesta ante situaciones estresantes, en general (137).

Por tanto, parece poder admitirse que estos patrones, atributos o dimensiones temperamentales descritos hasta el momento, inciden en la forma en que el sujeto responde a una situación estresante como puede ser la enfermedad crónica y más en concreto la oncológica. Y como se apuntó en apartados anteriores, dicha respuesta puede resultar no ser saludable para el sujeto y estar marcada por la aparición de sintomatología psicopatológica de corte eminentemente ansioso- depresivo. De este modo, se podría confirmar que las dimensiones de personalidad inciden en la capacidad de adaptación del sujeto ante la enfermedad oncológica, predisponiendo la aparición de dichos cuadros psicopatológicos (100, 111, 125, 128, 138-144).

Para valorar dicha incidencia, de nuevo nos basaremos en las distintas dimensiones temperamentales propuestas por Eysenck (1989). Esto se debe a que este autor delimita las dimensiones de neuroticismo, extroversión y psicoticismo tras un completo análisis de las teorías evolutivas, del aprendizaje, genéticas, fisiológicas, de la percepción, entre otras muchas (117), por lo que integra en sus conclusiones información diversa y exhaustiva que, se ajusta a los objetivos que promueven este trabajo.

Una vez delimitado el contexto teórico en el que nos vamos a desenvolver queremos destacar que, al margen de los

atributos más estables de la personalidad, el sujeto puede experimentar una gran variedad de estados psicológicos más o menos transitorios, como pueden ser el miedo, la tristeza o depresión, que habitualmente se dan como consecuencia de algún evento externo y que pueden durar unos segundos o ser más estables en el tiempo (125, 144). Dichos estados psicológicos suelen tener un correlato en la estructura de personalidad del sujeto que hace que éste sea más propenso a demostrar unas reacciones u otras ante determinadas situaciones estresantes o amenazantes (125, 144).

De este modo, la bibliografía consultada aporta abundante evidencia de la relación existente entre la dimensión neurótica de la personalidad y la incidencia de los cuadros depresivos (81, 112, 127, 139, 141-146). Esta relación se puede establecer también a nivel fisiológico, puesto que la similitud de factores genéticos que determinan el neuroticismo y la propensión a la depresión ha sido demostrada (127, 141, 142), sin embargo solo lo mencionaremos puesto que no es objeto de este trabajo abordar este aspecto.

Retomando nuestra línea de discurso, queremos recordar que por un lado, se sabe que los sujetos que presentan puntuaciones elevadas en la dimensión de neuroticismo suele presentar una mayor facilidad para vivir situaciones estresantes que al final agotan al organismo, favoreciendo no solo la aparición y/o progresión de la enfermedad física sino también de los cuadros depresivos y ansiosos (139, 142). Por otro lado, el sujeto con un perfil de personalidad determinado por la dimensión neurótica tiende a responder de forma más acusada

y conferir a la situación estresante un mayor poder patógeno (142, 144). Así el neuroticismo no sólo hace más vulnerable a los sujetos al padecimiento de la depresión sino que también complica su pronóstico (127, 139, 141). Por lo que los sujetos que presentan un perfil poco neurótico suelen ser menos sensibles a los efectos depresógenos de las situaciones estresantes (142). Esta relación tan clara se produce, del mismo modo, al valorar la propensión de los sujetos al padecimiento de los cuadros ansiosos y de estrés postraumático (100, 122, 139, 141, 144).

Por otro lado, la extroversión ha presentado una relación con la psicopatología más ambigua y menos contrastada (127, 139, 141, 145, 146). De hecho, sería el polo negativo de dicha dimensión, es decir, la introversión quien determine la mayor propensión al padecimiento de cuadros ansiosos y depresivos (127, 139, 143, 145). Según la bibliografía consultada, la incidencia de la introversión en los cuadros ansiosos está más avalada y contrastada que en los depresivos (141).

No obstante, las dimensiones temperamentales alcanzan su mayor poder predictivo cuando se dan combinadas, es decir, aquellos sujetos que presentan un perfil de personalidad marcado por el descontrol e inestabilidad emocional o alto neuroticismo y la introversión, serán los más propensos al padecimiento psicopatológico, ya sea de corte ansioso o depresivo (141, 145). Sabiendo que, por un lado, el mayor peso de dicho poder predictivo, recaerá sobre el neuroticismo, y que, por otro lado, como ya pasaba con la enfermedad oncológica, dichos rasgos de personalidad, a pesar de constituirse como

factores de riesgo de dichos padecimientos, no resultan determinantes para el desarrollo de dichas afecciones psicopatológicas (127, 141).

Por tanto, la incidencia de determinantes contextuales, genéticos y físicos serán precisos, junto con el elevado neuroticismo y la baja extraversión, para la aparición de dichos cuadros psicopatológicos (141). Sin embargo, será la influencia de la percepción y significado que el sujeto le dé a la situación que enfrenta serán los que determinaran el matiz depresivo o ansioso del padecimiento psicopatológico que le afecte (141). Por otro lado, en función de la alteración que la situación estresante suponga para la vida cotidiana del sujeto, así será la intensidad y duración de dichas manifestaciones psicopatológicas (144).

En cuanto a la dimensión temperamental de psicoticismo, a priori, no presenta una relación clara con los cuadros ansioso-depresivos, ni con ninguna otra afectación psicológica o emocional de carácter internalizante (143). Sin embargo, si demuestra su influencia en la propensión a los cuadros externalizantes, como pueden ser el abuso y dependencia a sustancias, como puede ser el alcohol (143). Este matiz, que en cualquier otro estudio de estas características le haría pasar desapercibido, en la población de pacientes laringectomizados adquiere una gran relevancia, puesto que, no se puede olvidar que precisamente el consumo abusivo de alcohol y tabaco constituyen dos factores de riesgo de gran relevancia para el desarrollo de un cáncer de laringe. Sin embargo, no se han

encontrado evidencias bibliográficas que profundicen o sistematicen estos resultados.

Teniendo en cuenta que, como ya se introdujo al inicio de este apartado, las dimensiones temperamentales tienden a ser estables en el tiempo, la influencia que sobre la capacidad de adaptación tiene la personalidad, se mantendrá a lo largo de la vida del sujeto (111, 140). No obstante, los atributos que constituyen cada dimensión temperamental y que determinan la variabilidad entre sujetos, si puede sufrir una evolución a lo largo del tiempo, en función de las experiencias vividas que, a pesar de no modificar las características nucleares de dichos perfiles de personalidad, afectaran a la intensidad del sufrimiento que las situaciones adversas generen en el sujeto (111, 140). En este contexto, se ubica, de nuevo el concepto de personalidad vulnerable o vulnerabilidad psíquica (128, 140). Dicho constructo al igual que el neuroticismo, la extroversión o el psicoticismo, también presenta un carácter dimensional cuyos polos iría desde la debilidad o vulnerabilidad psíquica hasta la robustez o fortaleza psíquica (128).

De este modo, el sujeto que presenta una elevada vulnerabilidad psíquica se muestra nervioso, agitado, indeciso, aprehensivo, con poca confianza en sí mismo y con la tendencia a compensar dicha debilidad a través de la agresividad, la ironía o la suspicacia (128). Aunque este perfil pueda recordar a la dimensión temperamental neurótica, la realidad es que no se observa una relación directa entre ambos constructos, a pesar de compartir algunos atributos (128, 140). Sin embargo, se puede observar una relación paralela entre la vulnerabilidad

psíquica y el neuroticismo con la propensión a padecer síntomas físicos y/o psicopatológicos, a pesar de que no se haya confirmado dicha incidencia en el caso concreto de la vulnerabilidad psíquica y la enfermedad oncológica (128).

Todo lo comentado hasta el momento en relación con la personalidad, se ha planteado desde la óptica de la enfermedad y el sufrimiento. Sin embargo, en los últimos tiempos la influencia de la Psicología Positiva de Seligman (1990) empieza a notarse en el ámbito de la investigación. De este modo, la tendencia a plantear las consecuencias de la enfermedad oncológica, en este caso, como una oportunidad de crecimiento y las reacciones cognitivas, emocionales y/o conductuales desde la perspectiva de la búsqueda del bienestar y no de la evitación del sufrimiento, es cada vez más frecuente (80, 147, 148). En este contexto surge y se desarrolla el concepto de Personalidad Resistente (148), para hacer referencia a aquellas estructuras de personalidad cuya característica fundamental es el fuerte sentimiento de control sobre las circunstancias de la vida por un lado y de compromiso con ciertas metas y objetivos existenciales que se pueda marcar el sujeto (2, 148). De este modo, los sujetos con una personalidad resistente perciben las situaciones estresantes o amenazantes, como el enfrentamiento de la enfermedad oncológica, como una oportunidad de crecimiento personal y/o aprendizaje, por lo que tienden a enfrentar dichas situaciones de forma optimista y activa. Consecuentemente, favorecerá la adaptación a la enfermedad y tendrá una función preventiva ante la aparición de síntomas ansiosos-depresivos (148).

En este sentido y puesto que favorece la adaptación del sujeto a las distintas situaciones que puedan desestabilizar o atentar a su bienestar, el concepto de personalidad hace alusión a un constructo dinámico muy determinado por la relación que establece el individuo con su entorno (147). El papel del sujeto en dicha interacción se basa en tres pilares fundamentales que, serían el "control" o seguridad que se percibe tener en las capacidades personales para afrontar la situación estresante a la que se enfrente; el "compromiso" personal que el sujeto haya establecido con las distintas obligaciones, relaciones o actividades que compongan la vida del sujeto y el "reto" o percepción de las distintas circunstancias que componen la vida del sujeto como una oportunidad de superarse a si mismo, aprender y desarrollarse como persona (147, 148). De cara al afrontamiento de la enfermedad oncológica o cualquier otra situación estresante, el componente de "reto", se presenta como el que tiene un mayor poder protector, debido al poder que tiene para disminuir el efecto emocional negativo que tienen dichas experiencias (147).

Todo lo comentado hasta el momento en este apartado, pero quizás de forma más explícita desde la óptica de la Personalidad Resistente, a pesar de no ser aún muy abundante la investigación al respecto en el ámbito de la salud (147), no se puede entender desvinculado del concepto de "Estrategia de Afrontamiento". Por este motivo, nos planteamos profundizar en este concepto en el siguiente apartado.

2.3.2.- LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO COMO VARIABLES MODULADORAS EN EL PROCESO DE ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA.

Que un paciente oncológico viva su proceso de enfermedad como una oportunidad de crecimiento y reafirmación personal (149) o como una experiencia devastadora que llegue incluso a desencadenar un cuadro psicopatológico, va a depender, entre otros motivos de la valoración que éste haga de su situación personal y de los recursos que tiene para hacerle frente (4, 8). Dicho proceso de valoración se centra, por un lado, en las características de la situación que se enfrenta y el significado que para el individuo tiene (valoración primaria) y por otro, en las capacidades que el sujeto considera tener para hacerle frente y controlar el estrés o sufrimiento emocional que le pueda generar (valoración secundaria) (4, 8, 150, 151). Como consecuencia de este enjuiciamiento o valoración cognitiva que se realiza de la situación personal del sujeto, tanto en sus aspectos externos, sociales o vinculados a la relación del sujeto con su entorno como internos, más relacionados con su estado emocional y sus recursos personales, se desarrolla una respuesta cognitiva que conlleva una respuesta conductual, que se conoce como "Afrontamiento" (2, 4, 8, 9, 116, 125, 148, 152-154). A pesar de que, este proceso de afrontamiento alcanza su mayor relevancia en situaciones que tengan una trascendencia vital para el paciente, como puede ser enfrentarse a una enfermedad potencialmente mortal y cuyos tratamientos suelen ser considerablemente agresivos, los pequeños estresores cotidianos también pondrán en marcha dichos recursos del sujeto (155). Por tanto y a pesar de que dos

sujetos puedan estar enfrentándose a la misma situación objetiva, el punto de partida o valoración inicial de la situación y por tanto, el proceso de afrontamiento que deberán poner en marcha para poder adaptarse a su situación, no será el mismo para aquel que valore su situación como un reto o como un castigo, por ejemplo (8, 150). En cualquier caso, el afrontamiento implica los siguientes objetivos básicos, por un lado, dar respuesta o solución a la situación problemática o estresante que se está afrontando, por otro, contener la respuesta emocional que suscite en el sujeto dicha situación y por último el mantenimiento de la autoestima (2, 8, 154, 156, 157).

Este proceso se concreta a través de las estrategias de afrontamiento, que hacen alusión a los recursos personales y sociales con los que cuenta el individuo para hacer frente a las demandas de una situación o acontecimiento estresante concreto (4, 8, 60, 148, 158, 159). Es decir, las estrategias de afrontamiento se pueden entender como el patrón de conductas, pensamientos y percepciones, consecuente al estilo personal de afrontamiento de un sujeto que se enfrenta a una situación estresante y quiere mantener o restablecer su estabilidad emocional (158). En torno a este tema y debido a su trascendencia, se ha producido un gran volumen de bibliografía científica que han dado como consecuencia distintas clasificaciones de los recursos de afrontamiento. Sin embargo, y como ya ocurría en el caso de la personalidad, las distintas estrategias identificadas pueden clasificarse en dos grandes grupos, aquellas centradas en el problema y las centradas en la emoción (4, 9, 116, 150, 151, 155, 158, 160, 161). Así, las

primeras recogen todos aquellos recursos personales de los sujetos que se orientan a la resolución de la situación problemática y toma de decisiones, como por ejemplo la búsqueda de apoyo social, la aceptación de la responsabilidad, la búsqueda de información o la planificación y resolución de problemas; mientras que las centradas en la emoción se emplearan con el fin de minimizar el sufrimiento o malestar afectivo que el sujeto padece a consecuencia del enfrentamiento con la situación problemática (4, 8, 116, 150, 151, 158, 160, 161). Algunos ejemplos de estas estrategias centradas en la emoción serían el distanciamiento del problema, la tendencia a la fantasía, el autocontrol, la evitación o la reinterpretación positiva (116, 150, 151). Habría una tercera categoría posible que recogería a aquellas estrategias centradas en el significado, es decir, aquellas, a través de las cuales, el sujeto intenta comprender que le está ocurriendo y el impacto que dicha situación tendrá para su vida (4). Esta clasificación es la que, a priori, cuenta con un mayor apoyo bibliográfico y científico.

Sin embargo, a la hora de identificar estrategias de afrontamiento concretas, también encontramos una gran variabilidad, siendo las más frecuentemente identificadas en población oncológica (22, 56), son las siguientes:

1.- Negación o evitación positiva: Los pacientes tienden a negar el diagnóstico o a minimizar la seriedad que conlleva. Estos pacientes suelen evitar el uso de la palabra "cáncer" empleando diversos eufemismos. Evitan pensar o hablar sobre la enfermedad y se esfuerzan por continuar con sus vidas con normalidad (22, 56).

2.- Espíritu de Lucha: Implica una aceptación del diagnóstico y el desarrollo de una actitud optimista que concibe la enfermedad como un reto. Buscan información sobre el cáncer y quieren implicarse activamente en la lucha contra la enfermedad (22, 56).

3.- Fatalismo o aceptación estoica: El paciente no quiere conocer el diagnóstico, no buscan información y adoptan una actitud de resignación (22, 56).

4.- Desesperanza, Desamparo o Indefensión: El diagnóstico impacta en estos pacientes de forma que les es difícil pensar en otra cosa y sus vidas se ven interrumpidas por los miedos al sufrimiento y una muerte percibida como segura. Presentan, por tanto, una actitud pesimista (22, 56).

5.- Preocupación Ansiosa: Los pacientes reaccionan al diagnóstico con una ansiedad marcada y persistente. Buscan información sobre el cáncer que tienden a interpretar de forma pesimista, buscan numerosas opciones de cura, incluidas en tratamientos alternativos y tienden a interpretar todos los síntomas y señales físicas como signos de recurrencia o agravamiento del cáncer (22, 56).

Obviamente, las aquí presentadas, no son todas las estrategias descritas en la bibliografía, pero aparentemente son las más trabajadas en el ámbito de la psico-oncología (8, 9, 50, 148, 151, 160-162). En este sentido, y teniendo en cuenta la gran variabilidad que existe entre pacientes y el potencial impacto de la enfermedad en éstos, no debe dejarse de lado el hecho de que el objetivo final de cualquier sujeto que afronta

una situación estresante es lograr la mejor adaptación posible y consecuentemente reducir el malestar psicológico que pudiese estar causándole, aspecto que toma gran relevancia en el contexto de la enfermedad en general y del cáncer en particular (8, 9, 148, 154, 158, 161). No obstante, no se puede considerar, en principio, que existan estrategias de afrontamiento adaptativas o desadaptativas por sí mismas, sino que deben considerarse en función de las características personales del sujeto, de la situación concreta que afronta, de las particularidades de su entorno y del grado de bienestar resultante de dicho proceso de afrontamiento (2, 9, 22, 59, 151, 158, 163, 164). En este sentido, existen evidencias en la bibliografía consultada en relación con el afrontamiento de la enfermedad oncológica, que informan que estrategias a priori negativas, como puede ser la negación o la evitación, en los estadios tempranos de la enfermedad tienen una función positiva, puesto que dan tiempo al sujeto para poder reponerse del impacto del diagnóstico y enfrentar la situación de un modo más activo (2, 48, 165). Sin embargo, si estas mismas estrategias se mantienen en el tiempo, entonces atentarán contra la posibilidad de que el sujeto se adapte a su enfermedad, no sólo en cuanto a la adherencia a los tratamientos se refiere sino y sobre todo en cuanto al nivel de sufrimiento emocional que éste puede llegar a padecer (2, 47, 165, 166).

No obstante, se encuentran resultados que afirman que aquellos sujetos que enfrentan su enfermedad oncológica empleando preferentemente la estrategia "Espíritu de Lucha", lograrán una mejor adaptación a su situación personal, mientras

que aquellos que emplean recursos como la "Desesperanza", la "Preocupación Ansiosa" o el "Fatalismo", entre otras, presentarán un peor ajuste a la enfermedad y sus tratamientos (4, 50, 151, 163, 165-168). Del mismo modo, también suele asociarse los afrontamientos activos, como el espíritu de lucha o la negación, u orientados hacia el problema como garantes de una mejor adaptación a la situación estresantes, en general (2, 56, 158, 165, 167, 169). Por otro lado, se relaciona la eficacia de las distintas estrategias en función del grado de control que el sujeto percibe tener sobre su situación, por lo que las estrategias centradas en el problema, suelen ser más útiles o eficaces en aquellas situaciones en las que el sujeto percibe tener cierto grado de control; mientras que los recursos dirigidos a la emoción se emplearan en aquellas situaciones en las que el sujeto considera no poder hacer nada por cambiar su situación ((2, 148, 156, 158, 160, 169). Y no cabe duda de que el empleo continuo de las estrategias de evitación garantizan el sufrimiento emocional del paciente y el mal pronóstico de la enfermedad y por ende de su calidad de vida (2, 8, 116, 148, 150, 151, 165, 169). De este modo, se encuentran estudios en los que se concluye que las estrategias de afrontamiento pueden llegar a ser mejores predictores del sufrimiento físico y emocional así como de la discapacidad percibida por el paciente, que incluso las variables médicas (151, 159, 162, 170).

Sin embargo, en el contexto de la enfermedad oncológica, el afrontamiento de los distintos estresores que de ella se derivan no se caracteriza por el uso de una única estrategia, de hecho, es frecuente encontrar trabajos donde se concluye sobre el empleo de varias estrategias bien de forma simultánea (150,

161, 166), de forma secuencial e incluso combinadas (9, 160). Así, y como ya se exponía con anterioridad, cada situación que se desprende de la enfermedad y que supone un reto a los recursos de enfrentamiento del sujeto, exigirán una nueva valoración y el consecuente nuevo esfuerzo de afrontamiento que, a pesar de respetar la preferencia por el empleo de un estilo de afrontamiento frente a otros, deberá ser concreto y específico de dicha circunstancia (8, 150, 153, 158, 165, 167, 171, 172). Por lo que independientemente de la evolución que siga el cuadro físico que padezca el paciente, se produce una evolución en el proceso de afrontamiento que el sujeto realiza en pro de una mejor adaptación a su situación (8, 164, 171). No obstante, conviene tener en cuenta que, cuando un sujeto recibe el diagnóstico de una enfermedad grave como el cáncer, o se enfrenta a cualquier otra situación estresante, no cambia inmediatamente su forma habitual de afrontar el estrés, ni genera patrones de afrontamiento nuevos. Es más probable que las características y estilo previo que tuviese se movilice por el estrés de la enfermedad grave y sus tratamientos y se adapte a las nuevas circunstancias (130, 173). De este modo, aquellos sujetos que tengan estilos de afrontamiento más flexibles tendrán más facilidad para restablecer su estado de bienestar psicológico y presentarán una menor vulnerabilidad a responder de forma desajustada a la enfermedad y sus tratamientos (22, 158).

Por tanto, y en relación con el tipo y calidad del proceso de afrontamiento al cáncer y sus efectos en relación tanto con el bienestar como con la supervivencia del enfermo oncológico, encontramos numerosas contradicciones al revisar la bibliografía

existente (164, 166). Esto se debe, de nuevo, tanto a las distintas clasificaciones o estrategias consideradas en los distintos trabajos como a las diferencias metodológicas que se pueden observar en muchos de estos trabajos (161, 166), lo que dificulta que puedan ser comparados (56). Pero lo que parece claro es que el punto de partida de todos estos trabajos es la defensa de que estos aspectos psicológicos, es decir, las estrategias de afrontamiento, tienen algún tipo de influencia bien en la supervivencia de los pacientes oncológicos, bien en el grado de sufrimiento o afectación de la calidad de vida de los mismos durante el proceso de enfermedad (168).

Así, este punto de partida es común en muchos trabajos de investigación en el que se defiende la interacción entre estos aspectos psicológicos y el afrontamiento de la enfermedad oncológica (56). Dicha interacción habitualmente ha sido estudiada desde la perspectiva de las consecuencias adaptativas o desadaptativas o psicopatológicas consecuentes a éstas, quedando aparentemente descartada la influencia de estos aspectos en el desarrollo de la enfermedad oncológica (110, 164). No obstante, en los últimos tiempos, la relación causal directa que se ha establecido durante mucho tiempo entre estrategias de afrontamiento y las consecuencias emocionales y/o pronósticos de la enfermedad que presentan los pacientes (168), ha sido puesta en tela de juicio y ha despertado un creciente interés por conocer el papel de la personalidad en este proceso de afrontamiento y adaptación a la enfermedad, así como la relación existente entre ambos constructos (93).

Sin embargo, una de las principales cuestiones que surgen en torno a estos conceptos es por qué cada individuo presenta unas tendencias de afrontamiento y no otras (9, 153, 165, 167). A este respecto, no se debe olvidar el efecto de variables tales como las características de la situación, los recursos sociales de los que disponga el sujeto, su estabilidad mental y aptitudes cognitivas, el entorno cultural en el que vive, entre otras muchas (5, 151, 159). Sin embargo, los rasgos que caracterizan la personalidad han demostrado en diversos trabajos, su influencia en el estilo de afrontamiento que presenta un sujeto, predisponiéndole al empleo de determinadas estrategias (2, 109, 116, 122, 155, 165, 165).

El interés por conocer la relación existente entre personalidad y estrategias de afrontamiento ha generado una gran variedad de conclusiones, que pretendemos exponer de forma resumida y estructurada. El primer paso que debemos dar, por tanto es ratificar que, efectivamente, existe una interacción entre la personalidad y las estrategias de afrontamiento (2, 116, 118, 122, 155, 165, 172, 173), que se mantiene estable a lo largo del tiempo (173). Los matices de dicha interacción han sido estudiados desde distintas perspectivas como pueden ser desde la complementariedad de ambos constructos (118, 151, 170), la labor moduladora que, normalmente, la personalidad ejerce sobre las estrategias de afrontamiento (122, 165, 172, 173); o sobre el poder predictor que, de nuevo, la personalidad tiene sobre las preferencias de afrontamiento de los sujetos (172). Sea cual fuere, el tipo de interacción entre ambas, el funcionamiento combinado permite

comprender el modo de proceder del sujeto que se enfrenta a una situación estresante (118, 165).

A tenor de esta situación, consideramos relevante destacar que, como ya ocurriese en apartados anteriores, será la dimensión temperamental de Neuroticismo la que más interés ha despertado en cuanto al efecto que puede tener en el estilo de afrontamiento del sujeto y consecuentemente en la adaptación que este logre a su proceso de enfermedad (2, 4, 172). Así, y como ya se expusiera anteriormente, las personas con un alto neuroticismo tienden a experimentar más situaciones estresantes y potencialmente desestabilizadoras, por lo que esta dimensión temperamental predispone a los sujetos a padecer más malestar emocional (116, 122, 165, 172, 173) y consecuentemente una mayor vulnerabilidad a padecer cuadros psicopatológicos, como la ansiedad o la depresión (2, 122). De este modo, los pacientes neuróticos tienden a valorar más situaciones como estresantes (valoración primaria) pero también tienden a percibirse como menos competentes para afrontarlas (valoración secundaria) (155). Por tanto, estos sujetos presentarán una peor adaptación a su situación de enfermedad, en este caso concreto (2, 122, 155). Atendiendo a la relación existente entre las dimensiones de personalidad y las estrategias de afrontamiento, esta circunstancia debe verse reflejada en el estilo de afrontamiento que estos sujetos manifiestan. De hecho, numerosos estudios demuestran la inclinación de los sujetos más neuróticos hacia el empleo de estrategias más centradas en la emoción, como pueden ser la evitación a través del empleo de pensamientos desiderativos y la fantasía, la indecisión, la culpabilización, la hostilidad y por

supuesto sin pensar ni planificar posibles soluciones a la situación que les está desestabilizando, por lo que suelen acabar aceptando las circunstancias que están viviendo (155). Este estilo de afrontamiento se considerará desadaptativo puesto que lejos de lograr enfrentar y controlar los aspectos de la situación que están desestabilizando al sujeto, acaban manteniendo el sufrimiento y estado emocional negativo de éste (155). De este modo, mientras más elevada sea la intensidad del rasgo neurótico del sujeto, menos control percibirá tener sobre su situación y, como ya se expuso, mayor tendencia presentará a emplear un estilo de afrontamiento centrado en la emoción (2, 155, 158, 160). Y es en este sentido en el que se puede considerar que el neuroticismo predice una peor adaptación a la situación de enfermedad (122).

A pesar de que el neuroticismo es la dimensión que mayor interés ha despertado en la bibliografía, el papel de la extraversión en la interacción de la personalidad con el afrontamiento, también ha sido estudiado. Las conclusiones obtenidas apuntan a que esta dimensión temperamental, lleva al sujeto a comportarse de forma opuesta a aquellos cuya estructura de personalidad se caracteriza por un elevado neuroticismo (2, 172, 173). De este modo, aquellos sujetos que se caracterizan por una marcada extroversión presentan una elevada tendencia a emplear estrategias orientadas a la resolución de problemas y a la búsqueda de apoyo social, siendo muy poco probable, en estos sujetos, el empleo de estrategias orientadas a la emoción (2, 172, 173). Este estilo de afrontamiento conllevará derivado de una mayor percepción de control y confianza en los recursos personales, llevará al sujeto

a padecer un menor malestar puesto que, a pesar de que también valorará muchas situaciones como estresantes, también será capaz de identificar otras tantas como placenteras (172, 173).

Por último, el psicoticismo no ha sido explícitamente contemplado en este campo de estudio, sin embargo, la dimensión de obsesividad del modelo de cinco factores de Costa y McCrae (1982), mantiene, aparentemente, una relación negativa con la dimensión psicótica de Eysenck, por lo que si los sujetos que puntúan alto en esta dimensión tienden a no utilizar estrategias activas u orientadas al problema (172), podría deducirse que, aquellos que demuestran tener un psicoticismo alto, si lo harán.

No queremos abandonar el análisis de la relación existente entre las estrategias de afrontamiento y la personalidad, sin hacer un pequeño abordaje de la influencia de estas en el constructo de personalidad Tipo C. Como ya se argumentó anteriormente, el rasgo más característico de este constructo, sería la supresión tanto emocional como de las necesidades propias del sujeto, con el fin de evitar conflictos y lograr un equilibrio adecuado con el entorno. Cuando estas tendencias se mantienen en el tiempo, el sujeto acaba experimentando una tendencia al empleo de recursos de desamparo, fatalismo y desesperanza que poco a poco irán caracterizando su estilo de afrontamiento (2, 72, 113, 129). Consecuentemente, la adaptación a la enfermedad oncológica que, los sujetos que presentan este Tipo C de personalidad, será mala y atentará

tanto contra el pronóstico de la enfermedad como contra la calidad de vida de los sujetos que lo experimentan (2, 151).

En esta misma línea, se puede confirmar que la tendencia a emplear estrategias de afrontamiento poco adecuadas para la resolución del problema o la elaboración racional del estado emocional, puede hacer que el sujeto sea más vulnerable o propenso a desarrollar un cuadro psicopatológico, de corte ansioso o depresivo, al afrontar situaciones que le supongan un alto impacto, como puede ser el afrontamiento de un cáncer (8, 163, 165). De este modo, el empleo sistemático de estrategias de afrontamiento basadas en la evitación, el fatalismo y la desesperanza, podrían ser un elemento diferenciador entre aquellos pacientes oncológicos que presentan una mayor vulnerabilidad a desarrollar un cuadro depresivo a lo largo de la enfermedad y sus tratamientos, de aquellos que no (4, 22, 95). De este modo, y según las conclusiones obtenidas en la bibliografía consultada, aquellos pacientes que se deprimen en el transcurso de la enfermedad oncológica, tienden al empleo de estrategias más pasivas, centradas en la emoción y por tanto, poco adaptativas para la situación en la que se encuentran (66, 155, 171, 174). Aparentemente, de todas las estrategias posibles, es la basada en la evitación y/o negación del problema las que presentan un mayor potencial desestabilizador para el paciente que las emplee de forma continuada (170). Mientras que las estrategias de afrontamiento centradas en el problema presentan una correlación negativa con dicho cuadro psicopatológico (151, 170, 174).

En Cuanto (8) al cuadro del estrés postraumático, consideramos relevante destacar que las estrategias de evitación y negación impiden al sujeto integrar la experiencia vivida en sus esquemas personales, por lo que atentarán contra la resolución del cuadro (59).

Por lo que se podría concluir que, el análisis de las estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes oncológicos, en este caso, servirían para predecir la reacción emocional y salud mental de éstos, aunque no se debe olvidar la interacción o mediación que las características de personalidad realizan en este proceso (151, 155, 165, 173). Teniendo siempre presente que el resultado de las valoraciones tanto primaria como secundaria que haga el paciente de su situación, puede ser la clave de la sintomatología que potencialmente desarrolle a lo largo de su enfermedad (59). De este modo, si a través de la valoración primaria que realice concluye que la situación es una gran amenaza o peligro para su supervivencia, lo más probable es que la posible psicopatología que pueda desarrollar sea de corte ansioso; mientras que si lo vive como una pérdida más o menos irreparable, entonces, la sintomatología que podríamos encontrar sería de corte depresivo. En ambos casos, a través de la valoración secundaria, el paciente obtendría una concepción de sí mismo de indefensión o falta de recursos para el afrontamiento de la situación que vive, que determinaría la intensidad de dicha sintomatología.

Por último, no nos gustaría acabar este apartado sin considerar el papel del apoyo social en el afrontamiento de la

enfermedad oncológica y su tratamiento. La actitud o predisposición a buscar el apoyo y la guía de los demás para afrontar o resolver aquellas situaciones que, a priori, desbordan las capacidades del sujeto, es un recurso de afrontamiento que siempre se ha vinculado positivamente a la adaptación saludable del a sus circunstancias (3, 72, 148, 156, 159, 163, 175, 175, 176, 176). No obstante, la expresión "apoyo social", hace alusión tanto a la cantidad de relaciones y contactos sociales que tiene un sujeto como a la ayuda, aceptación y afecto que de estos acepta recibir (148, 160, 175), siendo de mayor interés para este apartado la segunda acepción de este término.

En cuanto a la ayuda recibida por el entorno social esta puede ser de dos tipos, por un lado la instrumental, a través de la realización de actividades y conductas que facilitan el bienestar del sujeto (12) y por otro lado, a través del modelado y el refuerzo de las actitudes y conductas que va desarrollando el sujeto en su afrontamiento de su enfermedad y sus consecuencias (129). Del mismo modo, el apoyo social facilita la regulación emocional del sujeto, puesto que promueve su expresión y canalización, logrando consecuentemente una menor incidencia de sintomatología ansioso- depresiva en los distintos momentos que caracterizan el proceso oncológico, potenciando por tanto, su recuperación y rehabilitación, en el caso concreto del paciente laringectomizado (12, 18, 72).

Para concluir este punto, queremos destacar que, el grado de adaptación que un paciente logre ante la enfermedad oncológica y sus tratamientos y, por tanto, su calidad de vida, dependerá básicamente del efecto combinado de la valoración

cognitiva de la situación, la respuesta de afrontamiento que presente desde el momento de su diagnóstico, el apoyo social del que disponga en cada momento y de la estructura de personalidad que le caracterice (12, 18, 59, 72, 116, 122, 125, 150, 151, 165, 169, 170, 172, 174, 176).

2.3.3.- EL GÉNERO COMO FACTOR MODULADOR DE LA ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD. CUANDO EL ENFERMO ES HOMBRE.

A pesar de que ya no son tan marcadas las diferencias entre hombres y mujeres, lo cierto es que, aún hoy en día, la esperanza de vida sigue siendo inferior en los hombres (177). De hecho, en el contexto de la enfermedad oncológica, los hombres siguen tendiendo a presentar unas mayores tasas de incidencia y una mayor gravedad de dichos cuadros (178). Estos datos se pueden justificar en gran medida desde dos aspectos fundamentales. Por un lado, podríamos considerar un factor "socio-cultural", que explicaría la mayor tendencia a tener hábitos poco saludables como el fumar o beber en exceso y la exposición a otras sustancias tóxicas a consecuencia de la ocupación profesional, en la que ciertamente los hombres han desarrollado y aún hoy en día desarrollan actividades laborales que les lleva a manejar sustancias como los asbestos, disolventes, etc. Este factor históricamente diferencial, cada vez es menos importante debido a la incorporación de la mujer a todos los ámbitos profesionales y por supuesto el aumento de la incidencia y la intensidad del consumo de tabaco y alcohol en la población femenina, lo cierto es que aún los hombres presentan

una mayor tasa de incidencia de cánceres que se ven influenciados por estos factores (58, 178, 179).

Por otro lado, podríamos destacar un factor “educativo”, que representa el “rol masculino” que, históricamente se ha caracterizado por la independencia, la dureza física, el control emocional y las dificultades para reconocer que necesitan ayuda y por ende pedírsela a quienes le rodean (180). De este modo, y como acabamos de comentar, los hombres tradicionalmente han reafirmado su masculinidad a través del desarrollo de conductas de riesgo, poniendo de manifiesto su invulnerabilidad a la enfermedad y los problemas de salud (180, 181). Así, los hombres que todavía son educados para la consecución de recursos económicos, siguen depositando en la mujer los aspectos relacionados con la salud. De este modo, los hombres se perciben menos vulnerables a la enfermedad que las mujeres (58, 179) y cuando caen enfermos suelen tomar una actitud mucho más infantil y pasiva, mostrándose más ignorantes en temas de salud (180). Consecuentemente a este factor los hombres tienden a realizar menos conductas preventivas y de autoexploración (180). De este modo, los hombres tienden a negar la importancia de los síntomas que puedan padecer y evitan ir al médico, en parte, por temor a un posible diagnóstico (180), salvo que tengan un gran dolor o síntomas de una enfermedad demasiado grave como para ignorarla (181). Consecuentemente, cuando empiezan a cuidarse y a buscar atención sanitaria, las diversas patologías que puedan padecer y el cáncer en concreto, se encuentran en estadios más avanzados (177-180). Y teniendo en cuenta que, a pesar de los avances que empiezan a darse en los tratamientos del cáncer, la

detección temprana es cada vez más importante de cara a la supervivencia, las tasas de mortalidad se ven aumentadas en los hombres por la tardanza en acudir al médico (180). En este mismo sentido influye la creencia que, aun hoy en día, se les inculca, sobre el hecho de que informar de sus emociones y/o molestias físicas es indicio de debilidad, por los que se refuerza la tendencia a ignorar dichas señales físicas (58, 182). A tenor de esta clara relación entre la tardanza en ir al médico y el mal pronóstico (181), se podría decir que, los hombres mueren más por cánceres evitables, mientras que las mujeres suelen padecer más cánceres hormonales (178).

Como consecuencia a todo lo comentado hasta el momento, creemos relevante destacar una de las principales diferencias que se observan en cuanto al afrontamiento de la enfermedad y que hace alusión a la expresión emocional y tendencia a buscar el apoyo social. Debido a los aprendizajes obtenidos en el desarrollo de la masculinidad, los hombres tienden a informar o compartir menos las connotaciones afectivas de las situaciones estresantes que les afectan y en este caso, del cáncer y sus tratamientos. De este modo, tienden a obviar o negar los miedos e inseguridades que le suscitan dichas experiencias, para cubrir las expectativas que sobre ellos se tiene de que deben sobreponerse y no mostrar debilidad (172, 183).

En cuanto a los estilos de afrontamiento que presentan, se observa una mayor tendencia al enfrentamiento activo, a través de estrategias basadas en la búsqueda de información y la toma de decisiones de cara a lograr la solución de sus problemas

(151). Esta forma de afrontar hace que, para los hombres, el apoyo social no tenga el mismo matiz que para las mujeres. Es decir, para las mujeres el apoyo social implica en gran medida un entorno seguro donde desahogarse y ser protegidas emocionalmente, en cambio para los hombres son un recurso más de cara a la resolución de problemas (163). Y se sabe que es una herramienta importante, porque se encuentra bastante evidencia bibliográfica en relación con la mayor tasa de supervivencia y calidad de vida en hombres casados, con cargas familiares y que por supuesto gozan de un adecuado entorno social (183).

Al valorar la calidad del proceso de adaptación a la enfermedad y sus tratamientos, se encuentran trabajos en los que afirman una mayor incidencia de psicopatología en mujeres que en hombres. No obstante, en el afrontamiento de situaciones estresantes, no exclusivamente del cáncer, mientras que las mujeres tienden a presentar más cuadros de ansiedad y/o depresión, los hombres suelen presentar una mayor tendencia a los problemas de consumo alcohólico (183). Pero la proporción de varones que presentan alteraciones psicopatológicas en el afrontamiento de la enfermedad, es significativamente inferior al de las mujeres, por lo que podría concluirse que se adaptan mejor a esta situación (55). Esto puede deberse a las diferencias constatadas en el estilo de afrontamiento entre hombres y mujeres (55), de hecho, éstos tienden al empleo de estrategias de afrontamiento más adaptativas y que a pesar de tender a la negación de los aspectos emocionales relacionados con esta situación, hecho que podría tener consecuencias muy negativas en su estabilidad

emocional, niegan mejor que las mujeres, por lo que se protegen mejor física y psicológicamente (55, 58).

3.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

3.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Este trabajo de investigación se ha desarrollado bajo la pretensión fundamental de lograr establecer un perfil psicológico, en función de las características de afrontamiento y personalidad, que permita discriminar a aquellos pacientes que presenten alteraciones emocionales como consecuencia del tratamiento radical de la patología oncológica de laringe.

Para la consecución de dicho objetivo general, nos planteamos los siguientes propósitos específicos:

1.- Determinar el impacto percibido de la enfermedad y sus tratamientos en la valoración que realiza el paciente laringectomizado de su estado de salud y calidad de vida.

2.- Identificar los momentos del proceso de recuperación de la laringectomía radical que hacen que los sujetos presenten una mayor tendencia a padecer una alteración emocional.

3.- Describir las características e incidencia de la sintomatología ansioso- depresiva y/o postraumática, que padecen los sujetos laringectomizados durante el proceso de recuperación de la cirugía radical.

4.- Analizar la estructura de personalidad propia de los grupos de estudio y su influencia en el desarrollo de la

sintomatología psicopatológica que pueda detectarse en los sujetos laringectomizados.

5.- Valorar el perfil de afrontamiento propio de los sujetos que enfrentan el proceso de recuperación de la cirugía radical y su eficacia en la prevención de las alteraciones depresivas, ansiosas y postraumáticas que pudiesen aparecer.

6.- Determinar la relación que se establece entre las dimensiones de personalidad estudiadas y las estrategias de afrontamiento en la adaptación al proceso de recuperación de la laringectomía radical.

7.- Analizar la capacidad predictiva de las dimensiones de personalidad y del perfil de afrontamiento característico de los sujetos laringectomizados sobre la incidencia de sintomatología psicopatológica.

A tenor de los objetivos anteriormente expuestos se desprenden las siguientes hipótesis de trabajo:

1.- El cáncer de laringe y su tratamiento quirúrgico radical constituyen una experiencia vital con suficiente potencial desestabilizador como para afectar negativamente a la valoración que realice el paciente de su estado de salud y su calidad de vida.

2.- Los pacientes que han finalizado los tratamientos activos contra la enfermedad y se enfrentan a las secuelas que hayan podido conllevar, serán los que presenten una mayor incidencia de alteración emocional.

3.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

3.- El cáncer de laringe y sus tratamientos constituyen una experiencia vital de intensidad suficiente para favorecer el desarrollo de un cuadro de estrés postraumático en los sujetos que lo padecen. De este modo, serán este tipo de alteraciones las que presenten una mayor incidencia en el colectivo de pacientes laringuectomizados frente a las manifestaciones sintomatológicas de corte ansioso y/o depresivo.

4.- La estructura de personalidad del paciente laringuectomizado incidirá en el desarrollo de la sintomatología psicopatológica que pueda padecer. Las dimensiones de personalidad "neuroticismo" y "extroversión" serán las que tengan un papel más activo.

5.- El modo en que los pacientes laringuectomizados afronten su proceso de enfermedad influirá en el desarrollo de la sintomatología psicopatológica que puedan padecer, siendo las estrategias de "evitación cognitiva" y "preocupación ansiosa" las más vinculadas al malestar ansioso y/o postraumático, mientras que la "desesperanza" y el "fatalismo" predispondrá a las manifestaciones depresivas.

6.- Las estrategias de afrontamiento que utilicen los pacientes laringuectomizados estarán moduladas por la estructura de personalidad del sujeto.

7.- La aparición de alteraciones emocionales en pacientes laringuectomizados, se verá facilitada al analizar la interacción de la dimensión de personalidad "neuroticismo" con las estrategias de afrontamiento "fatalismo", "desesperanza", "evitación cognitiva" y "preocupación ansiosa".

4.- MÉTODO

3.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1.-MATERIAL

4.1.1.- MUESTRA:

Debido a la mayor prevalencia del cáncer de laringe en la población masculina, nuestro trabajo se ha centrado exclusivamente en dicho colectivo. Se ha trabajado con dos grupos muestrales, que originalmente fueron definidos del siguiente modo:

Grupo Clínico: Compuesto por 100 sujetos diagnosticados de cáncer de laringe avanzado, cuya primera línea de tratamiento ha sido la laringectomía total. La elección de esta opción terapéutica requiere que los tumores a extirpar se encuentren en estadíos T3, T4 o T4B.

El momento seleccionado para la evaluación de los pacientes, determinado con el fin de que se recogiesen todos los momentos que implica la etapa postquirúrgica, permitió establecer tres subgrupos diferentes:

3.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

-Subgrupo Quirúrgico: Los 35 sujetos que compondrían este colectivo fueron evaluados durante la primera semana tras la cirugía.

-Subgrupo en Rehabilitación: Compuesto por 23 sujetos que, una vez se han recuperado de la cirugía y tras finalizar cualquier tipo de tratamiento activo contra la enfermedad oncológica, se encuentran en la fase de rehabilitación de la funcionalidad y aprendizaje del habla esofágica. De este modo, este subgrupo englobaría a aquellos pacientes libres de tumoración oncológica y que no reciben tratamientos activos pero, que no son ni médica ni funcionalmente sujetos sanos y recuperados.

-Subgrupo de Supervivientes: Que recogería 42 sujetos que se encuentran clínicamente libres de afectación oncológica, puesto que llevan más de cinco años libres de actividad tumoral. Estos sujetos, mantienen el estoma laríngeo pero han logrado recuperar un nivel adecuado de funcionalidad y han aprendido a comunicarse a través del habla esofágica.

Grupo Control: Compuesto por 55 sujetos que no han padecido afectación oncológica ni incapacitante a lo largo de su vida.

Los criterios de inclusión comunes a los distintos grupos muestrales, han sido los siguientes:

-Ser hombre.

-Ser mayor de 45 años.

-No padecer otra enfermedad o limitación de las facultades mentales que impidiese la correcta cumplimentación de las pruebas de evaluación.

De cara a los sujetos que forman parte del grupo clínico, además de los criterios anteriormente descritos, se han establecido los siguientes criterios de exclusión:

-Sujetos que no han sido informados de la trascendencia de su patología laríngea antes de la intervención quirúrgica.

-Sujetos que hubiesen recibido otros tratamientos activos contra el cáncer previos a la laringectomía total, como pueden ser el tratamiento con láser, o los tratamientos quimio o radioterápicos.

-Sujetos que hubiesen o estén padeciendo un proceso metastásico o de recidiva, incluyendo el caso de que la afectación laríngea constituyese uno de dichos procesos.

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

3.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1.2.- INSTRUMENTOS:

4.1.2.1.- Entrevista:

A tenor de los objetivos que justifican este estudio y de la heterogeneidad de los sujetos que componen los distintos grupos muestrales, se elaboró una entrevista estructurada para recoger de forma sistematizada aquella información que se consideró relevante en relación con las características más particulares de los sujetos de cada grupo.

Debido a las dificultades de comunicación que presentan los pacientes que componen el grupo clínico, la entrevista se diseñó con preguntas cerradas redactadas con un lenguaje sencillo y asequible. Del mismo modo se les proporcionó la entrevista en un formato que facilitase a los pacientes su cumplimentación de forma autónoma (ver Anexo II).

Con este instrumento, además de recoger los datos socio-demográficos, se ha pretendido explorar la historia de salud de los participantes. En el caso del grupo clínico se resaltaba la historia del cáncer de laringe. También se incluyeron cuestiones relacionadas con variables como la historia de salud mental, la valoración subjetiva del estado de salud, la calidad de vida y el deterioro percibido de la misma (ver Anexo II).

4.1.2.2.- Inventario de Discapacidad de Sheehan (SDI):

Este instrumento fue creado en 1986 para evaluar la percepción subjetiva de discapacidad que tienen los pacientes psiquiátricos, más en concreto aquellos diagnosticados de fobia social (86). No obstante, y gracias a que posee un diseño muy genérico su uso se extendió no sólo a la valoración de otras patologías psiquiátricas sino también de otras afecciones médicas crónicas (184).

El SDI ha sido traducido a más de una veintena de lenguas, pero la validación española fue realizada en 1999 por el equipo del Prof. J. Bobes (86), todos ellos pertenecientes al *Grupo de Validación en Español de Cuestionarios de Evaluación de la Fobia Social*.

La prueba consta de 5 ítems, los tres primeros aluden a la afectación que los síntomas que padece el paciente tienen en su funcionamiento y/o rendimiento en el trabajo, la vida familiar y social. Estas tres cuestiones ofrecen una puntuación conjunta de "Discapacidad Percibida". El cuarto ítem valora el "Estrés Percibido" derivado de las limitaciones que padece y el quinto el "Apoyo Social Percibido" por el paciente en la última semana. Las opciones de respuesta de las cuatro primeras cuestiones se ajustan al formato Likert y puntúan del 0 al 10. Dichas puntuaciones implican un significado cualitativo que es 0-1: Los síntomas no afectan en absoluto; 2-3: Afectan levemente; 4-6: Afectan moderadamente; 7-8: Afectan marcadamente y 9-10: Afectan Extremadamente. La quinta pregunta que hace alusión al Apoyo Social Percibido, mantiene la misma estructura Likert,

3.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

pero puntúa del 0 al 100, considerándose que del 0 al 20%, los pacientes no consideran tener ningún apoyo social, del 30% al 40% perciben tener un poco de apoyo, del 50 al 60% valoran tener un apoyo moderado, del 70 al 80% un apoyo considerable y del 90 al 100% afirman tener el apoyo social ideal (Ver Anexo II).

En la versión original de esta prueba no se considera la pertinencia de establecer un punto de corte, por lo que la interpretación de los resultados se basa en la mayor puntuación total, mayor discapacidad o estrés percibido o apoyo social.

Los datos de fiabilidad de la traducción española encontrados por el equipo del Prof. Bobes (86) son adecuados, obteniéndose valores del alfa de Cronbach en el estudio test-retest de 0,72. Del mismo modo, ofrece datos de correlación interclase de 0,87 para la escala de discapacidad, 0,63 para el estrés percibido y 0,75 para el apoyo social (86) .

4.1.2.3.- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS; Zigmond y Snaith, 1983):

Esta prueba fue diseñada con el fin de valorar la presencia de sintomatología ansiosa o depresiva en pacientes afectados de alguna enfermedad física independientemente de que se encuentren hospitalizados o no (185-192). No obstante, su uso se ha generalizado y es frecuentemente empleado tanto en labores clínicas como de investigación con cualquier tipo de población, como pueden ser las muestras de pacientes

psiquiátricos, de enfermos físicos, incluyendo pacientes terminales e incluso con población general (193, 194).

Una de las particularidades más significativas de esta prueba es que su labor de cribado de los cuadros ansiosos y/o depresivos la realiza sin contemplar los síntomas físicos que los caracterizan. De este modo, el planteamiento que sustenta la valoración de estas dos manifestaciones sintomatológicas, se basa en la condición de enfermedad de la población a la que va dirigido, donde dichos síntomas físicos pueden ser confundidos por otros propios de sus cuadros médicos o sus tratamientos, presentando por tanto, una alta incidencia de falsos positivos.

Es una prueba auto-administrada que consta de 14 preguntas organizadas en función de los dos factores previamente mencionados, por lo que cada subescala está compuesta por 7 cuestiones, según el diseño original de sus autores. Las opciones de respuesta componen una escala de 4 puntos que van desde el 0, que implica que el paciente no se identifica con la cuestión o no padece el síntoma descrito hasta 3, que significa que lo padece muy a menudo. La redacción de las cuestiones se ha realizado tanto de forma directa, 6 de ellas, como inversa, 8 de las preguntas, por lo que a la hora de valorar y puntuar las respuestas dadas por los pacientes, se debe tener en cuenta esta particularidad (Ver Anexo III).

En líneas generales, una mayor puntuación en cada escala implica una mayor probabilidad de que la sintomatología recogida implique la existencia de un cuadro clínico. Sin embargo, Zigmond y Snaith (1983) (185), ofrecieron unos puntos de corte, similares para cada subescala con los que se

3.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

puede incluso valorar la gravedad de dicha sintomatología: de 8 a 10 puntos indican un posible caso, de 11 a 15 un caso probable y 16 o más puntos detectarían a lo casos graves. Estos son los puntos de corte más utilizados en la mayoría de los estudios a excepción de algunos trabajos muy puntuales (195, 196). Sin embargo, en población española y con una muestra de pacientes físicos ambulatorios (197) se establecen los siguientes puntos de corte:

HADS- Ansiedad: 8 con un rango de 7 a 10 puntos.

HADS- Depresión 5 con un rango de 4 a 7 puntos.

En cuanto a las propiedades psicométricas de esta prueba, destacamos que presenta una adecuada sensibilidad tanto a la evolución de la enfermedad como a la incidencia de los efectos de las posibles intervenciones terapéuticas (farmacológica e incluso psicológica) que reciba el paciente (186, 198). Por otro lado, podemos destacar que, en los dos estudios de revisión sobre la prueba que datan de los años 1997 y 2002, esta escala demuestra una sensibilidad y especificidad comparable con cualquier otro instrumento de screening de ansiedad y/o depresión. De hecho, hay estudios que concluyen afirmando que este instrumento detecta mejor a los sujetos que padecen síntomas ansiosos o depresivos de forma significativa mejor que muchos médicos no especializados en psiquiatría (198).

Por otro lado, los valores de consistencia interna, son considerablemente buenos. En el trabajo de revisión Bjelland (2002) (191), se encuentran unos coeficientes alpha de Cronbach medios de los trabajos revisados, de 0,93 para la

escala de ansiedad y comprendidos entre 0,67 y 0,90 para la escala de depresión. En un trabajo posterior, Woolrich (2006) (187) encuentra unos valores de 0,85 para la escala de ansiedad y 0,79 para la de depresión. Unos resultados, que pueden contemplarse en estudios muy variados, puesto que se mantienen en las distintas traducciones realizadas y en los distintos contextos clínicos empleados (193).

La estructura factorial de esta prueba ha sido objeto de discusión desde sus inicios. Esto se debe a que se observa un considerable solapamiento estadístico entre ambas subescalas, consecuencia directa de la frecuente comorbilidad de los síntomas ansiosos y depresivos en los pacientes somáticos. De este modo, ambas subescalas presentan unos elevados niveles de correlación que permanecen estables en la mayoría de los estudios analizados, llegando a encontrarse valores de varianza compartida por ambas de entre el 24 y el 36%. Sin embargo, esta situación que podría afectar a la validez de la prueba y que apoyaría aquellas críticas sobre la estructura factorial de la misma, se contrarrestan por la robustez de las evidencias clínicas, que defienden la coocurrencia de síntomas en este tipo de pacientes. En cuanto a la validez concurrente de la escala, destacamos que en el estudio de revisión de Herrmann (1997), presenta una mejor distribución normal que el STAI o el BDI (198).

Consecuentemente y pese a que la inmensa mayoría de los trabajos revisados han apoyado la estructura bidimensional de la escala (187, 191, 194, 197-203), también se han obtenido otras distribuciones factoriales (204-206). Sin embargo, estas

3.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

aportaciones no han tenido muchos seguidores puesto que estaban sustentadas en muestras poblacionales muy pequeñas y porque en ningún caso contenían más del 55% de la varianza explicada. Mientras que en los estudios que defendían la distribución bidimensional se han encontrado valores de varianza explicada del 70% para población psiquiátrica, 57% para población general y 62% para enfermos somáticos crónicos (193). Por tanto, la distribución de dos únicos factores, ansiedad y depresión, defendida por los autores originales (185, 191, 198) y corroborada tanto por los trabajos de validación y sobre todo por los de revisión (191, 198), queda confirmada definitivamente.

Otro aspecto en discusión se ha centrado en si la puntuación total del cuestionario puede ser considerada como un indicador de "malestar emocional" (192, 195, 207, 208), que complete la información aportada por las dos subescalas que componen la prueba. Los estudios anteriormente citados, han conseguido valores que dotan de consistencia dicha posibilidad. Sin embargo, no es una opción muy difundida todavía en la bibliografía.

En esta línea, también consideramos relevante destacar los conceptos teóricos que definen cada una de las dos sub-escalas. La escala de ansiedad, está basada en las conclusiones teóricas de las investigaciones personales de los autores y se podría afirmar que recogen los síntomas psicológicos de la neurosis (209). Por otro lado, la escala de depresión se centra más en el concepto de anhedonia o pérdida de la capacidad de sentir placer y del interés por la vida. A pesar de que la anhedonia es

uno de los síntomas nucleares de los trastornos depresivos (194), este fundamento teórico de la escala ha sido objeto de numerosas críticas, puesto que no contempla otros síntomas claves de dichos cuadros como pueden ser la culpa, desesperanza, preocupación, indecisión e incluso pensamientos suicidas. Pero ya los propios autores originales dieron respuesta a esta crítica (185, 191, 198), puesto que consideran que los pacientes que puntúan en esta dimensión son los que responderán adecuadamente y con mayor probabilidad a un tratamiento farmacológico.

Gracias a las características de utilidad y fiabilidad de esta prueba, descritas hasta el momento, ha sido traducida a diferentes idiomas, las cuales, en líneas generales, mantienen los niveles de validez y fiabilidad que la versión original. La traducción española se realizó en el año 1986 por el equipo de Tejero, con población psiquiátrica. Si bien las características psicométricas de esta traducción no fueron estudiadas con profundidad (185). Posteriormente, y con el fin de confirmar la validez de las mediciones de esta prueba se han realizado distintos trabajos que obtienen resultados dispares, si bien se podría concluir que el HADS realmente identifica a aquellos sujetos que presentan alteraciones del estado de ánimo ya sean de corte ansioso o depresivo. Por lo que se puede considerar la adecuación de la medidas que realiza (185). Por otro lado, el equipo de Quintana (2003) (203) realiza una exploración psicométrica complementaria a los trabajos anteriores que les lleva a concluir que, la traducción española presenta buenos valores psicométricos de consistencia, fiabilidad y validez.

3.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1.2.4.- Escala Revisada del Impacto del Estresor (IES- R; Impact of Event Scale, Weiss y Marmar, 1997).

Esta escala fue diseñada por el equipo de Horowitz en 1979, con el propósito de describir las características sintomatológicas de las respuestas dadas ante una vivencia negativa una semana después de su afrontamiento (210). Esta prueba que fue editada con anterioridad al DSM-III, pero se ha constituido en uno de los instrumentos más empleados para la valoración del Trastorno por Estrés Postraumático. Nunca fue concebido para ser un instrumento diagnóstico pero las más que adecuadas propiedades psicométricas que caracterizaban tanto a la puntuación total que facilita, como a las dos subescalas que originariamente la componían, a saber intrusión y evitación, ha llevado a muchos autores a considerarla de gran valía y utilidad (57, 210-214).

El hecho de que el criterio diagnóstico D de la DSM IV (85) para el Trastorno por Estrés Postraumático no estuviese recogido, impulsó a Weiss y Marmar en 1997, a realizar una actualización de la escala, que manteniendo la estructura y la totalidad de los ítems originales, incorporan una escala de hiperactivación o arousal (57, 210, 215), además de incluir un ítem nuevo a la escala de intrusión relacionado con los fenómenos de re-experimentación o flashback y dividir el ítem "Tengo problemas para conciliar o mantener el sueño", que estaba incluido en la escala de intrusión, de forma que la primera cuestión consecuente con este desdoblamiento "tengo problemas para conciliar el sueño" se incluyó en la escala de

arousal y la segunda “tengo problemas para mantener el sueño” se mantuvo en la de intrusión (57, 210, 215).

De esta forma, la escala que en un principio contaba con 15 ítems, 7 para la dimensión de Intrusión y 8 para la de Evitación, pasó a estar formada por 22 cuestiones al incluirle a la prueba original las 7 cuestiones de la nueva dimensión de Arousal o Hiperactivación (57, 210, 211, 215) (Ver Anexo IV).

Las opciones de respuesta de la escala original se representaban en una escala Likert de 4 puntos (0.-Nunca; 1.- Raras veces; 3.- Algunas veces; 5.- A menudo). En la versión revisada, esta escala pasó a ser: 0.- Nada; 1.- Un poco; 2.- Moderadamente; 3.- Bastante y 4.- Extremadamente (194, 215). Sin embargo, la traducción española mantuvo la estructura de respuesta original ofrecida por Horowitz en 1979 (210).

Debido a su utilidad y las adecuadas propiedades psicométrica que presentaba, la versión original de Horowitz fue traducida a multitud de idiomas y empleadas en diversos contextos (57, 212, 214-216). De esta experiencia y por el paralelismo tan acusado que existe entre ambas pruebas, el IES-R se ha beneficiado de la misma aceptación que la versión anterior (215). No obstante, los estudios de validación que se han realizado de esta prueba se han hecho con poblaciones que no necesariamente habían vivido un evento adverso en la semana anterior a la evaluación, por lo que en ocasiones los valores obtenidos tanto en el estudio de la estructura factorial como de la fiabilidad, no siempre son satisfactorios (57, 210, 215).

3.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

En cuanto al primer aspecto, algunos autores han defendido que la nueva dimensión incluida no aporta suficiente información diferencial en relación con la de intrusión, por lo que defienden que la versión revisada no aporta mejoras reales a la valoración de la presencia y/o intensidad de los posibles síntomas de Estrés Postraumático (57, 210). Sin embargo, los estudios de fiabilidad que a continuación detallamos avalan el empleo de las tres dimensiones, para un mejor análisis de las manifestaciones de este cuadro sintomatológico. Por tanto, encontramos los siguientes valores de fiabilidad para esta prueba y su estructura tridimensional:

Tabla 9: Dato de Fiabilidad aportado por diferentes estudios		
ESTUDIO	ESCALAS	ALPHA DE CRONBACH
Weiss y Marmar (1979, cit en Baguena, 2001(210))	IES evitación	0,84
	IES intrusión	0,91
	IES arousal	0,90
El estudio de Mystakidou (2007) de validación de la prueba en población griega (215)	IES total	0,60
	IES evitación	0,77
	IES intrusión	0,72
	IES arousal	0,85
Beck et al en 2008 (datos coherentes con los estudios de Creamer et al 2003; Weiss y Marmar, 1997 cit en dicho estudio(211))	IES evitación	0,84-0,87
	IES intrusión	0,87-0,94
	IES arousal	0,79-0,91
Rash et al en 2008 (213)	IES total	0,95
	IES evitación	0,85
	IES intrusión	0,92
	IES arousal	0,91

El estudio de validación a población española realizado en la Universidad de Valencia en 2001 (210), aporta los siguientes valores de fiabilidad, de nuevo con población que no cumple el criterio de "exposición a un estresor en los 7 días previos":

Tabla 10: Datos de fiabilidad del IES-R obtenidos en un estudio picométrico con muestra española.

	Muestra total (N=1078)	Muestra de hombres (N=749)	Muestra de mujeres (N=329)
IES total	0,95	0,91	0,95
IES evitación	0,87	0,84	0,84
IES intrusión/arousal	0,95	0,84	0,94

4.1.2.5.- Cuestionario de Personalidad para Adultos (EPQ-A; Eysenck y Eysenck, 1975).

Prueba diseñada como consecuencia de los estudios llevados a cabo por sus autores, sobre las estructuras de la personalidad. Las primeras conclusiones obtenidas en esta línea de trabajo, a comienzos de los años 70, defendían la existencia de dos dimensiones de personalidad claramente recogidas en la bibliografía editada hasta el momento. Dichas dimensiones eran la extroversión- introversión y el neuroticismo- estabilidad.

A pesar de la controversia que generaron estas conclusiones, con el paso del tiempo y el aumento de los estudios realizados al respecto, acabaron por confirmarse y avalarse dichas dimensiones, que son definidas por los siguientes rasgos:

3.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Extroversión: sociabilidad, vitalismo, actitud activa, dogmatismo, búsqueda de sensaciones y dominancia.

Neuroticismo: Tendencia a la ansiedad y depresión, a padecer sentimientos de culpa, poca autoestima y tensión.

Por otro lado, en 1952 el Dr. H.J. Eysenck introdujo una nueva dimensión de personalidad, el psicoticismo, a la cual le otorgó el mismo peso descriptor de la personalidad que a las dos anteriores. Esta nueva estructura de personalidad englobaría los siguientes rasgos descriptivos:

Psicoticismo: Agresividad, Frialdad, Egocentrismo, Impersonalidad, Impulsividad y Actitud antisocial.

Estas tres dimensiones de personalidad constituyen la base teórica desde donde se crea el Cuestionario de Personalidad EPQ-A. No obstante, los autores incluyen en el cuestionario una cuarta escala de "Sinceridad" que valora la tendencia al disimulo. Esta escala, a pesar de no poseer un sustrato teórico tan fuerte como las anteriores, presentó una adecuada consistencia interna y factorial como resultados de los numerosos análisis estadísticos a los que fue sometida.

La población diana del EPQ son sujetos libres de afectación psiquiátrica y tiene dos adaptaciones, una para población adulta (EPQ-A), cuyo uso se recomienda en sujetos a partir de los 16 años y otra para población infantil (EPQ-J). Por lo tanto, el principal interés de la inclusión de este cuestionario en el presente trabajo, es la medición de ciertos rasgos "normales" de personalidad, que pueden llegar a explicar los comportamientos o reacciones patológicas que puedan manifestar los sujetos

evaluados como evolución de rasgos saludables de personalidad.

La adaptación española de esta escala fue realizada por el equipo de Escolar en 1981 y su validación se realizó en colaboración con la Dra. Eysenck a finales de los años 80. La tipificación del mismo ha sido llevada a cabo por la Sección de Estudios de Tests de la empresa TEA Ediciones S.A. que es quien lo distribuye desde 1989 (121) (Ver Anexo V).

El análisis de las características psicométricas de la versión española de este cuestionario, se ha realizado de forma paralela al que los autores realizaron con la versión original. De este modo, los resultados obtenidos en el análisis factorial de la versión española, confirmaba la estructura trifactorial originaria pero llevaron a decidir sustituir algunas cuestiones por otras nuevas, obteniéndose como resultado una versión de 94 ítems frente a los 90 originales (121). Otra modificación que sufrió la prueba al ser traducida fue que la escala de Sinceridad cambió de propósito, puesto que originalmente valoraba la tendencia al disimulo, es decir, al falseamiento de las respuestas, mientras que en la versión española valora la tendencia a responder sinceramente.

En cuanto al estudio de la fiabilidad del cuestionario de la versión española aún no se han desarrollado completamente, de este modo, en la actualidad aunque existe un estudio de la consistencia interna de la prueba, se carece de coeficientes de fiabilidad test- retest propios de esta adaptación. Sin embargo, los datos aportados por la versión original inglesa son lo suficientemente adecuados como para que sean considerados

3.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

como referencia de la traducción española. Por lo tanto, a continuación presentamos dichos resultados cuantitativos encontrados en la versión inglesa, en relación con la fiabilidad test- retest y los españoles en relación con la consistencia interna:

-Fiabilidad test- retest (intervalo de 1 mes) (121) (*En la versión original la escala de sinceridad hacía alusión a la "Mentira")

TABLA 11: DATOS DE FIABILIDAD TEST- RETEST DEL EPQ-A APORTADOS POR DIFERENTES ESTUDIOS.

	Muestra de hombres (N=136)	Muestra de mujeres (N=121)
Neuroticismo	0,89	0,80
Extraversión	0,90	0,87
Psicopatía	0,83	0,71
Sinceridad*	0,86	0,86

- Datos de la consistencia interna de la versión española (121). (*En la versión original la escala de sinceridad hacía alusión a la "Mentira")

TABLA 12: DATOS DE CONSISTENCIA INTERNA DEL EPQ-A.

	Muestra de hombres (N=435)	Muestra de mujeres (N=595)
Neuroticismo	0,85	0,83
Extraversión	0,82	0,82
Psicopatía	0,71	0,70
Sinceridad*	0,79	0,77

Gracias a lo extendido y aceptado que es el cuerpo teórico del que surge este cuestionario y a que sus datos psicométricos son suficientemente adecuados, el uso del EPQ-A se ha extendido enormemente y ha sido empleado no sólo en el ámbito de la intervención psicológica o psicosocial, sino también en el de la investigación. De este modo, se pueden encontrar trabajos muy variados donde ha sido empleado y ha demostrado tener un buen comportamiento desde el punto de vista psicométrico, como por ejemplo en el estudio a la adherencia al tratamiento del duelo (217), para determinar los rasgos de personalidad de los consumidores de sustancias (218, 219), de pacientes con problemas dermatológicos (220), alérgicos (221) y también oncológicos (222).

4.1.2.6.- Escala de Ajuste Mental al Cáncer (Mental Adjustment to Cancer Scale, (MINI-MAC, Watson et al, 1994)

Esta escala pretende la valoración del ajuste mental que realizan los pacientes ante la vivencia del cáncer. Surge como consecuencia de los estudios sobre afrontamiento realizados por Watson y Greer durante los años 80 y que dieron como resultado la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC), en su versión extensa, en 1988.

Este instrumento psicométrico fue diseñado con el fin de valorar las respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes que se enfrentan a una enfermedad oncológica (24), pero siempre desde la perspectiva de la investigación y no como un cuestionario clínico (223).

3.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Debido a los problemas estructurales del MAC (223), puestos de manifiesto en los estudios de validez realizados por los autores en distintas poblaciones clínicas, y a su excesiva longitud, los autores profundizan en sus estudios, obteniendo el Mini-Mac en 1994. Dicha versión reducida, no solo facilita su cumplimentación sino que además resuelve muchos de los problemas que presentaba la versión anterior, sobre todo en lo relacionado con la escala de evitación. Otro de los problemas que se solventan con la reedición del Mini-Mac es la variabilidad que los aspectos socio-demográficos y culturales generaban en los distintos estudios factoriales realizados a raíz de las diferentes traducciones realizadas del MAC (24).

Así, las dimensiones evaluadas por el Mini-Mac son (223-225):

-Espíritu de Lucha: Compuesta por 4 preguntas y recoge la actitud de confrontación y optimismo ante la enfermedad.

-Desesperanza: Son 8 cuestiones que abordan la existencia de sentimientos pesimistas y catastróficos ante el proceso oncológico.

-Preocupación Ansiosa: Estos 8 Ítems valoran la tendencia a la preocupación constante por el cáncer, y los sentimientos de miedo, aprehensión y tensión.

-Fatalismo: Con 5 preguntas se describe la posible actitud pasiva de resignación ante el peor de los pronósticos posibles.

-Evitación Cognitiva: Esta escala compuesta por 4 cuestiones, valora la tendencia a la distracción y la actitud de no

enfrentamiento con los aspectos relacionados con el padecimiento oncológico.

Por tanto, el Mini- Mac queda constituido por 29 preguntas. Para ello se seleccionaron aquellas cuestiones que disponían de un mayor peso factorial en el MAC, que fueron 16 y el resto fueron generadas a raíz de las nuevas investigaciones realizadas por los autores en relación con el afrontamiento del cáncer, contemplando de un modo mucho más exhaustivo la escala de evitación (152, 224). Estas cuestiones, se estructuraron en 5 dimensiones o estilos de afrontamiento diferentes y mantuvieron la estructura original de las opciones de respuesta como una escala Likert de cuatro puntos posibles que van desde "Nada que ver con usted" a "Mucho que ver con usted". Se considera que una mayor puntuación en dichas escalas implicaría una mayor tendencia a demostrar dicha actitud (24, 223, 225). Este instrumento mantiene las características y propiedades psicométricas del MAC, por lo que se constituye en una herramienta válida y fiable para la medición de la respuesta de afrontamiento a la enfermedad de los pacientes oncológicos (Ver Anexo VI).

En relación con dichas propiedades psicométricas, en la validación de este instrumento al contexto noruego realizada por Bredal (2009) (224), se establece una comparación de la Consistencia Interna del Mini- Mac, a través del Coeficiente de Cronbach, en distintos estudios de validación de la prueba.

3.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

TABLA 13. DATOS SOBRE CONSISTENCIA INTERNA DEL MINI-MAC APORTADOS POR DIFERENTES ESTUDIOS

	Noruego	Original	Chino	Coreano	Italiano
Espíritu de Lucha	0,21	0,76	0,65	0,50	0,46
Fatalismo	0,60	0,62	0,71	0,61	0,52
Desesperanza	0,83	0,87	0,83	0,86	0,87
Evitación Cognitiva	0,82	0,74	0,65	0,76	0,82
Preocupación Ansiosa	0,81	0,88	0,88	0,84	0,86

Independientemente de que esta prueba esté diseñada específicamente para la valoración de pacientes oncológicos, gracias tanto a las bondades psicométricas y factoriales que posee como por el interés que despierta la información aportada por esta prueba, el Mini-Mac ha sido utilizado en estudios con otras poblaciones clínicas como por ejemplo, pacientes con distrofia muscular, pacientes con HIV y pacientes que han sufrido un infarto (223).

4.2.- DISEÑO:

El modelo teórico que sustenta este estudio defiende la idea de que vivir la experiencia de un cáncer de laringe avanzado y cuya primera opción terapéutica es la laringectomía total, es una experiencia lo suficientemente desestabilizadora como para que los pacientes puedan presentar síntomas psicopatológicos de ansiedad, depresión y/o estrés postraumático. Sin embargo, tanto la aparición de dichos síntomas como la intensidad de los mismos se encontrarían

directamente moduladas por la estructura de personalidad y el tipo de estrategias de afrontamiento que empleen los pacientes.

En este trabajo se utiliza un diseño transversal que nos permitirá valorar las principales diferencias entre los distintos aspectos de interés entre un grupo de pacientes laringectomizados y otro de sujetos controles, que nos servirán de referencia para determinar si los pacientes con cáncer de laringe avanzado se diferencian de la considerada población "normal". Por otro lado, se realizarán unos análisis intragrupo para el estudio en profundidad del grupo clínico, de cara a detallar las características más definitorias de los distintos momentos que se pueden establecer en el proceso de recuperación de la cirugía radical a la que han sido sometidos y su repercusión en el bienestar del paciente.

A excepción del momento de evaluación, en un primer momento no se controló ninguna variable, más allá de los ya citados criterios de inclusión para la selección de la muestra. Dicha variable incluía a los encuestados en uno de los tres subgrupos muestrales que forman el grupo clínico. A posteriori, se decidió descartar a aquellos sujetos pertenecientes a los grupos clínicos que padeciesen otras enfermedades graves como VIH (un sujeto del grupo quirúrgico), problemas coronarios o diabetes de gravedad suficiente como para que pudiese afectar a las valoraciones que el paciente pudiese hacer del impacto que le haya podido suponer la laringectomía radical (fueron 2 sujetos del grupo quirúrgico, 1 del en rehabilitación y 5 del de supervivientes). En el grupo de sujetos que no han padecido una enfermedad oncológica, además se controló que no

3.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

hubiesen padecido ninguna enfermedad oncológica en ningún momento de su vida.

4.2.1.- VARIABLES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO

En cuanto al conjunto de variables que fueron consideradas podríamos estructurarlas del siguiente modo:

1.- Variables sociodemográficas: Incluye el estado civil de los participantes, la estructura familiar, su nivel educativo, su ocupación y situación laboral.

2.- Las variables descriptoras del estado de salud: Contemplan la percepción del estado de salud actual de los participantes y en el caso de los grupos clínicos una descripción más exhaustiva de su situación física en relación con las consecuencias del tratamiento de la patología laríngea. También se exploró la historia de salud mental de los participantes. En este apartado también se valoran las percepciones subjetivas que tienen los pacientes tanto de su estado de salud y recuperación.

3.- Variables relacionadas con las alteraciones del estado de ánimo: Se incluyen los resultados obtenidos en las pruebas para la valoración de sintomatología ansioso- depresiva (HADS), sintomatología de estrés post- traumático (IES-R) y los datos obtenidos a través de la valoración subjetiva de la calidad de vida y su afectación a causa de la enfermedad.

4.- Variables moduladoras de dichas consecuencias: En este apartado incluimos, por un lado, las puntuaciones obtenidas en el EPQ-A en relación con las siguientes

dimensiones de personalidad: Neuroticismo, Extraversión, y Psicoticismo. Por otro lado, los resultados sobre las estrategias de afrontamiento empleadas por los sujetos, conseguidos a través del Mini- Mac y que son: Desesperanza, Espíritu de Lucha, Preocupación Ansiosa, Evitación Cognitiva y Fatalismo.

4.2.2.- PROCEDIMIENTO:

Dividiremos este apartado en función de los pasos dados en la realización de este trabajo. De este modo, en primer lugar hablaremos del proceso de selección de sujetos, posteriormente del sistema de corrección de las pruebas aplicadas y finalizaremos describiendo el diseño estadístico que se ha planteado para poder concluir sobre los objetivos planteados.

4.2.2.1.- SELECCIÓN DE LOS SUJETOS:

Dentro del grupo clínico nos esforzamos por contemplar los tres momentos temporales más significativos del proceso terapéutico del cáncer de laringe, esto es el primer impacto producido por la laringectomía total, el enfrentamiento a la recuperación del habla y la fase de supervivencia, lo que nos llevó a poder plantear tres subgrupos dentro del grupo. De este modo, el orden de evaluación de los pacientes que constituyeron el subgrupo quirúrgico, fue marcado por la fecha de ingreso en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla para ser sometidos a una laringectomía radical. Una vez comprobado que los pacientes cumplían los requisitos de inclusión y aceptaban

3.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

voluntariamente entrar en el estudio, eran informados de los objetivos y la metodología. La evaluación se iniciaba dos días después de la intervención y se realizaba en dos sesiones. La primera sesión se aplicaba la entrevista, el HADS y el IES-R, mientras que en la segunda se aplicaba el EPQ-A y el Mini- Mac. A pesar de que las pruebas estaban diseñadas para que fuesen rellenadas por el paciente, en este grupo, la evaluación fue supervisada por un psicólogo formado en la evaluación de estos pacientes y las dificultades específicas que implica el hecho de no poder comunicarse verbalmente.

Se contactó con los sujetos que componen el subgrupo II o en rehabilitación a través de la Asociación Sevillana de Pacientes Laringectomizados, quienes coordinan las Aulas de Rehabilitación Foniátrica de los tres principales hospitales de la ciudad. De este modo, se solicitó la colaboración voluntaria de los asistentes a las clases de rehabilitación del habla esofágica, en los Hospitales Universitarios Virgen Macarena y Virgen del Rocío y que no hubiesen sido evaluados tras la cirugía radical de laringe. Una vez explicado el proyecto, a aquellos pacientes que quisieron colaborar voluntariamente se les facilitó la batería en un sobre con sello y la dirección a donde debía ser remitido, para que lo reenviasen una vez cumplimentasen todas las pruebas.

Para obtener los sujetos que integran el subgrupo III o de supervivientes, contactamos con todas las Asociaciones de Pacientes Laringectomizados de Andalucía para solicitar su colaboración. En este caso, el apoyo de la Asociación Sevillana fue de gran valía, puesto que el hecho de llevar trabajando con ellos unos años, facilitó que los presidentes de las demás

provincias accediesen a colaborar. En este caso, se remitió a cada provincia un total de 20 sobres con dirección, franqueo pagado y la batería para que fuesen repartidos entre los pacientes que cumplían los requisitos y quisiesen colaborar.

Por último, el grupo II o control, fue constituido por familiares y amigos de los miembros de la Unidad de Psicología Clínica del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Sevilla y que cumplían los requisitos de inclusión. Del mismo modo, se les facilitaron las baterías en sobres con los datos y el franqueo pagado para que pudiesen hacernos llegar sus respuestas preservando de este modo, el anonimato y la intimidad de las mismas.

Para controlar las variables extrañas que pudieran haber escapado al control de los investigadores durante la cumplimentación de las baterías, hemos sido muy exigentes con la calidad de las baterías devueltas por correo. Así se han descartado aquellas evaluaciones incompletas o en las que los encuestados dejasen constancia de cualquier motivo que les dificultase para responder. Esta segunda opción se consideró, bien porque los propios sujetos evaluados pusiesen alguna anotación o bien porque encontrásemos marcadas más de tres preguntas en el mismo cuestionario con más de una opción de respuesta. Al invalidar una prueba de la batería se eliminaba toda la evaluación.

Después de este proceso, los grupos quedaron definitivamente constituidos por 100 sujetos el grupo clínico, distribuidos del siguiente modo: 35 sujetos en el subgrupo I, 23

3.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

en el subgrupo II y 42 sujetos en el subgrupo III. Frente a los 55 sujetos sanos que componen el grupo II.

4.2.2.2.- CORRECCIÓN DE LAS PRUEBAS Y OBTENCIÓN DE DATOS CODIFICADOS:

Para la corrección de la batería testológica aplicada, se procedió a la informatización de todas las respuestas dadas por los sujetos, puesto que se ha realizado una corrección automatizada de todas las pruebas. Antes de comenzar con este apartado, queremos resaltar que las pruebas empleadas en este estudio son en su mayoría de autoinforme. Por lo que ninguna tiene capacidad para proporcionar un diagnóstico clínico. No obstante, si hacen alusión a aquellos sujetos con mayor tendencia a recibirlos si se realizase una entrevista diagnóstica. No obstante, se emplearán expresiones del tipo "Diagnóstico TEP", "Caso de ansiedad/ Depresión", etc..., por lo que queremos aclarar que éstas no hacen alusión, en ningún caso, al diagnóstico clínico. Simplemente es la nomenclatura elegida para discriminar estadísticamente a aquellos sujetos que cumplen los requisitos que consideramos que indican la existencia de una alteración del rasgo valorado.

La entrevista no precisó ninguna corrección específica. Si bien, para el Inventario de Discapacidad de Sheehan (SDI), incluido en la misma, se calculó la puntuación de "Discapacidad" sumando las puntuaciones facilitadas por los sujetos en las tres primeras cuestiones de la prueba, que hacen alusión a la interferencia del estado de salud del participante y sus síntomas en el trabajo, la vida familiar y social. Por tanto, en relación con

esta prueba se trabajó con tres variables, que son la percepción de discapacidad, el estrés y el apoyo social percibido. Para poder discriminar entre aquellos sujetos que presentaban una percepción de discapacidad más significativa, para lo cual se calculó un intervalo en torno a la media aritmética del grupo clínico y cuyos límites superiores e inferiores fueron calculados sumándole y restándole la desviación típica del grupo. Por lo que se establecieron tres posibles categorías que nos permitieron situar a los sujetos y valorar su percepción, en función de la comparación con dichas puntuaciones.

Las puntuaciones directas obtenidas en el HADS se ajustaron a los puntos de corte ofrecidos por los autores originales (Zigmond y Snaith, 1983), según las cuales puntuaciones en las subescalas de depresión o de ansiedad inferiores a 8 implicaban la no existencia de síntomas, de 8 a 10 nos informan de un caso dudoso y puntuaciones a partir de 11 nos avisa de la existencia de un caso (185).

Para la corrección del IES-R, se empleó el "Procedimiento del Síntoma", empleado para el cálculo de la prevalencia del TEP en función de los criterios de la DSM-IV y a raíz de las respuestas dadas por los pacientes en pruebas de autoinforme. Este sistema de corrección ha sido utilizado en otros trabajos, sobre todo en población oncológica(10, 226-229)

Siguiendo este sistema de corrección recodificamos los valores de las opciones de respuesta en función de los criterios establecidos que, quedaron cuantificados del siguiente modo: 0.- Nunca; 1.- Rara vez; 3.- A veces; 5.- A menudo. En función

3.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

de este procedimiento, se consideró que las puntuaciones iguales o superiores a 3 serían consideradas como significativas.

De este modo, se pudo considerar cuántos ítems de cada escala puntuaban de manera positiva y ajustarlos a las exigencias diagnósticas de la DSM- IV, es decir, con al menos un ítem con puntuaciones iguales o superiores a 3 en la escala de intrusión, se considera que se cumplía en dicho criterio; 2 ítems en dichas condiciones son necesarios para la escala de activación y 3 para la de evitación. Así obtenemos el número de criterios diagnósticos en los que puntúan cada sujeto y por tanto se puede establecer un posible diagnóstico. Siguiendo el sistema seguido por Carlier y Gersons (1995) (230), aquellos casos en los que se cumpliesen dos criterios diagnósticos han sido considerados como TEP subclínico y con tres se considera que el sujeto sería susceptible de recibir un diagnóstico de TEP clínico (82, 226-228, 230).

Para la valoración del EPQ-A, se recodificaron los ítems en función de que puntuasen las opciones de respuesta "sí" o "no" en la propuesta de corrección y se computaron en función de la dimensión de personalidad a la que pertenecían. Tras obtener las puntuaciones directas (PD) de cada una de ellas, se calcularon las puntuaciones centiles (PC), siguiendo los baremos recogidos en el Manual de la versión española, para poder establecer comparaciones entre los grupos. Para evitar la excesiva dispersión de los datos, se establecieron 3 puntos de comparación, aquellos que obtenían una PC inferior a 30 y que se consideró que puntuaban bajo en el rasgo, los que obtenían puntuaciones centiles entre 31 y 75 que se estableció fuesen

tipificados como "normales" y los que puntuaron por encima de 75 que se consideró puntuaban alto en la dimensión.

Para finalizar, la corrección del Mini-Mac se realizó el computó de las puntuaciones directas que correspondían a cada estrategia evaluada y se trabajó con las puntuaciones directas obtenidas. Como en esta prueba no se ha establecido ningún punto de corte, para poder establecer la comparación entre los grupos se consideró la media aritmética de las puntuaciones obtenidas en cada escala en el grupo oncológico, como punto central del intervalo que quedaba definido por la desviación típica como límites inferior y superior. De este modo, se clasificaron en tres posibles subgrupos de sujetos en función de la correspondencia entre las puntuaciones obtenidas y los intervalos definidos. El grupo control, se ajustó a los valores de referencia del grupo oncológico.

Por otro lado y de cara a poder valorar, la intensidad de uso y el número de estrategias que emplean cada sujeto, se codificaron las puntuaciones directas obtenida en cada escala dividiendo la puntuación de cada estrategia entre el número de preguntas que la componen, lo que generó las puntuaciones equivalentes en significado a la escala Likert propuesta por la prueba en nuestras puntuaciones directas. De este modo, codificamos a cada sujeto en función de que usase cada estrategia de afrontamiento "nada", "algo", "bastante" o "mucho". Posteriormente, reagrupamos dichos valores en dos únicas categorías, "escasa utilización" que reunía las opciones "nada" y "algo" y por otro lado, "elevada utilización" que integraba los valores "bastante" y "mucho". De este modo,

3.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

pudimos valorar el número de estrategias que los pacientes tienden a emplear con mayor frecuencia. Por tanto, las estrategias de afrontamiento se abordaron desde las dos perspectivas.

4.2.2.3.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

En función de los objetivos planteados, este trabajo de investigación precisa hacer uso de pruebas estadísticas que permitan realizar tanto un análisis descriptivo, como inferencial de los datos recogidos. De este modo, el procedimiento estadístico que se ha seguido ha contemplado los siguientes pasos:

a.- Análisis descriptivo: La información recogida en la entrevista inicial contemplaba, al mismo tiempo, variables de tipo tanto cuantitativo como cualitativo, por lo que para trabajar dichos datos se realizaron tanto análisis a través de las medias aritméticas como de las frecuencias relativas y absolutas de dichas variables. Por otro lado y en el caso de las variables medidas a través de pruebas estandarizadas, obtuvimos, en un primer momento, valores cuantitativos como puntuaciones directas que, bien a través de los propios baremos de las pruebas o bien a través de la creación de intervalos en función de las puntuaciones medias obtenidas, se convirtieron en valores cualitativos. Dichos datos se trabajaron, por tanto, a través de sus distribuciones de frecuencias.

b.- Estudio inferencial: Para lograr conclusiones en relación con los objetivos no descriptivos, se emplearon principalmente estudios de comparaciones grupales que en función de que se

tratase de variables cualitativas o cuantitativas, se realizaron a través del estadístico Chi cuadrado o de la comparación de medias. Para los estudios post- hoc se empleó el estadístico HSD de Tuckey y para el análisis de las correlaciones existentes entre dichas variables recurrimos al coeficiente de correlación de Pearson. Al pretender concluir sobre la potencial existencia de más de un cuadro psicopatológico identificable en la muestra clínica, se realizó un análisis factorial exploratorio que, al no confirmar la existencia de más de un factor, no precisó que se definiese ningún método de rotación de factores. Del mismo modo, para tratar de esclarecer el tipo de relación existente entre nuestras variables moduladoras, se realizó un análisis de regresión lineal.

Para la comprobación del objetivo principal de este trabajo, es decir, la consecución de un perfil en función de las características de personalidad y afrontamiento que hace más vulnerable a los pacientes laringectomizados a padecer alteraciones del estado de ánimo, se realizó un análisis discriminante. Con el fin de que las variables que se seleccionaran como resultados de esta prueba, nos informaran de aquellas características de los pacientes que les llevan a ser más frágiles, desde un punto de vista psicológico, para enfrentar dicha experiencia quirúrgica.

5.- RESULTADOS

RESULTADOS

Para la exposición de los resultados obtenidos procederemos a describir, en primer lugar, aquellos referentes a los instrumentos de evaluación utilizados, comenzando con la entrevista semiestructurada elaborada para esta investigación, y en la que básicamente se recogen los datos sociodemográficos, la historia de salud general, la discapacidad percibida y la valoración subjetiva de la calidad de vida. Continuaremos con los resultados obtenidos en relación con los niveles de ansiedad y depresión evaluados a través del HADS y la sintomatología propia del trastorno por estrés postraumático valorada a través del IES-R y para finalizar se presentará los datos resultantes sobre las medidas de personalidad, a través del EPQ-A y las estrategias de afrontamiento recogidas en el MINI-MAC. Posteriormente procederemos a presentar los resultados de los análisis estadísticos destinados a establecer la posible existencia de relaciones entre las variables dependientes e independientes de esta investigación.

Para cada uno de estos apartados, comenzaremos describiendo los análisis comparativos realizados entre el grupo de pacientes laringectomizados y el de sujetos sanos para, a continuación, pasar a la descripción y análisis de las diferencias encontradas entre los distintos subgrupos clínicos (análisis intragrupo).

5.1.- RESULTADOS OBTENIDOS EN LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.

5.1.1.- DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

5.1.1.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS Y COMPARATIVOS DE LOS *DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS* ENTRE LOS GRUPOS CLÍNICO Y CONTROL.

En cuanto al estudio de las características sociodemográficas propias del grupo compuesto por pacientes laringectomizados, en adelante "grupo clínico" (N=100) y el de sujetos que no padecen ninguna patología oncológica y por tanto están libres de las consecuencias de los tratamientos (N=55), a partir de ahora "grupo control" obtenemos los siguientes resultados:

TABLA 14: COMPARACIÓN DE LOS DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS GRUPOS CLÍNICO Y CONTROL.

VARIABLES		GRUPO CLÍNICO.		GRUPO CONTROL.		Valor	gl	P
		N	%	N	%			
ESTADO CIVIL	Solteros	7	7	2	3,6	2,56	3	0,463
	Casados/ En pareja	84	84	51	92,7			
	Separ/Divor	3	3	1	1,8			
	Viudos	6	6	1	1,8			
CONVIVE	Solo	9	9	2	3,7	6,43	4	0,169
	Con pareja	39	39	14	25,9			
	Con pareja e hijos	43	43	34	44,2			
	Pareja/ hijos/otros	5	5	3	5,6			
	Padres/ hermanos	4	4	1	1,9			

TABLA 14: COMPARACIÓN DE LOS DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS GRUPOS CLÍNICO Y CONTROL.

CARGA FAMILIAR	Si	6	5,9	7	13	2,54	2	0,281
	No	95	94,1	47	87,2			
NIVEL CULTURAL	Analfabetos	9	9	0	0	49,36	4	0,0001
	Leer y escribir	25	25	1	1,9			
	Primarios	40	40	11	20,4			
	Secundarios	17	17	13	24,1			
	Universitarios	9	9	29	53,7			
PROFESIÓN	Obr. no cual	64	69,6	5	9,4	55,38	4	0,0001
	Obr. Cualificado	5	5,4	11	20,8			
	Adm. y apoyo	13	14,1	17	32,1			
	Puestos Intermedios	5	5,4	18	34			
	Fuerzas Seguridad	5	5,4	2	3,8			
SITUACIÓN LABORAL	En activo	8	7,8	37	67,3	65,16	4	0,0001
	De Baja	10	9,8	1	1,8			
	En Paro	1	1	0	0			
	Jubilado	80	78,4	14	25,5			
	Pensionista	3	2,9	3	5,5			
RESIDE EN	Provincia Sevilla	67	66,3	45	90	9,77	1	0,001
	Otras provincias	34	33,7	5	10			
EDAD	Media	D.T.	Media	D.T.	F	g.l.	P	
	62,76	8,14	60,15	7,09	3,77	1	0,054	

Como se comprueba en la Tabla 14, la edad media de los sujetos de ambos grupos se sitúa alrededor de los 60 años, con un rango comprendido entre los 45 y los 79 años en el grupo

clínico y los 49 y los 79 años en el grupo control. No se producen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

En cuanto al estado civil, tanto en el grupo de sujetos laringuectomizado como en el de controles la mayor parte de los sujetos (más del 80%) están casados o conviven con una pareja estable. Consecuentemente son escasos los porcentajes de sujetos solteros (el 3,6% y el 7%), viudos (el 1,8% y el 6%) o separados (el 1,8% y el 3%). En consonancia con estos datos, encontramos en ambos grupos un predominio de sujetos que conviven con su pareja, siendo comparativamente mayor el porcentaje de sujetos del grupo control que conviven, además de con su pareja, con sus hijos (43% de clínicos y el 44,2% de controles). El resto de la muestra vive bien con padres y/o hermanos (el 4% de clínicos y el 1,9% de controles) o solos (el 9% de clínicos y el 3,7% de controles). La mayor tendencia en el grupo control a convivir con hijos puede justificar, al menos en parte, el que se hayan producido diferencias estadísticamente significativas en la carga familiar que soportan si bien, en ambos grupos es pequeño el porcentaje de sujetos que cuidan de familiares dependientes o menores de edad (6% de los sujetos oncológicos versus el 13% de los sanos).

En el lugar de residencia, comprobamos como ambos grupos viven mayoritariamente en la provincia de Sevilla (el 66,3% de los oncológicos y el 90% de los sanos) pero en el grupo control encontramos un mayor porcentaje de sujetos que proceden del resto de las provincias de Andalucía o de Extremadura, produciéndose de esta manera, una diferencia estadísticamente significativa.

También encontramos diferencias estadísticamente significativas en la variable "nivel de estudios", ya que los sujetos controles presentan un mayor nivel educativo (el 53,7% versus el 9% de los clínicos tienen estudios universitarios). En estrecha relación con esta distribución, se producen también diferencias estadísticamente significativas en la ocupación profesional. De manera que, la mayor parte de los sujetos que componen el grupo clínico (el 69,6%) se dedican a trabajos básicos u oficios (agricultura, carpintería, albañilería, etc...), mientras que los controles se dedican preferentemente a trabajos administrativos, ocupan puestos intermedios en sus empresas o realizan trabajos especializados (lo que supone el 86,5% de esta muestra).

En relación con la situación profesional, destacar que el 78,4% de los pacientes laringectomizados se encontraban jubilados en el momento de la evaluación mientras que en el grupo de sujetos controles, este porcentaje desciende al 25,5%, con un claro predominio de sujetos activos laboralmente. Por ello se han producido diferencias estadísticamente significativas en esta variable.

5.1.1.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS Y COMPARATIVOS DE LOS *DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS* ENTRE LOS SUBGRUPOS CLÍNICOS: QUIRÚRGICO, EN REHABILITACIÓN Y SUPERVIVIENTES.

Los tres subgrupos que se derivan del grupo clínico en función del momento en que fueron evaluados los sujetos que lo componen, serían el que a partir de este momento se

denominará "Grupo Quirúrgico", formado por sujetos evaluados justo después de la cirugía radical (N=35); el "Grupo Rehab.", compuesto por sujetos que una vez finalizado los tratamientos activos contra la enfermedad se encontraban en fase de rehabilitación foniátrica (N=23); y el "Grupo Superv.", constituido por sujetos que llevaban más de 5 años sin indicios de actividad oncológica, pero que mantienen el estoma permanente consecuencia de la cirugía (N=42). Así, los resultados obtenidos en la descripción y posterior comparación entre dichos grupos nos informan en relación con las variables sociodemográficas (Tabla 15), que son escasas las diferencias estadísticamente significativas encontradas entre los tres subgrupos, circunscrita tan sólo al lugar de residencia de las muestras (Tabla 15), donde el subgrupo quirúrgico procede casi íntegramente de la provincia de Sevilla mientras que los otros dos subgrupos proceden tanto de Sevilla como de otras capitales andaluzas o de Extremadura (en el apartado de material y método ya comentábamos el procedimiento de selección de cada uno de estos subgrupos, que ha generado estas diferencias). De este modo, los resultados obtenidos son:

TABLA 15: COMPARACIÓN DE LOS DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS SUBGRUPOS CLÍNICOS: QUIRÚRGICOS, EN REHABILITACIÓN Y SUPERVIVIENTE.

VARIABLES		QUIRUR	REHAB	SUPERV	Valor	g.l.	P
		N (%)	N (%)	N (%)			
ESTADO CIVIL	Solteros	4 (11,4%)	0	3 (7,1%)	10,81	6	0,094
	Casados/En pareja	28 (80%)	19 (82,6%)	37 (88,1%)			
	Separado/Divorciado	2 (5,7%)	0	1 (2,4%)			
	Viudos	1 (2,9%)	4 (17,4%)	1 (2,4%)			

TABLA 15: COMPARACIÓN DE LOS DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS SUBGRUPOS CLÍNICOS: QUIRÚRGICOS, EN REHABILITACIÓN Y SUPERVIVIENTE.

VARIABLES		QUIRUR	REHAB	SUPERV	Valor	g.l.	P
		N (%)	N (%)	N (%)			
CONVIVE	Solo	4 (11,8%)	2 (8,7%)	3 (7%)	4,48	8	0,818
	Con pareja	13 (38,2%)	10 (43,5%)	16 (37,2%)			
	Con pareja e hijos	15 (44,1%)	8 (34,8%)	20 (46,5%)			
	Pareja/hijos/otros	0	2 (8,7%)	3 (7%)			
	Padres/hermanos	2 (5,9%)	1 (4,3%)	1 (2,3%)			
CARGA FAMILIAR	Si	3 (8,8%)	2 (8,3%)	1 (2,4%)	3,13	4	0,535
	No	32 (91,2%)	22 (91,7%)	41 (97,6%)			
NIVEL CULTURAL	Analfabetos	3 (8,6%)	3 (12,5%)	3 (7,3%)	3,12	8	0,926
	Leer y escribir	11 (31,4%)	4 (16,7%)	10 (24,4%)			
	Primarios	12 (34,3%)	11 (45,8%)	17 (41,5%)			
	Secundarios	6 (17,1%)	3 (12,5%)	8 (19,5%)			
	Universitarios	3 (8,6%)	3 (12,5%)	3 (7,3%)			
PROFESIÓN	Obr. no cual	24 (68,6%)	13 (68,4%)	27 (11,1%)	8,18	8	0,415
	Obr Cualificado	1 (2,9%)	2 (10,5%)	2 (5,3%)			
	Adm y apoyo	8 (22,9%)	2 (10,5%)	3 (7,9%)			
	Puestos Intermedios	2 (5,7%)	1 (5,3%)	2 (5,3%)			
	Fuerzas Seguridad	0	1 (5,3%)	4 (10,5%)			
SITUACIÓN LABORAL	En activo	5 (14,3%)	2 (8,3%)	1 (2,3%)	12,48	8	0,131
	De Baja	5 (14,3%)	4 (16,7%)	1 (2,3%)			
	En Paro	1 (2,9%)	0	0			
	Jubilado	23 (65,7%)	18 (75%)	39 (90,7%)			
	Pensionista	1 (2,9%)	0	2 (4,7%)			
RESIDE EN	Provincia Sevilla	32 (94,1%)	13 (54,2%)	22 (51,2%)	17,77	2	0,0001
	Otras provincias	2 (5,9%)	11 (45,8%)	21 (48,8%)			
EDAD	Media(D.T.)	Media(D.T.)	Media(D.T.)	F	g.l.	P	
		61,05(8,8)	64,09(10,4)	63,48(5,9)	2,13	3	0,099

En cuanto al análisis de las diferencias encontradas en el lugar de procedencia de los sujetos, encontramos que al ser únicamente el grupo quirúrgico íntegramente procedente de la provincia de Sevilla, justifica la significación estadística encontrada, como a continuación se expone:

TABLA 15.a: ANÁLISIS POST-HOC DE LA VARIABLE "RESIDE EN"		
	G. Rehabilitación	G. Superviviente
G. Quirúrgico	$X^2 = 12,91$; $p = 0,0001$	$X^2 = 16,72$; $p = 0,0001$
G. Rehabilitación		$X^2 = 0,05$; $p = 0.508$

Así pues los tres subgrupos se caracterizan por estar mayoritariamente casados, convivir con sus esposas y/o hijos, no tener a su cargo menores de edad, poseer un nivel cultural bajo o medio-bajo, haber ejercido su actividad laboral como obreros no cualificados y, en el momento de la evaluación, estar jubilados.

5.1.2.- HISTORIA DE SALUD GENERAL

Dentro de este apartado, analizaremos las variables relacionadas con las enfermedades que los sujetos de ambas muestras declaran padecer, la existencia de trastornos mentales, su naturaleza y tratamiento, la percepción del estado de salud y los principales problemas que se derivan de la enfermedad y/o de sus tratamientos

5.1.2.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DE LA *HISTORIA DE SALUD GENERAL* ENTRE LOS GRUPOS CLÍNICO Y CONTROL.

En primer lugar se presentan los resultados obtenidos en la comparación entre los dos grandes grupos muestrales:

TABLA 16: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DEL "ESTADO DE SALUD GENERAL" DE LOS GRUPOS CLÍNICO Y CONTROL								
VARIABLES		GRUPO CLÍNICO.		GRUPO CONTROL.		Valor	g.l	p
		N	%	N	%			
¿Padece alguna enfermedad?	Si	36	35,6	18	32,7	0,13	1	0,427
	No	65	64,4	37	67,3			
¿Qué enfermedad padece?	Cáncer Laringe	6	16,7	0	0	10,80	8	0,213
	Cardiovascular	11	30,6	8	44,4			
	Osteoarticulares	3	8,3	0	0			
	Endocrinos	8	22,2	2	11,1			
	Respiratorios	3	8,3	3	16,7			
	Hígado	0	0	1	5,6			
	Estómago	0	0	1	5,6			
	Urinarios	3	8,3	2	11,1			
	Necesita control médico frec.	2	5,6	1	5,6			
Necesidad Tto. Psiquiátrico	Si	13	12,7	4	7,3	1,10	1	0,220
	No	89	87,3	51	92,7			
¿Qué problema psicológico ha padecido?.	Cuadro Depresivo	4	36,4	2	50	3,01	4	0,556
	Cuadro de Ansiedad	1	9,1	2	50			
	Dependencia al Alcohol	3	27,3	0	0			
	Estrés	1	9,1	0	0			
	Otros Problemas	2	18,2	0	0			
¿Qué tratamiento le fue prescrito?	Antidepresivo	6	54,5	2	50	1,19	2	0,220
	Ansiolítico	3	27,3	2	50			
	Mixto	2	11,2	0	0			
¿Cómo percibe su estado de salud actual?	Malo	15	14,9	7	12,7	0,639	2	0,727
	Normal	34	33,7	22	40			
	Bueno	52	51,5	26	47,3			

TABLA 16: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DEL "ESTADO DE SALUD GENERAL" DE LOS GRUPOS CLÍNICO Y CONTROL

Problemas derivados de la enfermedad que padece o ha padecido	Alteración de vida cotidiana	9	10,7	15	36,5	32,14	4	0,0001
	Mal pronóstico y otras complicaciones médicas	22	26,2	14	34,1			
	Sufrimiento	6	7,1	8	19,5			
	Probl. Comunicación	37	44	0	0			
	Ninguno	10	11,9	4	9,8			

De entre los datos recogidos en este apartado (tabla 16), resulta especialmente llamativo que no se produzcan diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de sujetos que manifiestan que padecen algún tipo de enfermedad crónica. Así el 64,4% de los pacientes clínicos y el 67,3% de los controles afirman que no padecen ningún tipo de enfermedad. Tampoco aparecen diferencias estadísticamente significativas cuando analizamos la distribución por tipo de enfermedades, siendo las enfermedades cardiovasculares las más prevalente en ambos grupos (30,6% de los pacientes oncológicos y el 44,4% de los sujetos sanos). Teniendo en cuenta que estos datos se recogen de la entrevista y no de la historia clínica de los pacientes, habrá que reflexionar sobre los motivos que han llevado a que tan sólo el 16,7% de los sujetos del grupo clínico afirmen padecer un cáncer de laringe.

En cuanto al análisis del estado de la Salud Mental y centrándonos en el grupo clínico, encontramos que únicamente 13 de ellos (12,7%) afirman haber precisado tratamiento psiquiátrico alguna vez. De forma similar, 4 de los sujetos

(7,3%) que componen el grupo control refieren haberlo necesitado. No se producen tampoco diferencias estadísticamente significativas cuando analizamos el tipo de trastorno que manifiestan haber padecido, siendo en ambos grupos el más prevalente el de naturaleza depresiva (el 36,4% de los sujetos del grupo clínico que manifestaron haber recibido tratamiento psiquiátrico versus el 50% del grupo control). Aunque se trate de un número pequeño de sujetos, consideramos destacable que en el grupo de sujetos laringectomizados el segundo trastorno reconocido más prevalente haya sido la dependencia al alcohol. En cuanto al tratamiento recibido, ha sido el antidepresivo el más prescrito en el grupo clínico, mientras que en el grupo control se distribuye de manera simétrica entre éste y el ansiolítico.

Al valorar el impacto subjetivo de la enfermedad, encontramos que aproximadamente la mitad de sujetos de ambos grupos consideran que su estado de salud es "bueno o muy bueno" (el 51,5% del grupo clínico y el 47,3% de los controles), y que menos del 15% de la misma lo valora como "malo o muy malo" (el 14,9% de los clínicos y el 12,7% de los controles). Una vez más, no se han producido diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en relación con la valoración subjetiva de su estado de salud.

Las diferencias que aparecen en la valoración que los sujetos realizan de aquellos aspectos que más les angustian debido a su enfermedad, se encuentran fundamentalmente motivadas por el elevado porcentaje de sujetos laringectomizados que destacan los problemas de

comunicación (el 45,2% de éstos versus el 0% de los sujetos controles).

5.1.2.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DE LA *HISTORIA DE SALUD GENERAL* ENTRE LOS SUBGRUPOS CLÍNICOS: QUIRÚRGICO, EN REHABILITACIÓN Y SUPERVIVIENTE.

En la tabla 17 se muestran los resultados obtenidos por los subgrupos de pacientes quirúrgicos, en rehabilitación y supervivientes en las distintas variables incluidas en el apartado "Estado de Salud General"

TABLA N° 17: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DEL "ESTADO DE SALUD GENERAL" DE LOS SUBGRUPOS CLÍNICOS: QUIRÚRGICO (QUIRUR) REHABILITACIÓN (REHAB) Y SUPERVIVIENTE (SUPERV)

VARIABLES		QUIRUR		REHAB		SUPERV		Valor	gl	P
		N	%	N	%	N	%			
¿Padece alguna enfermedad?	Si	16	45,7	8	33,3	12	28,6	2,51	2	0,284
	No	19	54,3	16	66,7	30	71,4			
¿Qué enfermedad padece?	<i>Cáncer Laringe</i>	6	37,5	0	0	0	0	22,92	1	0,003
	<i>Cardiovascular</i>	3	18,8	1	12,5	7	58,3			
	<i>Oseoarticulares</i>	0	0	1	12,5	2	16,7			
	<i>Endocrinos</i>	4	25	3	37,5	1	8,3			
	<i>Respiratorios</i>	0	0	2	25	1	8,3			
	<i>Urinarios</i>	2	12,5	0	0	1	8,3			
	Nec. control médico frec.	1	6,3	1	12,5	0	0			

TABLA N° 17: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DEL "ESTADO DE SALUD GENERAL" DE LOS SUBGRUPOS CLÍNICOS: QUIRÚRGICO (QUIRUR) REHABILITACIÓN (REHAB) Y SUPERVIVIENTE (SUPERV)

Necesidad	SI	6	17,1	4	16,7	3	7	2,22	2	0,328
Tto. Psiquiátrico.	NO	29	82,9	20	83,3	40	93,3			
¿Qué problema psicológico ha padecido?.	C. Depresivo	2	33,3	2	66,7	0	0	5,50	8	0,703
	C. Ansiedad	1	16,7	0	0	0	0			
	Depend. Alcohol	1	16,7	1	33,3	1	50			
	Estrés	1	16,7	0	0	0	0			
	Otros Problemas	1	16,7	0	0	1	50			
¿Qué tratamiento le fue prescrito?	Antidepresivo	3	50	2	66,7	1	50	2,13	4	0,710
	Ansiolítico	2	33,3	0	0	1	50			
	Mixto	1	16,7	1	33,3	0	0			
¿Cómo percibe su estado de salud actual?	Malo	9	25,7	4	16,7	2	4,8	11,85	4	0,002
	Normal	10	28,6	12	50	12	28,6			
	Bueno	16	45,7	8	33,3	28	66,7			
Problemas derivados de la enfermedad que padece o ha padecido	Alteración vida cotidiana	5	16,7	3	15	1	2,9	18,69	8	0,002
	Mal pronóstico y complicaciones.	4	13,3	5	25	13	38,2			
	Sufrimiento	2	6,7	3	15	1	2,9			
	Problemas de comunicación	17	56,7	9	45	11	32,4			
	Ninguno	2	6,7	0	0	8	23,5			

Comprobamos que se producen diferencias estadísticamente significativas en las variables relacionadas con las enfermedades crónicas que padecen, la percepción del estado de salud y la valoración de los principales problemas debido a la enfermedad. Los análisis post-hoc (tabla 17.a) muestran que el subgrupo de supervivientes presenta mayores tasas de enfermedad cardiovascular, mejor valoración de su estado de salud y le angustia menos los problemas de comunicación y más la evolución de la enfermedad que a los sujetos de los subgrupos quirúrgico y en rehabilitación (a excepción de las enfermedades físicas en las que tan sólo hay diferencias estadísticamente significativas con el subgrupo quirúrgico).

TABLA 17.a: ANÁLISIS POST-HOC DE LAS VARIABLES CON DIFERENCIAS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS EN HISTORIA DE SALUD GENERAL

1.- VARIABLE "ENFERMEDADES CRÓNICAS QUE PADECE"		
	G. Rehabilitación	G. Superviviente
G. Quirúrgico	$X^2 = 10,66$; $p = 0,099$	$X^2 = 13,43$; $p = 0,037$
G. Rehabilitación		$X^2 = 7,67$; $p = 0,175$
2.- VARIABLE "PERCEPCIÓN SUBJETIVA DEL ESTADO DE SALUD"		
	G. Rehabilitación	G. Superviviente
G. Quirúrgico	$X^2 = 2,81$; $p = 0,244$	$X^2 = 7,33$; $p = 0,026$
G. Rehabilitación		$X^2 = 7,42$; $p = 0,024$
3.- VARIABLE "PRINCIPALES PROBLEMAS DEBIDO A LA ENFERMEDAD"		
	G. Rehabilitación	G. Superviviente
G. Quirúrgico	$X^2 = 3,40$; $p = 0,492$	$X^2 = 12,44$; $p = 0,014$
G. Rehabilitación		$X^2 = 10,85$; $p = 0,028$

5.1.3.- VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD PERCIBIDA (Sheehan, 1986)

Esta prueba que aporta una pobre fiabilidad en cuanto a la calidad de las medidas que ofrece, sólo se empleará como medida descriptiva debido a su brevedad y a la poca consistencia que demuestra tener, como a continuación se puede comprobar:

TABLA 18: ESTUDIO DE FIABILIDAD DEL ÍNDICE DE DISCAPACIDAD PERCIBIDA DE SHEEHAN EN LA MUESTRA DE ESTUDIO.

ESCALA	ALPHA DE CRONBACH
Discapacidad (3 Items)	0,611

Al hacer el análisis diferencial de estas medidas en función de los grupos de estudio, en esta ocasión encontramos que, la prueba es muy poco efectiva en el grupo de pacientes laringectomizados, mientras que en el de los controles si se obtienen una adecuada consistencia interna por lo que sólo puede considerarse su validez en el segundo. En la siguiente tabla se muestran dichos datos:

TABLA 18.a: ESTUDIO DE FIABILIDAD DEL ÍNDICE DE DISCAPACIDAD DE SHEEHAN EN FUNCIÓN DE LOS GRUPOS MUESTRALES.

ESCALA	GRUPO CLÍNICO	GRUPO CONTROL
Discapacidad (3 Items)	0,511	0,900

5.1.3.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO EN EL *ÍNDICE DE DISCAPACIDAD PERCIBIDA* ENTRE LOS GRUPOS CLÍNICO Y CONTROL.

En este apartado se valora la percepción de discapacidad que tienen los sujetos que participan en este estudio, a través del Índice de Sheehan (1986). El análisis estadístico realizado (Tabla 19) nos indica que los sujetos laringectomizados presentan puntuaciones medias más elevadas que los sujetos del grupo control, así como mayores interferencias en las áreas laboral y social. Hemos de señalar que este análisis hay muchos datos perdidos ya que son numerosos los sujetos controles que refieren no padecer ninguna enfermedad ni limitación.

TABLA 19: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DEL "ÍNDICE DE DISCAPACIDAD" DE SHEEHAN DE LOS GRUPOS CLÍNICO Y CONTROL.

Variables		GRUPO CLÍNICO.		GRUPO CONTROL.		Valor	g.l.	p
		N	%	N	%			
Perjuicio laboral	<i>Nada-Leve</i>	38	42,7	20	74,1	12,64	2	0,002
	<i>Moderado</i>	7	7,9	4	14,8			
	<i>Marcado-Extremo</i>	44	49,4	3	11,1			
Perjuicio Social	<i>Nada- Leve</i>	47	48,5	21	75	7,92	2	0,019
	<i>Moderado</i>	26	26,8	6	21,4			
	<i>Marcado-Extremo</i>	24	24,7	1	3,6			
Perjuicio familiar	<i>Nada- Leve</i>	64	64,6	22	84,6	5,38	2	0,068
	<i>Moderado</i>	20	20,2	4	15,4			
	<i>Marcado-Extremo</i>	15	15,2	0	0			
Estrés por discapacidad	<i>Nada-Leve</i>	47	50	19	44,2	12,60	2	0,002
	<i>Moderado</i>	17	18,1	19	44,2			
	<i>Marcado-extremo</i>	30	31,9	5	11,6			
Percepción apoyo social	<i>Nada-Leve</i>	4	4,3	8	22,2	18,01	2	0,0001
	<i>Moderado</i>	5	5,3	7	19,4			
	<i>Marcado-Extremo</i>	85	90,4	21	58,3			

TABLA 19: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DEL "ÍNDICE DE DISCAPACIDAD" DE SHEEHAN DE LOS GRUPOS CLÍNICO Y CONTROL.

Percepción discapacidad	<i>Inferior Media</i>	23	23,1	11	39,3	6,91	2	0,032
	<i>Media</i>	59	59,6	17	60,7			
	<i>Superior Media</i>	17	17,2	0	0			
Puntuación Total		Media (d.t.)		Media (d.t.)		F	g.l.	p
		7,16 (3,2)		5,07 (2,2)		10,05	1	0,002

Dado que esta escala no dispone de punto de corte que nos permita detectar el porcentaje de sujetos que perciban un elevado grado de discapacidad, hemos decidido distribuir la muestra en tres niveles en función de la puntuación media más/menos la desviación típica del grupo de sujetos oncológicos. Así, el grupo inferior a la media está constituido por las puntuaciones comprendidas entre el 0 y 3, el grupo con puntuaciones medias el comprendido entre el 4 y 10 y el grupo superior a la media por las puntuaciones superiores a 10. Hay un mayor porcentaje de sujetos controles que presentan puntuaciones inferiores a la media (el 39,3% versus el 23,1% de los clínicos) mientras que hay mayor porcentaje en el grupo clínico que presentan puntuaciones superiores a la media (17,2% versus 0% de los sujetos controles). Estas diferencias alcanzan niveles de significación estadística.

Resultados similares obtenemos cuando analizamos el estrés que genera la enfermedad y sus secuelas terapéuticas. De esta manera, en el grupo clínico encontramos mayor número de sujetos que lo valoran como marcado o extremo (31,9% frente al 11,6%), lo que genera diferencias estadísticamente significativas. No obstante, hemos de resaltar que el 50% de los

sujetos laringectomizados considera que el estrés experimentado es "ninguno" o "leve".

En el último aspecto contemplado por esta prueba, la percepción del apoyo social recibido, también se han producido diferencias estadísticamente significativas, si bien en esta ocasión son debidas a la percepción de disponer de un elevado nivel de apoyo social del grupo clínico (el 90,4% de este grupo lo valora como muy bueno o perfecto versus el 58,3% del grupo control). En sentido inverso, el 22,2% de los controles califican su apoyo social como "ninguno o muy poco" en contraposición al 4,3% de los sujetos clínicos.

5.1.3.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO EN EL *ÍNDICE DE DISCAPACIDAD PERCIBIDA* ENTRE LOS SUBGRUPOS CLÍNICOS: QUIRÚRGICO, EN REHABILITACIÓN Y SUPERVIVIENTE.

El análisis de los resultados obtenidos en la escala de discapacidad por los tres subgrupos clínicos (Tabla 20) revela la existencia de diferencias estadísticamente significativas en todas las puntuaciones consideradas a excepción de la percepción del apoyo social, ya que prácticamente la totalidad de los sujetos de los tres subgrupos consideran disponer de un elevado nivel de apoyo.

TABLA 20: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DEL "ÍNDICE DE DISCAPACIDAD PERCIBIDA" DE SHEEHAN DE LOS SUBGRUPOS CLÍNICOS: QUIRÚRGICO, REHABILITACIÓN Y SUPERVIVIENTES

Variables	QUIRUR		REHAB		SUPERV		Valor	g.l.	P
	N	%	N	%	N	%			

TABLA 20: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DEL "ÍNDICE DE DISCAPACIDAD PERCIBIDA" DE SHEEHAN DE LOS SUBGRUPOS CLÍNICOS: QUIRÚRGICO, REHABILITACIÓN Y SUPERVIVIENTES

Perjuicio laboral	Nada-Leve	23	69,7	6	30	9	25	16,59	4	0,002
	Moderado	2	6,1	1	5	4	11,1			
	Marcado-Extremo	8	24,2	13	65	23	63,9			
Perjuicio Social	Nada-Leve	21	61,8	5	20,8	21	53,8	15,65	4	0,004
	Moderado	6	17,6	7	29,2	13	33,3			
	Marcado-Extremo	7	20,6	12	50	5	12,8			
Perjuicio familiar	Nada-Leve	26	76,5	9	37,5	29	70,7	17,09	4	0,002
	Moderado	1	2,9	10	41,7	9	22			
	Marcado-Extremo	7	20,6	5	20,8	3	7,3			
Estrés por discapacidad	Nada-Leve	20	62,5	6	25	21	55,3	9,78	4	0,044
	Medio	3	9,4	6	25	8	21,1			
	Marcado-Extremo	9	28,1	12	50	9	23,7			
Percepción apoyo social	Nada-Leve	0	0	2	8,3	2	5,3	5,48	4	0,241
	Medio	0	0	2	8,3	3	7,9			
	Marcado-Extremo	32	100	20	83,3	33	86,8			
Percepción discapacidad	Inferior media	10	29,4	4	16,7	9	22	19,05	4	0,001
	En la Media	21	61,8	9	37,5	29	70,7			
	Superior Media	3	8,8	11	45,8	3	7,3			
Puntuación Total		Media (d.t)		Media (d.t.)		Media (d.t.)		F	g.l.	P
		6,20 (2,85)		8,83 (3,52)		6,97 (3,15)		5,02	2	0,008

Los análisis post-hoc (tabla 20.a) muestran que es el subgrupo de pacientes en rehabilitación el que presenta diferencias estadísticamente significativas con los otros subgrupos en la mayor parte de las variables analizadas. Así, presentan mayor puntuación media, mayor porcentaje de sujetos con puntuaciones superiores a la media, con marcada afectación en las áreas social y familiar así como mayor percepción de estrés por discapacidad. También se han producido diferencias entre el subgrupo de sujetos superviviente con el quirúrgico en la valoración que efectúan de la afectación en el área laboral (mayor porcentaje en el primer subgrupo de sujetos con afectación marcada) y familiar (mayor porcentaje de sujetos supervivientes sin afectación de esta área).

TABLA 20.a: ANÁLISIS POST- HOC DE LAS VARIABLES QUE PRESENTAN DIFERENCIAS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS EN EL "ÍNDICE DE DISCAPACIDAD PERCIBIDA" DE SHEEHAN.

1.- Puntuaciones medias		
	G. Rehabilitación	G. Superviviente
G. Quirúrgico	HSD Tukey= 2,62; p= 0,006	HSD Tukey= 0,730; p= 0,545
G. Rehabilitación		HSD Tukey= 1,857; p= 0,061
2.- Distribución en función de puntuaciones superiores, inferiores o en la media		
	G. Rehabilitación	G. Superviviente
G. Quirúrgico	$X^2= 10,53$; p= 0,005	$X^2= 0,619$; p= 0,734
G. Rehabilitación		$X^2= 13,498$; p= 0,001
3.- VARIABLE "Afectación del área laboral"		
	G. Rehabilitación	G. Superviviente
G. Quirúrgico	$X^2= 8,83$; p= 0,012	$X^2= 13,94$; p= 0,001
G. Rehabilitación		$X^2= 0,66$; p= 0,719

TABLA 20.a: ANÁLISIS POST- HOC DE LAS VARIABLES QUE PRESENTAN DIFERENCIAS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS EN EL "ÍNDICE DE DISCAPACIDAD PERCIBIDA" DE SHEEHAN.

4.- VARIABLE "Afectación del área social"		
	G. Rehabilitación	G. Superviviente
G. Quirúrgico	$X^2= 9,80$; $p=0,007$	$X^2= 2,58$; $p= 0,275$
G. Rehabilitación		$X^2= 11,61$; $p= 0,003$
5.- VARIABLE "Afectación del área familiar"		
	G. Rehabilitación	G. Superviviente
G. Quirúrgico	$X^2= 14,66$; $p=0,001$	$X^2= 7,57$; $p=0,023$
G. Rehabilitación		$X^2= 7,12$; $p=0,028$
6.- VARIABLE "Estrés por discapacidad"		
	G. Rehabilitación	G. Superviviente
G. Quirúrgico	$X^2= 7,98$; $p= 0,018$	$X^2= 1,79$; $p=0,407$
G. Rehabilitación		$X^2= 6,20$; $p=0,045$

5.1.4.- VALORACIÓN SUBJETIVA DE LA CALIDAD DE VIDA.

5.1.4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DE LA VALORACIÓN SUBJETIVA DE LA CALIDAD DE VIDA ENTRE LOS GRUPOS CLÍNICO Y CONTROL.

En este apartado analizaremos los resultados ofrecidos a las preguntas "como valoraría su calidad de vida" y "cómo considera que la enfermedad ha afectado a su calidad de vida". En el caso de los sujetos controles, sólo cumplieron esta parte de la entrevista 28 sujetos que se correspondían con aquellos que manifestaron tener alguna enfermedad.

Como se comprueba en la Tabla 21 es reducido el porcentaje de sujetos de ambos grupos que realizan una valoración negativa de su calidad de vida (13,9% del grupo clínicos y 5,7% del grupo controles consideran que es pésima o mala) siendo superior el de aquellos que la valoran como buena o excelente (33,7% de los sujetos clínicos y el 35,8% de los sujetos controles). No se producen diferencias estadísticamente significativas.

TABLA 21: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS GRUPOS CLÍNICO Y CONTROL.

Variables		GRUPO CLÍNICO.		GRUPO CONTROL.		Valor	g.l.	p
		N	%	N	%			
Calidad de vida	Pésima-Mala	14	13,9	3	5,7	2,39	2	0,302
	Normal	53	52,3	31	58,5			
	Buena-Excelente	34	33,7	19	35,8			
Impacto de la enfermedad	Nada-Poco	40	40	23	82,1	15,54	1	0,0001
	Bastante-Muchísimo	60	60	5	17,9			

Sin embargo, ambos grupos no valoran en el mismo grado el impacto o interferencia que la enfermedad ha ejercido sobre su calidad de vida, ya que mientras el 82,1% de los sujetos controles la han calificado como de "poco o nada" este porcentaje desciende al 40% en los sujetos clínicos. Asimismo mientras que sólo el 17,9% de los controles consideran que la enfermedad ha afectado de manera considerable su calidad de vida, este porcentaje asciende al 60% de los sujetos laringuectomizados. Estas diferencias son estadísticamente significativas.

5.1.4.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DE LA VALORACIÓN SUBJETIVA DE LA CALIDAD DE VIDA ENTRE LOS SUBGRUPOS CLÍNICOS: QUIRÚRGICO, EN REHABILITACIÓN Y SUPERVIVIENTE.

Cuando analizamos la percepción de la calidad de vida en cada uno de los subgrupos de pacientes oncológicos comprobamos que las opciones “mala o pésima” siguen estando integradas por un disminuido número de sujetos. Además se producen diferencias estadísticamente significativas motivadas (como se muestra en el análisis post-hoc, tabla 22.a) por la mayor valoración que el grupo de supervivientes realiza de su calidad de vida (tanto cuando se compara con el grupo quirúrgico como en rehabilitación)

TABLA 22: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS SUBGRUPOS CLÍNICOS: QUIRÚRGICO, EN REHABILITACIÓN Y SUPERVIVIENTES.

Variables		QUIRUR		REHAB		SUPERV		Valor	gl	p
		N	%	N	%	N	%			
Calidad de vida	<i>Pésima-Mala</i>	8	22,9	6	25	0	0	14,37	4	0,006
	<i>Media</i>	14	40	14	58,3	25	59,5			
	<i>Buena-Excelente</i>	13	37,1	4	16,7	17	40,5			
Impacto de la enfermedad	<i>Poco-nada</i>	11	32,4	4	16,7	25	59,5	12,94	2	0,002
	<i>Bastante - Mucho</i>	23	67,6	20	83,3	17	40,5			

Es elevado el porcentaje de sujetos de los tres subgrupos que consideran que la enfermedad ha ejercido un elevado

impacto sobre su calidad de vida. No obstante, hay un mayor porcentaje de pacientes supervivientes que considera que el impacto de la enfermedad ha sido menor, con diferencias estadísticamente significativas tanto cuando lo comparamos con el subgrupo quirúrgico como con el de rehabilitación. Es de resaltar el elevado porcentaje de sujetos de este último subgrupo (el 83,3%) que informan de un elevado impacto en su calidad de vida.

TABLA 22.a: ANÁLISIS POST-HOC DE LAS VARIABLES CON DIFERENCIAS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS EN LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA.

1.- VARIABLE "CALIDAD DE VIDA"		
	G. Rehabilitación	G. Superviviente
G. Quirúrgico	$\chi^2= 3,108$; $p= 0,211$	$\chi^2= 11,094$; $p= \mathbf{0,004}$
G. Rehabilitación		$\chi^2= 13.225$; $p= \mathbf{0,001}$
2.- VARIABLE "IMPACTO DE LA ENFERMEDAD"		
	G. Rehabilitación	G. Superviviente
G. Quirúrgico	$\chi^2= 1,806$; $p= 0,149$	$\chi^2= 5,564$; $p= \mathbf{0,016}$
G. Rehabilitación		$\chi^2= 11.388$; $p= \mathbf{0,001}$

5.2.- RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS MEDIDAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE LA ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA (HADS; Zigmond y Snaitth, 1983).

Los datos obtenidos en este trabajo al realizar el estudio de consistencia interna de la prueba para nuestra muestra, aportaron los siguientes datos en relación con la adecuada capacidad de medida que presenta el HADS, como a continuación se presenta:

TABLA 23: ESTUDIO DE FIABILIDAD DE LA ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HADS) EN LA MUESTRA DE ESTUDIO.

ESCALA	ALPHA DE CRONBACH
HADS- ANSIEDAD (7 ITEMS)	0,749
HADS- DEPRESIÓN (7 ITEMS)	0,767
HADS- PUNTUACIÓN TOTAL (14 ITEMS)	0,846

Los valores aportados por la totalidad de la muestra en cuanto a la consistencia interna tanto de la prueba en si como de las dos dimensiones que la componen son claramente adecuados. No obstante, nos planteamos saber si estos valores son estables atendiendo a la condición diferencial de los dos subgrupos estudiados. Al realizar dicho análisis encontramos los siguientes resultados, que confirman las conclusiones previamente presentadas.

TABLA 23.A: ESTUDIO DE FIABILIDAD DEL HADS EN FUNCIÓN DEL GRUPO MUESTRALES.

ESCALA	GR.CLÍNICO	GR. CONTROL
HADS- Ansiedad (7 Items)	0,737	0,798
HADS- Depresión (7 Items)	0,785	0,626
HADS- PUNTUACIÓN TOTAL (14 ITEMS)	0,852	0,831

5.2.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DE LAS ALTERACIONES DEPRESIVAS Y DE ANSIEDAD ENTRE LOS GRUPOS CLÍNICO Y CONTROL.

Como punto de partida para determinar las repercusiones emocionales del afrontamiento del proceso de enfermedad y sus tratamientos, presentamos los resultados obtenidos a través del HADS.

El análisis de las puntuaciones medias obtenidas en el HADS muestra la inexistencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos tanto en las puntuaciones de la subescala de depresión como de ansiedad (tabla 24).

TABLA 24: PUNTUACIONES MEDIAS DEL HADS OBTENIDAS EN LOS GRUPOS CLÍNICO Y CONTROL.

	RANGO	GR. CLÍNICO.		GR.CONTROL.		F	SIGNIF.
		MEDIA	DESV.TIPO	MEDIA	DESV. TIPO		
DEPRESIÓN	0-18	4,00	3,93	3,07	2,18	2,61	0,108
ANSIEDAD	0-18	4,35	3,65	4,27	2,98	0,01	0,897

Tras el cálculo de las puntuaciones medias realizamos la corrección propuesta por los autores originales de la prueba Zigmond y Snaith (1983), para determinar aquellos sujetos que constituyen un caso clínico de los que no lo son. Como se muestra en la tabla 25 no existen diferencias estadísticamente significativas ni en la escala de ansiedad ni en la de depresión. Aún así, es de reseñar el disminuido número de sujetos de ambas muestras que son considerados "casos" por esta prueba.

TABLA 25: IDENTIFICACIÓN DE CASOS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN LOS GRUPOS CLÍNICO Y CONTROL.

	RANGO	GR. CLÍNICO		GR. CONTROL		Valor	g.l.	p.
		N	%	N	%			
		DEPRESIÓN	No caso	84	82,4			
	Dudoso	12	11,8	3	5,6			
	Caso	6	5,9	0	0			
ANSIEDAD	No caso	81	79,4	45	83,3	0,69	2	0,707
	Dudoso	14	13,7	7	13			
	Caso	7	6,9	2	3,7			

5.2.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DE LAS ALTERACIONES DEPRESIVAS Y DE ANSIEDAD ENTRE LOS SUBGRUPOS CLÍNICOS: QUIRÚRGICO, EN REHABILITACIÓN Y SUPERVIVIENTE.

Los datos anteriormente expuestos, nos llevan a plantearnos si la prevalencia de alteraciones emocionales se mantiene independientemente del momento de recuperación de la cirugía radical en el que se encuentren los pacientes oncológicos. El análisis de la comparación de medias entre los distintos subgrupos clínicos se muestra en la tabla 26. En la misma podemos comprobar cómo se producen diferencias estadísticamente significativas tanto en la medida de depresión como de ansiedad.

TABLA 26: PUNTUACIONES MEDIAS DE LAS SUBESCALAS DE HAD-DEPRESIÓN Y HAD-ANSIEDAD DE LOS SUBGRUPOS CLÍNICOS: QUIRÚRGICO, EN REHABILITACIÓN Y SUPERVIVIENTE.

	RANGO	QUIRUR.		REHABILIT.		SUPERVIV.		F	SIGNIF.
		MEDIA	DT	MEDIA	DT	MEDIA	DT		
DEPRESIÓN	0-21	3,6	4,09	6,83	4,37	2,76	2,64	10,01	0,0001
ANSIEDAD	0-21	4,17	3,57	6,83	4,52	3,11	2,32	9,37	0,0001

A tenor de estos resultados, se realizan las pruebas post-hoc necesarias para determinar entre que subgrupos se producen dichas diferencias, que nos revela que el subgrupo de pacientes en rehabilitación presenta mayor sintomatología ansiosa y depresiva que los sujetos en cirugía o supervivientes.

TABLA 26.a: ANÁLISIS POST-HOC DE LAS DIFERENCIAS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS OBTENIDAS EN LA ESCALA HADS

1.- Análisis post-hoc de la variable Depresión		
	G. Rehabilitación	G. Superviviente
G. Quirúrgico	HSD Tuhey= 3,23 ; p= 0,003	HSD Tuhey= 0,83 ; p=0,574
G. Rehabilitación		HSD Tuhey= 4,06 ; p= 0,0001
2.- Análisis post-hoc de la variable Ansiedad		
	G. Rehabilitación	G. Superviviente
G. Quirúrgico	HSD Tuhey= 2,66 ; p= 0,010	HSD Tuhey= 1,05 ; p=0,360
G. Rehabilitación		HSD Tuhey= 3,78 ; p= 0,001

Siguiendo la misma dinámica planteada en el estudio intergrupos, valoramos a continuación las posibles diferencias entre los tres subgrupos clínicos al aplicar la codificación de Zigmond y Snaith (1983) a los resultados cuantitativos. Los resultados indican, nuevamente, la existencia de diferencias estadísticamente significativa tanto en la subescala de depresión como en la de ansiedad (Tabla 27).

TABLA 27: IDENTIFICACIÓN DE CASOS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN LOS SUBGRUPOS CLÍNICOS: QUIRÚRGICO, EN REHABILITACIÓN Y SUPERVIVIENTES.

	RANGO	QUIRUR		REHAB		SUPERV		Valor	g.l.	p
		N	%	N	%	N	%			
DEPRESIÓN	No caso	28	80	15	62,5	41	95,3	12,22	4	0,016
	Dudoso	4	11,4	6	25	2	4,7			
	Caso	3	8,6	3	12,5	0	0			
ANSIEDAD	No caso	28	80	12	50	41	95,3	20,59	4	0,0001
	Dudoso	5	14,3	7	29,2	2	4,7			
	Caso	2	5,7	5	20,8	0	0			

Los análisis post-hoc (tabla 27.a) indican que las diferencias estadísticamente significativas están marcadas por el subgrupo de rehabilitación; en el caso de la subescala de depresión con el subgrupo de supervivientes y en la subescala de ansiedad tanto con el de supervivientes como con el quirúrgico.

TABLA 27.a: ANÁLISIS POST-HOC DE LAS DIFERENCIAS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS OBTENIDAS EN LA FRECUENCIA DE "CASOS" EN LA ESCALA HADS.

1.- Análisis post-hoc de la variable Depresión		
	G. Rehabilitación	G. Superviviente
G. Quirúrgico	$\chi^2 = 2,36$; $p=0,307$	$\chi^2 = 5,35$; $p=0,069$
G. Rehabilitación		$\chi^2 = 12,70$; $p=0,002$
2.- Análisis post-hoc de la variable Ansiedad		
	G. Rehabilitación	G. Superviviente
G. Quirúrgico	$\chi^2 = 6,183$; $p=0,045$	$\chi^2 = 4,96$; $p=0,083$
G. Rehabilitación		$\chi^2 = 19,85$; $p=0,0001$

5.3.- RESULTADOS OBTENIDOS EN EL ESTUDIO DE LA SINTOMATOLOGÍA DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (IES-R; Weiss y Marmar, 1997).

En nuestro estudio, el análisis de la consistencia interna de esta prueba, nos ofrece los siguientes datos, que avalan lo fiable de las medidas que pueda aportar:

TABLA 28: ESTUDIO DE FIABILIDAD DE LA ESCALA IES- R

ESCALA	ALPHA DE CRONBACH
Intrusión (7 Items)	0,861
Evitación (8 Items)	0,829
Arousal (7 Items)	0,819
Puntuación Total (22 Items)	0,933

Como ya planteamos con la prueba anterior, también nos hemos propuesto valorar la fiabilidad de las medidas aportadas por el IES-R en función de la condición de salud de los sujetos que componen la muestra de este estudio. Los resultados encontrados, de nuevo confirman la calidad de nuestras mediciones, como se puede ver a continuación:

TABLA 28.a: ESTUDIO DE FIABILIDAD DE LA ESCALA IES- R EN FUNCIÓN DE LOS GRUPOS MUESTRAL

ESCALA	GR. CLÍNICO	GR. SUJETOS SANOS
Intrusión (7 Items)	0,849	0,886
Evitación (8 Items)	0,827	0,786
Arousal (7 Items)	0,803	0,836
Punt. Total (22 Items)	0,928	0,936

5.3.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DE LA SINTOMATOLOGÍA DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ENTRE LOS GRUPOS CLÍNICO Y CONTROL.

Hemos corregido los resultados aportados en esta prueba siguiendo el "Método del Síntoma" (10, 54, 82, 226-229), que considera que en los ítems en los que el paciente puntúa una

frecuencia de 3 o superior, son significativos de cara a la consideración del síntoma que valoran. De este modo, en cuanto al síntoma de intrusión se considera que aquellos pacientes que han marcado dichos valores en una o más de las cuestiones que componen esta escala, cumplirían este criterio diagnóstico del Estrés Postraumático, según la DSM-IV (85). Los resultados que obtenemos en nuestro estudio muestran que existe un mayor porcentaje de sujetos oncológicos que cumplen criterios para los síntomas de intrusión, evitación y arousal. Las diferencias adquieren, en todos los casos, significación estadística (Tabla 29).

TABLA 29: DISTRIBUCIÓN DE SUJETOS QUE COMPONEN LOS GRUPOS MUESTRALES, EN FUNCIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE TEP EN LOS QUE CUMPLEN CRITERIOS.

	G CLÍNICO.		G. CONTROL.		Valor	gl	p
	Cumplen	No cumplen	Cumplen	No cumplen			
Intrusión	68 (67,3%)	33 (32,7%)	20 (40%)	30 (60%)	10,27	1	0,001
Evitación	42 (41,6%)	59 (58,4%)	11 (22%)	39 (78%)	5,63	1	0,013
Arousal	48 (47,5%)	53 (52,5%)	11 (22%)	39 (78%)	9,15	1	0,002

Una vez valorados los tres criterios diagnósticos del Trastorno por Estrés Postraumático y siguiendo el procedimiento establecido por Carlier y Gerson en 1995 (82, 230), basado en las premisas de la DSM-IV (85), dicho diagnóstico se confirmaría para aquellos sujetos que cumplieren los tres criterios. Como este sistema también permite la consideración de dicho cuadro, aunque con una intensidad inferior o "subclínica o parcial", en la tabla 30 se exponen los resultados encontrados en nuestros grupos muestrales.

TABLA 30: IDENTIFICACIÓN DE LOS CASOS DE TEP EN LOS GRUPOS CLÍNICO Y CONTROL.

	G CLÍNICO.		G. CONTROL.		Valor	g.l.	p
No caso	49	48,1%	41	74,6%	14,36	3	0,002
Subclínico	24	23,5%	7	12,7%			
Caso	29	28,4%	7	12,7%			

Estos resultados evidencian la existencia de un elevado número de sujetos que presentan de forma subclínica o clínica un cuadro de estrés postraumático en el grupo clínico. Esta diferencia alcanza el nivel de significación estadística.

5.3.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DE LA SINTOMATOLOGÍA DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ENTRE LOS SUBGRUPOS CLÍNICOS: QUIRÚRGICO, EN REHABILITACIÓN Y SUPERVIVIENTES.

Al realizar el análisis intragrupo de los resultados encontrados en el grupo clínico y siguiendo el mismo procedimiento que en el apartado anterior, encontramos que existen diferencias estadísticamente significativas en "evitación" y "arousal", pero no en "intrusión" (tabla 31).

TABLA 31: DISTRIBUCIÓN DE SUJETOS QUE COMPONEN LOS SUBGRUPOS CLÍNICOS EN FUNCIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE TEP EN LOS QUE CUMPLEN CRITERIOS.

	Cumplen			No cumple			Valor	gl	p
	Quirúr	Rehab	Super	Quirúr	Rehab	Super			
Intrusión	22(62,9)	20(83,3)	26(61,9)	13(37,1)	4(16,7)	16(38,1)	3,67	2	0,159
Evitación	13(37,1)	17(70,8)	12(28,6)	22(62,9)	7(29,2)	30(71,4)	11,66	2	0,003
Arousal	13(37,1)	17(70,8)	18(42,9)	22(62,9)	7(29,2)	24(57,1)	7,10	2	0,029

TABLA 31.A: ANÁLISIS POST-HOC DE LAS DIFERENCIAS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS OBTENIDAS EN LOS SÍNTOMAS QUE CUMPLEN CRITERIOS DE TEP EN LOS SUBGRUPOS CLÍNICOS.

1.- Análisis post-hoc del criterio "Evitación"		
	G. Rehabilitación	G. Superviviente
G. Quirúrgico	$\chi^2 = 6,466$; $p = \mathbf{0,011}$	$\chi^2 = 0,64$; $p = 0,289$
G. Rehabilitación		$\chi^2 = 11,07$; $p = \mathbf{0,001}$
2.- Análisis post-hoc del criterio "Arousal"		
	G. Rehabilitación	G. Superviviente
G. Quirúrgico	$\chi^2 = 6,466$; $p = \mathbf{0,011}$	$\chi^2 = 0,25$; $p = 0,392$
G. Rehabilitación		$\chi^2 = 4,79$; $p = \mathbf{0,026}$

Los análisis post hoc (tabla 31.a) revelan que el subgrupo de pacientes en rehabilitación muestra mayor porcentaje de sujetos que cumplen criterios de evitación y arousal que los subgrupos quirúrgicos y de supervivientes.

Siguiendo de nuevo el "Procedimiento del Síntoma", anteriormente descrito, valoramos la prevalencia del Diagnóstico de Estrés Postraumático en los tres subgrupos, así como las diferencias existentes entre los mismos. Se detectan diferencias estadísticamente significativas entre los tres subgrupos (tabla 32).

TABLA 32: IDENTIFICACIÓN DE CASOS DE TEP EN LOS SUBGRUPOS CLÍNICOS.

	QUIRÚRGICO		REHABILIT.		SUPERVIVIEN.		F	g.l.	p
No caso	19	54,3	4	16,7	26	60,4	16,01	6	0,014
Subclínico	7	20	7	29,2	10	23,3			
Caso	9	25,7	13	54,2	7	16,3			

Una vez más, es el grupo en rehabilitación el que presenta un mayor porcentaje de sujetos que cumplen los criterios de

estrés postraumático que los subgrupos quirúrgico y de supervivientes (Tabla 32.a).

TABLA 32.A: ANÁLISIS POST-HOC DE LAS DIFERENCIAS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS OBTENIDAS EN LA IDENTIFICACIÓN DE CASOS DE TEP EN LOS SUBGRUPOS CLÍNICOS

1.- Análisis post-hoc de casos clínicos de Trastorno por Estrés Postraumático		
	G. Rehabilitación	G. Superviviente
G. Quirúrgico	$X^2 = 8,764$; p=0,013	$X^2 = 1,726$; p=0,616
G. Rehabilitación		$X^2 = 14,291$; p=0,003

5.4.- RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS DIMENSIONES DE PERSONALIDAD DEL EPQ-A (Eysenck y Eysenck, 1989).

La valoración de aquellos aspectos psicológicos teóricamente más estables del sujeto, alcanza una gran relevancia de cara a conocer la experiencia que supone la necesidad de redefinir su situación actual, a causa de las consecuencias de los tratamientos quirúrgicos que requiere el cáncer de cabeza y cuello. Dicho estudio lo realizamos a través del Cuestionario de Personalidad de Eysenck (1989) (121), que nos aporta información sobre las dimensiones de extroversión, neuroticismo y psicoticismo.

A pesar de que esta prueba es, desde hace muchos años, muy aceptada para la medición de los rasgos de personalidad en numerosos contextos y por tanto también en investigación, debido, entre otros motivos, a sus características psicométricas, nos planteamos conocer la fiabilidad de las mediciones

realizadas con ella en nuestros grupos de estudio. En un primer momento podemos confirmar que los datos que encontramos en este trabajo apoyan lo adecuado de estas medidas, de cara a conseguir los objetivos que nos planteamos, debido a la buena consistencia interna que la prueba demuestra tener:

TABLA 33: ESTUDIO DE FIABILIDAD DEL EPQ-A EN LA MUESTRA DE ESTUDIO.

ESCALA	ALPHA DE CRONBACH
Sinceridad (25 Items)	0,782
Extraversión (20 Items)	0,822
Neuroticismo (24 Items)	0,851
Psicoticismo (24 Items)	0,748

En la misma línea que en apartados anteriores, presentamos los datos obtenidos en los dos grupos muestrales definidos en este trabajo que, de nuevo, apoyan la valía de esta prueba.

TABLA 33.a: ESTUDIO DE FIABILIDAD DEL EPQ-A EN FUNCIÓN DE LOS GRUPOS MUESTRALES

ESCALA	GRUPO CLÍNICO	GRUPO CONTROL
Sinceridad (25 Items)	0,796	0,756
Extraversión (20 Items)	0,809	0,846
Neuroticismo (24 Items)	0,845	0,839
Psicoticismo (24 Items)	0,781	0,486

El bajo valor de fiabilidad que encontramos en la escala de Psicoticismo en el grupo control, refleja una de las principales críticas que ya los autores hacían a su propia escala y que fueron descritas en apartados anteriores de este trabajo, y que les llevaba a concluir que dicha escala es la más inestable en

cuanto a su capacidad de medida de todas las que componen el instrumento (121). Sin embargo, no le otorgan excesiva relevancia de cara a la distorsión que potencialmente pudiese infligir al resto de medidas, por lo que se sigue considerando como un adecuado instrumento de medida.

5.4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DE LAS *DIMENSIONES DE PERSONALIDAD* ENTRE LOS GRUPOS CLÍNICO Y CONTROL

Las puntuaciones directas obtenidas por los sujetos que componen los dos grupos muestrales principales de este trabajo se muestran en la Tabla 34. En la misma comprobamos que existen diferencias estadísticamente significativas tanto en la dimensión de Neuroticismo, como en la de Psicoticismo, en las que el grupo control tiene puntuaciones medias inferiores al grupo clínico.

TABLA 34: PUNTUACIONES MEDIAS EN LAS DIMENSIONES DE PERSONALIDAD DE LOS GRUPOS CLÍNICO Y CONTROL.

	RANGO	GRUPO CLÍNICO		GRUPO CONTROL		F	SIGNIF.
		MEDIA	DESV.TIPO	MEDIA	DESV.TIPO		
EXTROVERSIÓN	2-19	11.70	4,35	10.67	4,72	1,89	0.171
NEUROTICISMO	0-24	10.76	5.50	8.09	4.96	9.01	0.003
PSICOTICISMO	0-21	2.94	3,20	1,67	1,67	7,49	0.007
SINCERIDAD	2-21	8,29	4.16	8,56	3,99	0,15	0.695

Puesto que el papel de dichas dimensiones de personalidad, constituye un punto fundamental del desarrollo de este trabajo, hemos tipificado las puntuaciones directas a

centiles y, posteriormente, las hemos recodificado en tres categorías: Nivel "bajo" en el factor (puntuaciones comprendidas entre el percentil 1 y el 30), nivel "medio" (puntuaciones entre el percentil 31 y el 69) y nivel "alto" en el rasgo (puntuaciones igual o superiores a 70).

Cuando analizamos la distribución de los sujetos en esta categorización (Tabla 34), comprobamos que se mantienen las diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones "neuroticismo" y "psicoticismo" ya que hay un mayor porcentaje de sujetos control que puntúan bajo en ambas dimensiones. Igualmente y a pesar del mayor porcentaje de sujetos clínico con puntuaciones elevadas, hemos de reseñar que éste no alcanza el 30% del grupo muestral. Por otro lado, la distribución de las puntuaciones obtenidas en sinceridad por ambos grupos nos muestra un elevado porcentaje de sujetos clasificados como "nivel bajo" indicando una tendencia a mostrar una imagen favorable y a contestar en función de lo que se considera socialmente deseable.

TABLA Nº 35: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DE LAS DIMENSIONES DE PERSONALIDAD (EPQ) CATEGORIZADAS EN NIVEL BAJO, MEDIO Y ALTO DE LOS GRUPOS CLÍNICO Y CONTROL

Variables		GR.CLÍNICO		GR. CONTROL		Valor	g.l.	p
		N	%	N	%			
Extroversión	<i>Nivel Bajo</i>	38	37,3	25	45,5	1,32	2	0,515
	<i>Nivel Medio</i>	30	29,4	16	29,1			
	<i>Nivel Alto</i>	34	33,3	14	25,5			
Neuroticismo	<i>Nivel Bajo</i>	39	38,2	31	56,4	7,17	2	0,028
	<i>Nivel Medio</i>	35	34,3	18	32,7			
	<i>Nivel Alto</i>	28	27,5	6	10,9			

TABLA Nº 35: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DE LAS DIMENSIONES DE PERSONALIDAD (EPQ) CATEGORIZADAS EN NIVEL BAJO, MEDIO Y ALTO DE LOS GRUPOS CLÍNICO Y CONTROL

Psicoticismo	<i>Nivel Bajo</i>	39	38,2	32	58,2	7,18	2	0,027
	<i>Nivel Medio</i>	34	33,3	16	29,1			
	<i>Nivel Alto</i>	29	28,4	7	12,7			
Sinceridad	<i>Nivel Bajo</i>	49	48	26	47,3	0,13	2	0,935
	<i>Nivel Medio</i>	42	41,2	22	40			
	<i>Nivel Alto</i>	11	10,8	7	12,7			

5.4.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DE LAS DIMENSIONES DE PERSONALIDAD ENTRE LOS SUBGRUPOS CLÍNICOS: QUIRÚRGICOS, EN REHABILITACIÓN Y SUPERVIVIENTES.

El análisis estadístico de las puntuaciones medias obtenidas por los distintos subgrupos clínicos en el cuestionario EPQ-A (tabla 36), refleja la existencia de diferencias estadísticamente significativa en la escala de Neuroticismo.

TABLA 36: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD PROPIAS DE LOS SUBGRUPOS CLÍNICOS.

	RANGO	QUIRÚRGICO		REHABIL.		SUPERVIV.		F	SIG.
		MEDIA	D.T	MEDIA	D.T.	MEDIA	D.T		
EXTROV.	2-19	12,68	4,14	10,50	3,92	11,58	4,66	1,85	0,163
NEUROT.	0-21	10,00	5,72	13,79	5,19	9,69	4,97	5,16	0,007
PSICOT.	0-21	3,00	3,83	3,37	3,82	2,65	2,15	0,39	0,67
SINCER.	2-21	8,34	3,87	8,70	5,34	8,02	3,70	0,20	0,81

El análisis post-hoc revela que el subgrupo de pacientes en rehabilitación presentan puntuaciones medias superiores a los

subgrupos quirúrgico y de supervivientes. No se han producido diferencias estadísticamente significativas entre estos dos últimos subgrupos (Tabla 36.a).

TABLA 36.a: ANÁLISIS POST-HOC DE LAS DIFERENCIAS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS OBTENIDAS EN LA VARIABLE "NEUROTICISMO" EN LOS SUBGRUPOS CLÍNICOS.

	G. Rehabilitación	G. Superviviente
G. Quirúrgico	HSD Tukey= 3,79; p= 0,020	HSD Tukey= 0,301; p= 0,966
G. Rehabilitación		HSD Tukey= 4,009; p= 0,006

Al igual que en el apartado anterior, se tipificaron las puntuaciones directas obtenidas en las dimensiones del cuestionario y se establecieron tres niveles (alto, medio y bajo). Como se muestra en la tabla 37, no se han producido diferencias estadísticamente significativas entre los tres subgrupos clínicos.

TABLA 37: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DE LAS DIMENSIONES DE PERSONALIDAD CATEGORIZADAS EN NIVEL BAJO, MEDIO Y ALTO DE LOS SUBGRUPOS CLÍNICOS: QUIRÚRGICO, REHABILITACIÓN Y SUPERVIVIENTES.

Variables		QUIRUR.		REHAB.		SUPERV		Valor	gl	P
		N	%	N	%	N	%			
Extroversión	<i>Nivel Bajo</i>	6	17,1	11	45,8	16	37,2	6,97	4	0,137
	<i>Nivel Medio</i>	22	62,9	11	45,8	19	44,2			
	<i>Nivel Alto</i>	7	20	2	8,4	8	18,6			
Neuroticismo	<i>Nivel Bajo</i>	13	37,1	3	12,5	15	34,6	8,79	4	0,066
	<i>Nivel Medio</i>	16	45,7	13	54,2	24	55,8			
	<i>Nivel Alto</i>	6	17,1	8	33,3	4	9,3			
Psicoticismo	<i>Nivel Bajo</i>	14	40	12	50	13	30,2	6,38	4	0,172
	<i>Nivel Medio</i>	12	34,3	7	29,2	24	55,8			
	<i>Nivel Alto</i>	9	25,7	5	20,8	6	14,0			

TABLA 37: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DE LAS DIMENSIONES DE PERSONALIDAD CATEGORIZADAS EN NIVEL BAJO, MEDIO Y ALTO DE LOS SUBGRUPOS CLÍNICOS: QUIRÚRGICO, REHABILITACIÓN Y SUPERVIVIENTES.

Sinceridad	<i>Nivel Bajo</i>	12	34,3	12	50	16	37,2	1,60	2	0,449
	<i>Nivel Medio</i>	23	65,7	12	50	27	56,4			
	<i>Nivel Alto</i>	0	0	0	0	0	0			

5.5.- RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL MINI-MAC (Watson y cols, 1994).

La valoración de los recursos de afrontamiento que emplean los sujetos objeto de este estudio ante las dificultades y estresores que se derivan de los tratamientos quirúrgicos radicales de la enfermedad oncológica laríngea, constituye el segundo pilar sobre el que se sustenta este trabajo de investigación. Las distintas subescalas de esta prueba abreviada para la valoración de las estrategias de afrontamiento de forma específica en población oncológica, nos aporta los siguientes resultados en relación con la fiabilidad de las medidas que aporta:

TABLA 38: ESTUDIO DE FIABILIDAD DEL MINI- MAC EN LA MUESTRA DE ESTUDIO

ESCALA	ALPHA DE CRONBACH
Desesperanza (8 Items)	0,857
Espíritu De Lucha (4 Items)	0,803
Fatalismo (5 Items)	0,785
Preocupación Ansiosa (8 Items)	0,878
Evitación Cognitiva (4 Items)	0,823

Debido a que esta prueba se diseñó originalmente población oncológica, consideramos importante presentar los valores diferenciales que sustentan la fiabilidad de nuestras mediciones, por lo que a continuación presentamos dichos resultados:

TABLA 38.A: ESTUDIO DE FIABILIDAD DEL MINI-MAC EN FUNCIÓN DE LOS GRUPOS MUESTRALES.

ESCALA	GRUPO CLÍNICO	GRUPO CONTROL
Desesperanza (8 Items)	0,797	0,933
Espíritu De Lucha (4 Items)	0,712	0,886
Fatalismo (5 Items)	0,754	0,818
Preocupación Ansiosa (8 Items)	0,843	0,930
Evitación Cognitiva (4 Items)	0,799	0,842

5.5.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ENTRE EL GRUPO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS Y EL GRUPO DE SUJETOS SANOS

El análisis de las puntuaciones medias obtenidas por ambos grupos en cada una de las estrategias de afrontamiento recogidas en el Mini-Mac se muestra en la tabla 39. Constatamos que el grupo de pacientes oncológicos presenta, de manera estadísticamente significativa, puntuaciones medias más elevadas en las estrategias de “espíritu de lucha”, “preocupación ansiosa” y “evitación cognitiva”.

TABLA 39: PUNTUACIONES MEDIAS Y ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS GRUPOS CLÍNICO Y CONTROL EN LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO INCLUIDAS EN EL MINI-MAC.

	RANGO	GRUPO CLÍNICO		GRUPO CONTROL		F	SIGNIF.
		MEDIA	DESV.TIPO	MEDIA	DESV.TIPO		
DESESPERANZA	7-29	13,59	4,59	12,47	4,58	1,89	0,171
ESPÍRITU DE LUCHA	4-16	11,95	2,89	10,58	2,66	7,66	0,006
FATALISMO	5-20	13,64	3,75	12,91	2,94	1,38	0,242
PREOCUPACIÓN ANSIOSA	7-32	17,03	5,66	15,12	4,78	4,02	0,047
EVITACIÓN COGNITIVA	4-16	10,03	3,37	8,89	2,65	4,15	0,043

Junto al análisis de las puntuaciones medias nos hemos planteado profundizar en el significado de los resultados obtenidos determinando cuántos pacientes utilizan cada estrategia de manera más o menos preferente en relación al resto del grupo. Para ello hemos recodificado las puntuaciones anteriormente expuestas en tres categorías cuyos límites quedan definidos a través de la suma y resta de la desviación tipo a la media aritmética obtenida por el grupo oncológico (ya que el Mini-Mac es una prueba creada de manera específica para población oncológica). De este modo, los sujetos de cada grupo se distribuyen en tres categorías posibles; por un lado aquellos cuya tendencia a emplear dicha estrategia de afrontamiento es inferior a la de la media del grupo clínico, aquellos que tienden a emplear dicha estrategia de forma similar a la media grupal y en tercer lugar, por aquellos sujetos que presentan una tendencia mayor a emplearla. Los resultados obtenidos se muestran en la tabla 40.

TABLA Nº 40: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO CATEGORIZADAS EN NIVEL BAJO, MEDIO Y ALTO DE LOS GRUPOS CLÍNICO Y CONTROL

Variables		GR.CLÍNICO.		GR.CONTROL		Valor	g.l.	p
		N	%	N	%			
Desesperanza	<i>Nivel Bajo</i>	0	0	0	0	1,20	1	0,199
	<i>Nivel Medio</i>	81	82,7	43	89,6			
	<i>Nivel Alto</i>	17	17,3	5	10,4			
Espíritu de lucha	<i>Nivel Bajo</i>	6	6,1	6	12,5	5,88	2	0,053
	<i>Nivel Medio</i>	79	80,6	41	85,4			
	<i>Nivel Alto</i>	13	13,3	1	2,1			
Fatalismo	<i>Nivel Bajo</i>	8	8,2	6	12,5	8,98	2	0,011
	<i>Nivel Medio</i>	70	71,4	41	85,4			
	<i>Nivel Alto</i>	20	20,4	1	2,1			
Preocupación Ansiosa	<i>Nivel Bajo</i>	9	9,2	8	16,7	3,05	2	0,217
	<i>Nivel Medio</i>	73	74,5	36	75			
	<i>Nivel Alto</i>	16	16,3	4	8,3			
Evitación Cognitiva	<i>Nivel Bajo</i>	12	12,2	5	10,4	4,78	2	0,091
	<i>Nivel Medio</i>	70	71,4	41	85,4			
	<i>Nivel Alto</i>	18	16,3	2	4,2			

Como se puede observar la mayor parte de los sujetos de ambos grupos, tienden a ubicarse alrededor del rango medio de la distribución generada. No obstante, encontramos diferencias estadísticamente significativas en la estrategia de "Fatalismo" en la que los sujetos del grupo clínico presentan una mayor tendencia de utilización.

Aunque el análisis de las puntuaciones medias es la modalidad estadística más utilizada en la bibliografía sobre estrategias de afrontamiento (116, 151, 161), nos hemos planteado abordar su estudio desde otra perspectiva.

Consideramos que el que un grupo de sujetos obtenga, por ejemplo, puntuaciones superiores a la media en la estrategia “espíritu de lucha”, no nos indica mucho sobre la frecuencia con que la utiliza, de tal manera que a pesar de utilizarla más que el resto de los sujetos puede ser que tan sólo lo haga en un número reducido de ocasiones y que los demás lo hagan aún menos que él. O también es posible que a pesar de que obtenga una puntuación superior a la media, utilice preferentemente cualquiera de las otras estrategias de afrontamiento. En un intento de responder a estas cuestiones, planteamos una tercera manera de abordar el análisis de las estrategias de afrontamiento. El hecho de que cada escala esté compuesta por un número diferente de ítems, hace que las puntuaciones medias obtenidas en cada una de ellas no sean comparables entre sí. Por ello, hemos dividido las puntuaciones directas obtenidas en cada escala por el número de ítems que la integran, obteniendo así no solo puntuaciones equiparables entre las escalas sino también información sobre el nivel de frecuencia con que utiliza cada estrategia (teniendo en cuenta que el 1= nada y el 4= muchísimo).

TABLA 41: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DE LA FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE LOS GRUPOS CLÍNICO Y CONTROL.

Variables		GRUPO CLÍNICO		GRUPO CONTROL		Valor	g.l.	P
		N	%	N	%			
Desesperanza	<i>Elevada Utilización</i>	27	23,7	10	16,1	6,657	3	0,080
	<i>Escasa Utilización</i>	87	76,3	52	83,9			
Espíritu de lucha	<i>Utilización Elevada</i>	95	83,3	44	71	3,706	3	0,295
	<i>Escasa Utilización</i>	19	16,7	18	29			

TABLA 41: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DE LA FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE LOS GRUPOS CLÍNICO Y CONTROL.

Fatalismo	<i>Utilización Elevada</i>	85	74,6	47	75,8	3,916	3	0,271
	<i>Escasa Utilización</i>	29	25,4	15	24,2			
Preocupación Ansiosa	<i>Utilización Elevada</i>	54	47,4	19	30,6	10,325	3	0,016
	<i>Escasa Utilización</i>	60	52,6	43	69,4			
Evitación Cognitiva	<i>Utilización Elevada</i>	76	66,7	29	46,8	13,194	3	0,004
	<i>Escasa Utilización</i>	38	33,3	33	53,2			

Estos resultados muestran que ambos grupos utilizan con frecuencia las estrategias de espíritu de lucha y fatalismo y escasamente la estrategia de desesperanza. Las diferencias estadísticamente significativas se han producido en la utilización de las estrategias de preocupación ansiosa y evitación cognitiva, a las que recurren con más frecuencia los sujetos del grupo clínico.

Para finalizar el análisis de las estrategias de afrontamiento nos planteamos cuántas son las estrategias de afrontamiento que los sujetos que componen cada grupo utilizan frecuentemente, para lo cual sumamos las estrategias utilizadas con bastante o mucha frecuencia. Los resultados se muestran en la Tabla 42. Comprobamos que tan sólo el 11,3% de los sujetos laringectomizados y el 16,6% de los sujetos controles utilizan frecuentemente una o ninguna de las estrategias de afrontamiento incluidas en el Mini-Mac. El resto utilizan dos o más estrategias simultáneamente, sin que se produzcan diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (de hecho, el 41,8% de los sujetos clínicos utilizan 4 o 5 estrategias).

TABLA 42: NÚMERO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADAS CON ELEVADA FRECUENCIA POR LOS SUJETOS DE LOS GRUPOS CLÍNICO Y CONTROL.

Variables	GRUPO CLÍNICO.		GRUPO CONTROL.		Valor	g.l.	p
	N	%	N	%			
0 Estrategias de Afrontamiento.	3	3,1	4	8,3	5,13	5	0,399
1 Estrategias de Afrontamiento.	8	8,2	4	8,3			
2 Estrategias de Afrontamiento.	20	20,4	10	20,8			
3 Estrategias de Afrontamiento.	26	26,5	17	35,4			
4 Estrategias de Afrontamiento.	24	24,5	6	12,5			
5 Estrategias de Afrontamiento.	17	17,3	7	14,6			

5.5.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ENTRE LOS SUBGRUPOS CLÍNICOS: QUIRÚRGICO, EN REHABILITACIÓN Y SUPERVIVIENTES.

En este apartado nos proponemos analizar el modo en que los sujetos que componen cada uno de los subgrupos clínicos enfrentan las situaciones adversas y por tanto la enfermedad y sus secuelas terapéuticas.

El análisis comparativo de las puntuaciones medias obtenidas por cada uno de los subgrupos (tabla 43) muestra que tan solo en la estrategia "preocupación ansiosa" hay diferencias estadísticamente significativas, debidas a que el subgrupo de pacientes en rehabilitación obtiene mayor puntuación media que el grupo de superviviente (tabla 43.a).

TABLA 43: PUNTUACIONES MEDIAS Y ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS SUBGRUPOS CLÍNICOS EN LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO INCLUIDAS EN EL MINI-MAC.

	RANGO	QUIRÚRGICO		REHABILIT.		SUPERVIV.		F	P.
		MEDIA	D.T.	MEDIA	D.T.	MEDIA	D.T.		
DESESPERANZA	8-25	14,12	5,01	14,45	4,85	12,65	3,99	1,50	0,227
ESPÍRITU DE LUCHA	4-16	12,51	2,87	12,08	3,02	11,43	2,81	1,30	0,277
FATALISMO	5-20	14,54	3,63	13,33	3,98	13,09	3,65	1,48	0,232
PREOCUPACIÓN ANSIOSA	8-32	18,03	6,60	18,87	5,98	15,14	3,98	4.33	0,016
EVITACIÓN COGNITIVA	4-16	9,27	3,95	10,95	2,64	10,09	3,18	1,77	0,176

TABLA 43.a: ANÁLISIS POST-HOC DE LAS DIFERENCIAS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS DE LA VARIABLE "PREOCUPACIÓN ANSIOSA"

	G. Rehabilitación	G. Superviviente
G. Quirúrgico	HSD Tukey= 0.84; p= 0,834	HSD Tukey= 2,88; p= 0,068
G. Rehabilitación		HSD Tukey= 3,72; p= 0,025

Con el mismo fin que en el apartado anterior, hemos realizado la reagrupación de los sujetos de cada subgrupo en función de la media del grupo clínico global más/menos la desviación típica (tabla 44). De forma similar, tan sólo se obtienen diferencias estadísticamente significativas en la estrategia "preocupación ansiosa".

TABLA 44: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO CATEGORIZADAS EN NIVEL BAJO, MEDIO Y ALTO DE LOS SUBGRUPOS CLÍNICO: QUIRÚRGICO, EN REHABILITACIÓN Y SUPERVIVIENTES.

Variables		QUIRUR.		REHAB.		SUPERV.		Valor	g.l.	P
		N	%	N	%	N	%			
Desesperanza	<i>Nivel Bajo</i>	0	0	0	0	0	0	2,97	2	0,226
	<i>Nivel Medio</i>	26	28,8	18	75	37	90,2			
	<i>Nivel Alto</i>	7	21,2	6	25	4	9,8			

TABLA 44: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO CATEGORIZADAS EN NIVEL BAJO, MEDIO Y ALTO DE LOS SUBGRUPOS CLÍNICO: QUIRÚRGICO, EN REHABILITACIÓN Y SUPERVIVIENTES.

Espíritu de lucha	<i>Nivel Bajo</i>	2	6,1	2	8,3	2	4,9	1,19	4	0,879
	<i>Nivel Medio</i>	26	78,8	18	75	35	85,4			
	<i>Nivel Alto</i>	5	15,2	4	16,7	4	9,8			
Fatalismo	<i>Nivel Bajo</i>	2	6,1	2	8,3	4	9,8	1,65	4	0,799
	<i>Nivel Medio</i>	23	69,7	16	66,7	31	75,6			
	<i>Nivel Alto</i>	8	24,2	6	25	6	14,6			
Preocupación Ansiosa	<i>Nivel Bajo</i>	3	9,1	2	8,3	4	9,8	10,10	4	0,039
	<i>Nivel Medio</i>	21	63,6	16	66,7	36	87,8			
	<i>Nivel Alto</i>	9	27,3	6	25	1	2,4			
Evitación Cognitiva	<i>Nivel Bajo</i>	8	24,2	0	0	4	9,8	8,10	4	0,088
	<i>Nivel Medio</i>	20	60,6	20	83,3	30	73,2			
	<i>Nivel Alto</i>	5	15,2	4	16,7	7	17,1			

El análisis post-hoc revela que es en el subgrupo de supervivientes en el que hay un menor porcentaje de sujetos que obtienen puntuaciones superiores a la media (tanto comparado con el grupo quirúrgico como de rehabilitación).

TABLA 44.a: ANÁLISIS POST-HOC DE LAS DIFERENCIAS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS DE LA VARIABLE "PREOCUPACIÓN ANSIOSA"

	G. Rehabilitación	G. Superviviente
G. Quirúrgico	$\chi^2 = 0,052$; $p = 0,972$	$\chi^2 = 9,739$; $p = \mathbf{0,008}$
G. Rehabilitación		$\chi^2 = 8,034$; $p = \mathbf{0,018}$

Cuando pasamos al análisis de la frecuencia de utilización de cada estrategia (tabla 45) encontramos que "espíritu de lucha" y "fatalismo" son las que con más frecuencia, ponen en marcha los tres subgrupos de pacientes oncológicos. Sólo

aparecen diferencias estadísticamente significativas en "evitación cognitiva" utilizada con mayor frecuencia en el grupo de pacientes en rehabilitación que los quirúrgicos (Tabla 45.a).

TABLA 45: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DE LA FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN LOS SUBGRUPOS CLÍNICOS: QUIRÚRGICO, EN REHABILITACIÓN Y SUPERVIVIENTES.

Variables		QUIRUR.		REHAB.		SUPERV.		Valor	g l	p
		N	%	N	%	N	%			
Desesperanza	<i>Elevada Utilización</i>	11	33,3	8	33,3	8	19,5	2,28	2	0,319
	<i>Escasa utilización</i>	22	66,7	16	66,7	33	80,5			
Espíritu de lucha	<i>Elevada Utilización</i>	29	87,9	20	83,3	36	87,8	0,32	2	0,852
	<i>Escasa utilización</i>	4	12,1	4	16,7	5	12,2			
Fatalismo	<i>Elevada Utilización</i>	30	90,9	18	75	28	68,3	5,49	2	0,064
	<i>Escasa utilización</i>	3	9,1	6	25	13	31,7			
Preocupación Ansiosa	<i>Elevada Utilización</i>	19	57,6	15	62,5	16	39	4,19	2	0,123
	<i>Escasa utilización</i>	14	42,4	9	37,5	25	61			
Evitación Cognitiva	<i>Elevada Utilización</i>	19	57,6	21	87,5	29	70,7	5,97	2	0,050
	<i>Escasa utilización</i>	14	42,4	3	12,5	12	29,3			

TABLA 45.a: ANÁLISIS POST-HOC DE LAS DIFERENCIAS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVA ENCONTRADAS EN LA VARIABLE "EVITACIÓN COGNITIVA"

	G. Rehabilitación	G. Superviviente
G. Quirúrgico	$X^2= 5,94$; $p=0,020$	$X^2= 1,389$; $p=0,175$
G. Rehabilitación		$X^2= 2,398$; $p=0,105$

Al igual que en el análisis intergrupo descrito con anterioridad, nos planteamos saber si existe alguna preferencia entre los subgrupos que componen la muestra clínica en el empleo de alguna estrategia concreta, o si por el contrario tienden al empleo simultáneo de diferentes recursos de

afrontamiento. De este modo, encontramos que los tres subgrupos tienden, de forma homogénea, al empleo de varias estrategias de afrontamiento sin que se produzcan diferencias estadísticamente significativas entre ellos.

TABLA 46: NÚMERO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADAS CON ELEVADA FRECUENCIA POR LOS SUBGRUPOS CLÍNICOS: QUIRÚRGICO, REHABILITACIÓN Y SUPERVIVIENTES

Variables	QUIRUR.		REHAB.		SUPERV.		Valor	g.l.	p
	N	%	N	%	N	%			
0 Estrategias de Afrontamiento.	0	0	1	4,2	2	4,9	7,665	10	0,661
1 Estrategias de Afrontamiento.	3	9,1	1	4,2	4	9,8			
2 Estrategias de Afrontamiento.	8	24,2	2	8,3	10	24,4			
3 Estrategias de Afrontamiento.	6	18,2	8	33,3	12	29,3			
4 Estrategias de Afrontamiento.	9	27,3	7	29,2	8	19,5			
5 Estrategias de Afrontamiento.	7	21,2	5	20,8	5	12,2			

5.6. RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y DIMENSIONES DE PERSONALIDAD.

Dado que uno de los objetivos generales de este trabajo es determinar si la aparición de alteraciones emocionales puede estar determinada o mediada por las dimensiones de personalidad y las estrategias de afrontamiento, consideramos necesario indagar previamente la posible relación que existe entre estas dos variables. Para ello hemos realizado un análisis de correlaciones (coeficiente de correlación de Pearson) cuyos resultados se muestran en la tabla 47.

TABLA 47: ESTUDIO DE CORRELACIONES ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y LAS DIMENSIONES DE PERSONALIDAD EN EL GRUPO CLÍNICO.

		DESESPERANZA	ESPÍRITU DE LUCHA	FATALISMO	PREOCUPACIÓN ANSIOSA	EVITACIÓN COGNITIVA
EXTROVERSIÓN	C.de Pearson	-0.219	0,276	0,264	-0,147	0,027
	Sig. (bilateral)	0.031	0,006	0,009	0,148	0,791
NEUROTICISMO	C.de Pearson	0,420	0,069	-0,042	0,501	0,377
	Sig. (bilateral)	0,0001	0,499	0,685	0,0001	0,0001
PSICOTICISMO	C.de Pearson	0,469	-0,207	-0,043	0,414	0,140
	Sig. (bilateral)	0,0001	0,041	0,672	0,0001	0,171

Comprobamos que existen relaciones estadísticamente significativas entre las estrategias de afrontamiento y las dimensiones de personalidad. Destaca en este sentido la estrategia de “desesperanza”, ya que correlaciona con todas las dimensiones de personalidad (con extroversión en sentido inverso). No hay ninguna estrategia de afrontamiento que no correlacione, al menos, con una dimensión de personalidad. Por su parte, todas las dimensiones de personalidad correlacionan con tres de las estrategias de afrontamiento.

La constatación de estas correlaciones entre estrategias de afrontamiento y personalidad, nos llevó a determinar si realmente las dimensiones de personalidad pueden ayudar a predecir la utilización preferente de cada una de las estrategias de afrontamiento. Para ello hemos realizado un análisis de regresión utilizando como variables predictoras las puntuaciones directas en las dimensiones de “neuroticismo”, “extroversión” y “psicoticismo”. Los resultados significativos se muestran en la tabla 48.

TABLA 48: ANÁLISIS DE REGRESIÓN DE LAS DIMENSIONES DE PERSONALIDAD Y LAS DISTINTAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN EL GRUPO CLÍNICO.

1.- Análisis de regresión de las dimensiones de personalidad y "desesperanza"							
	R	R²	R²Ajust	Error Std	F	df	P
Neurotic	0,418	0,175	0,166	0,457	20,32	1	0,0001
Psicotic	0,486	0,236	0,220	0,442	14,65	2	0,0001
2.- Análisis de regresión de las dimensiones de personalidad y "Espíritu de lucha"							
	R	R²	R²Ajust	Error Std	F	df	P
Extrov.	0,209	0,044	0,034	0,487	4,40	1	0,038
3.- Análisis de regresión de las dimensiones de personalidad y "Fatalismo"							
Extrov.	0,240	0,058	0,048	0,489	5,87	1	0,017
4.- Análisis de regresión de las dimensiones de personalidad y "Preocupación Ansiosa"							
	R	R²	R²Ajust	Error Std	F	df	P
Neurotic.	0,388	0,150	0,141	0,465	16,98	1	0.0001
5.- Análisis de regresión de las dimensiones de personalidad y "Evitación Cognitiva"							
Neurotic.	0,329	0,108	0,099	0,468	11,67	1	0,001

Aunque se confirma que existe relación entre determinadas dimensiones de personalidad y la utilización preferente de las estrategias de afrontamiento, la varianza explicada por las mismas es baja.

5.7.- RELACIONES ENTRE LAS DISTINTAS ALTERACIONES EMOCIONALES EN EL GRUPO DE PACIENTES LARINGUECTOMIZADOS.

Dada la elevada comorbilidad que presentan los cuadros ansiosos y depresivos y la posible relación de éstos y el

trastorno por estrés postraumático nos planteamos el análisis de las relaciones que pudieran existir entre estos tres cuadros (tal y como son valorados a través de las escalas utilizadas). Para ello realizamos un análisis de correlaciones, cuyos resultados se muestran en la tabla 49.

TABLA 49. ESTUDIO DE CORRELACIONES ENTRE LAS MEDIDAS DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y TEP EN EL GRUPO CLÍNICO.

		HAD-A	TEP
HAD-A	Coef. Correlación Pearson Sig (bilateral)		0,501 0,0001
HAD-D	Coef. Correlación Pearson Sig (bilateral)	0,605 0,0001	0,512 0,0001

En dicha tabla se comprueba los elevados índices de correlación obtenidos entre las puntuaciones de las tres escalas utilizadas. A tenor de estos resultados, nos planteamos la valoración de la independencia de los distintos cuadros sintomatológicos evaluados. Es decir, queremos comprobar si la sintomatología ansiosa, depresiva y de estrés postraumático medidas, realmente son cuadros diferentes aunque relacionados entre ellos o si por el contrario estamos trabajando con un cuadro de alteración emocional menos diferenciado. Para ello se ha utilizado el análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, siguiendo como criterios de extracción autovalores iguales o superiores a 1 y saturaciones factoriales de 0,30 o superiores. En el mismo se han incluido las puntuaciones directas obtenidas en las subescalas de depresión y ansiedad del HADS y la puntuación de trastorno por estrés postraumático. Las correlaciones entre estas variables se muestran en la tabla 50.

TABLA 50: ESTUDIO DE CORRELACIONES PARA EL ANÁLISIS FACTORIAL DE LAS MEDIDAS DE LA ALTERACIÓN EMOCIONAL PRESENTADAS POR LOS PACIENTES DEL GRUPO CLÍNICO

	P.D. DEPRESIÓN	P.D. ANSIEDAD	PD TEP
P.D. DEPRESIÓN	1,000	0,602	0,512
P.D. ANSIEDAD	0,602	1,000	0,501
PD TEP	0,512	0,501	1,000

Se ha obtenido un único factor que explica el 69,26% de la varianza. Las correlaciones entre las variables incluidas en el análisis y la solución factorial proporcionada por esta prueba se muestran en la tabla 50.a.

TABLA 50.a: MATRIZ DE COMPONENTES PROPUESTA COMO RESULTADO DEL ANÁLISIS FACTORIAL REALIZADO

	COMPONENTE
	1
PUNTUACIÓN DIRECTA DE DEPRESIÓN	0.852
PUNTUACIÓN DIRECTA DE ANSIEDAD	0.847
PUNT. DIRECTA DE TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	0.798

El que las distintas medidas de alteraciones emocionales se agrupen en un único factor, nos hizo plantearnos analizar el número de sujetos que presentan algún tipo de sintomatología, ya fuera ansiosa, depresiva o de estrés postraumático (Tabla 51). Comprobamos que casi la mitad de los sujetos laringectomizados presentan algún tipo de sintomatología mientras que la otra mitad no ha puntuado en ninguna de las escalas utilizadas a un nivel significativo como para ser considerada.

TABLA 51: IDENTIFICACIÓN DE LOS SUJETOS LARINGECTOMIZADOS QUE PRESENTAN ALGÚN TIPO DE SINTOMATOLOGÍA PSICOPATOLÓGICA.

	N	%
Sin sintomatología	43	42,6
Con sintomatología	58	57,4

A continuación procedimos a analizar los sujetos que presentan cada uno de los cuadros clínicos de manera exclusiva o de forma comórbida con el resto de las alteraciones. Comprobamos como, entre los sujetos que presentan algún tipo de sintomatología, hay un claro predominio de sujetos con sintomatología encuadrable dentro del trastorno por estrés postraumático que constituye el trastorno que se presenta de manera exclusiva con mayor frecuencia (52,6% de los casos).

TABLA 52: ANÁLISIS DE LA COMORBILIDAD QUE SE DA ENTRE LA SINTOMATOLOGÍA OBSERVADA EN EL GRUPO CLÍNICO.

	TEP	ANSIEDAD	DEPRESIÓN
TEP	30 (52,6%)		
ANSIEDAD	7 (12,3%)	2 (3,5%)	
DEPRESION	5 (8,8%)	0	2 (3,5%)
Sujetos laringectomizados que presentan conjuntamente sintomatología ansiosa, depresiva y TEP			
	N	%	
TEP+ansiedad+depresión	11	(19,3%)	

5.8.- ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE DIMENSIONES DE PERSONALIDAD Y ALTERACIONES EMOCIONALES.

Nos planteamos valorar el posible efecto que las dimensiones de personalidad estudiadas tienen en la sintomatología afectiva que presentan los pacientes que componen el grupo clínico. Para ello, nos proponemos ver si dichas variables se relacionan entre sí de un modo estadísticamente significativo. Por lo que realizamos un análisis de correlaciones, a través del estadístico correlación de Pearson y encontramos que tanto la dimensión de neuroticismo como de psicoticismo se relacionan con todas las medidas de sintomatología clínica. Por su parte, la dimensión extroversión correlaciona, de forma negativa, con la medida de depresión. No hay relación entre extroversión y ansiedad o trastorno de estrés postraumático.

TABLA 53: ESTUDIO DE CORRELACIONES ENTRE LAS DIMENSIONES DE PERSONALIDAD Y LA SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA, DEPRESIVA Y DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN PACIENTES LARINGUECTOMIZADOS.

		Depresión	Ansiedad	TEP
EXTROVERSIÓN	C. de correlación	-0,222	-0,114	-0,164
	Sig. (bilateral)	0,025	0,254	0,162
NEUROTICISMO	C. de correlación	0,475	0,523	0,550
	Sig. (bilateral)	0,0001	0,0001	0,0001
PSICOTICISMO	C. de correlación	0,234	0,239	0,287
	Sig. (bilateral)	0,018	0,016	0,004

A tenor de los resultados obtenidos nos planteamos realizar un análisis más pormenorizado de las posibles relaciones existentes entre el Diagnóstico de un cuadro de Estrés Postraumático, por ser el más prevalente y las estructuras de personalidad estudiadas. Para ello, se presenta el

estudio de correlaciones (coeficiente de correlación de Pearson) entre los tres criterios diagnósticos del TEP, la intrusión, la evitación y el arousal y las dimensiones de personalidad (Tabla 54).

TABLA 54: ESTUDIO DE CORRELACIONES ENTRE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TEP Y LAS ESTRUCTURAS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES LARINGECTOMIZADOS.

		CRITERIO DE INTRUSIÓN	CRITERIO DE EVITACIÓN	CRITERIO AROUSAL
EXTROVERSIÓN	C. de correlación	-0,169	-0,126	-0,216
	Sig. (bilateral)	0,092	0,208	0,030
NEUROTICISMO	C. de correlación	0,488	0,555	0,560
	Sig. (bilateral)	0,0001	0,0001	0,0001
PSICOTICISMO	C. de correlación	0,282	0,322	0,331
	Sig. (bilateral)	0,005	0,001	0,001

Los resultados vuelven a mostrar la existencia de correlaciones positivas entre las dimensiones de "neuroticismo" y "psicoticismo" con todos los criterios de TEP (intrusión, evitación y arousal). Por su parte, la "extroversión" correlaciona, de forma negativa, con el arousal.

Para comprobar si estas correlaciones son específicas del grupo clínico, procedimos a efectuar el mismo análisis en el grupo control. Los resultados (tabla 55) son similares a los obtenidos por el primer grupo en lo que se refiere a las dimensiones de "neuroticismo" y "psicoticismo" pero no así en la dimensión de "extroversión" que, a diferencia de lo que ocurría en el grupo clínico, no correlaciona con ninguna de las medidas de alteración emocional.

TABLA 55: ESTUDIO DE CORRELACIONES ENTRE LAS DIMENSIONES DE PERSONALIDAD Y LA SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA, DEPRESIVA Y DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN EL GRUPO CONTROL

		DEPRESIÓN	ANSIEDAD	TEP
EXTROVERSIÓN	C. de correlación	-0,134	0.091	0,065
	Sig. (bilateral)	0,334	0,513	0,653
NEUROTICISMO	C. de correlación	0,529	0,548	0,524
	Sig. (bilateral)	0,0001	0,0001	0,0001
PSICOTICISMO	C. de correlación	0,541	0,524	0,428
	Sig. (bilateral)	0,0001	0,0001	0,002

Resultados similares encontramos cuando analizamos las correlaciones entre las dimensiones de personalidad y los criterios de TEP en sujetos controles, al igual que en el grupo clínico, el "neuroticismo" y el "psicoticismo" correlacionan con "intrusión", "evitación" y "arousal", desapareciendo la significación de la correlación entre "extroversión" y "arousal".

TABLA 56: ESTUDIO DE CORRELACIONES ENTRE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TEP Y LAS DIMENSIONES DE PERSONALIDAD EN EL GRUPO CONTROL.

		CRITERIO DE INTRUSIÓN	CRITERIO DE EVITACIÓN	CRITERIO AROUSAL
EXTROVERSIÓN	Coef. de correlación	0,088	0,005	-0,037
	Sig. (bilateral)	0,554	0,973	0,797
NEUROTICISMO	Coef. de correlación	0,571	0,460	0,627
	Sig. (bilateral)	0,0001	0,001	0,0001
PSICOTICISMO	Coef. de correlación	0,508	0,382	0,474
	Sig. (bilateral)	0,0001	0,006	0,001

5.9.- ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y ALTERACIONES EMOCIONALES.

A la hora de valorar la relación existente entre las distintas estrategias de afrontamiento y las alteraciones emocionales hemos utilizado el estadístico "coeficiente de correlación de Pearson". Como muestra la tabla 57 existen correlaciones estadísticamente significativas entre las estrategias "desesperanza", "preocupación ansiosa" y "evitación cognitiva" con los tres parámetros analizados: "ansiedad", "depresión" y "trastorno por estrés postraumático". De este modo, la estrategia de "espíritu de lucha" sólo correlaciona negativamente con "depresión", mientras que la estrategia "fatalismo" no correlaciona con ninguna de las alteraciones emocionales.

TABLA 57. CORRELACIONES ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y LAS PUNTUACIONES EN DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y TEP EN EL GRUPO CLÍNICO

		DESESP	ESPÍRITU DE LUCHA	FATALISMO	PREOCUPACIÓN ANSIOSA	EVITACIÓN COGNITIVA
DEPRESIÓN	C.de Pearson	0,327	-0,213	-0,172	0,435	0,229
	Sig. (bilateral)	0,001	0,036	0,091	0,0001	0,023
ANSIEDAD	C.de Pearson	0,513	0,024	-0,048	0,565	0,286
	Sig. (bilateral)	0,0001	0,818	0,640	0,0001	0,004
TEP	C.de Pearson	0,448	0,013	-0,068	0,481	0,264
	Sig. (bilateral)	0,0001	0,898	0,510	0,0001	0,009

Como se comprueba en la Tabla 58, estas correlaciones se mantienen cuando se realizan con los distintos criterios del trastorno de estrés postraumático: la "desesperanza", la "preocupación ansiosa" y la "evitación cognitiva" correlacionan positivamente con "intrusión", "evitación" y "arousal". No se producen correlaciones estadísticamente significativas con las estrategias de "espíritu de lucha" y "fatalismo".

TABLA 58: ESTUDIO DE CORRELACIONES ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y LOS SÍNTOMAS DE INTRUSIÓN, EVITACIÓN Y AROUSAL DEL TEP EN EL GRUPO CLÍNICO.

		DESESP	ESPÍRITU DE LUCHA	FATALISMO	PREOCUPACIÓN ANSIOSA	EVITACIÓN COGNITIVA
INTRUSIÓN	C.de Pearson	0,464	-0,052	-0,076	0,473	0,300
	Sig. (bilateral)	0,0001	0,618	0,460	0,0001	0,003
EVITACIÓN	C.de Pearson	0,420	-0,022	-0,168	0,496	0,440
	Sig. (bilateral)	0,0001	0,833	0,101	0,0001	0,0001
AROUSAL	C.de Pearson	0,448	-0,069	-0,147	0,470	0,279
	Sig. (bilateral)	0,0001	0,502	0,151	0,0001	0,006

Cuando realizamos el análisis de las correlaciones entre las estrategias de afrontamiento y las alteraciones emocionales en el grupo de sujetos controles (tabla 59), encontramos resultados notablemente diferentes a los que aparecían en el grupo de pacientes oncológicos. En esta ocasión, la estrategia de "evitación cognitiva" no correlaciona con ninguna de las puntuaciones en las escalas de alteración emocional. Por su parte, la estrategia de afrontamiento de "desesperanza", correlaciona con las puntuaciones en "depresión" y "TEP" pero no con "ansiedad" mientras que "preocupación ansiosa" correlaciona con "ansiedad" y "TEP" pero no con "depresión". De

manera similar a lo que ocurría en el grupo de pacientes laringectomizados, en los controles las estrategias de “espíritu de lucha” y “fatalismo” no correlaciona con ninguna de las medidas de alteración emocional.

TABLA 59: ESTUDIO DE CORRELACIONES ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y LAS PUNTUACIONES EN DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN EL GRUPO CONTROL.

		DESESP	ESPÍRITU DE LUCHA	FATALISMO	PREOCUP. ANSIOSA	EVITACIÓN COGNITIVA
DEPRESIÓN	C.de Pearson	0,294	-0,096	0,049	0,279	0,069
	Sig. (bilateral)	0,045	0,520	0,745	0,058	0,645
ANSIEDAD	C.de Pearson	0,118	-0,040	-0,084	0,315	-0,060
	Sig. (bilateral)	0,428	0,790	0,572	0,031	0,691
TEP	C.de Pearson	0,310	0,161	0,108	0,380	0,086
	Sig. (bilateral)	0,038	0,289	0,478	0,010	0,575

Cuando comparamos los resultados de las correlaciones entre estrategias de afrontamiento y los criterios para el trastorno por estrés posttraumático obtenidas en el grupo de sujetos controles con los obtenidos por el grupo clínico comprobamos que ha desaparecido la significación para la estrategia de “evitación cognitiva” con todas las alteraciones emocionales, para la “desesperanza” con los criterios de “intrusión” y “evitación” y para la “preocupación ansiosa” con el criterio de “intrusión”. Las estrategias de “espíritu de lucha” y “fatalismo” continúan sin correlacionar de manera estadísticamente significativa con ninguno de los criterios de trastorno por estrés posttraumático.

TABLA 60: ESTUDIO DE CORRELACIONES ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y LAS PUNTUACIONES EN DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN EL GRUPO CONTROL.

		DESESP	ESPÍRITU DE LUCHA	FATALISMO	PREOCUPACIÓN ANSIOSA	EVITACIÓN COGNITIVA
INTRUSIÓN	C.de Pearson	0,270	0,113	0,143	0,273	0,110
	Sig. (bilateral)	0,073	0,461	0,349	0,069	0,470
EVITACIÓN	C.de Pearson	0,251	0,109	0,149	0,320	0,070
	Sig. (bilateral)	0,097	0,474	0,330	0,032	0,649
AROUSAL	C.de Pearson	0,332	0,145	0,185	0,358	0,155
	Sig. (bilateral)	0,026	0,341	0,223	0,016	0,310

5.10.- ANÁLISIS DISCRIMINANTE DE LAS DIMENSIONES DE PERSONALIDAD Y LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN CADA UNA DE LAS ALTERACIONES EMOCIONALES.

Como objetivo principal de este trabajo de investigación, nos propusimos determinar la capacidad que las dimensiones de personalidad y las estrategias de afrontamiento tienen para discriminar a pacientes oncológicos con y sin sintomatología de alteración emocional.

Para ello y en función de los resultados obtenidos en apartados anteriores, se han recodificado las variables de "Ansiedad", "Depresión" y "Diagnóstico de Estrés Posttraumático". Para ello, los posibles valores iniciales, a saber: "caso", "dudoso/subclínico", "no caso", quedaron reconvertidos en "existe sintomatología", "no existe sintomatología", lo que implicó que la segunda opción de la codificación inicial "dudoso/subclínico", se combinase con el primer valor

preestablecido, "caso". Como variables predictoras se han incluido las puntuaciones directas obtenidas tanto en la medida de las características de personalidad realizadas a través del EPQ-A (Neuroticismo, Psicoticismo y Extraversión) como en las distintas estrategias de afrontamiento valoradas a través del Mini- Mac (Desesperanza, Preocupación Ansiosa, Espíritu de Lucha, Evitación Cognitiva y Fatalismo).

TABLA 61: ANÁLISIS DISCRIMINANTE PARA LA PREDICCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN EL GRUPO CLÍNICO.

PASO	VARIABLES	LAMBDA WILKS	p.
1	PREOCUPACIÓN ANSIOSA	0,844	0,0001
2	ESPÍRITU DE LUCHA	0,760	0,0001
3	NEUROTICISMO	0,717	0,0001

En primer lugar, se presentan los resultados obtenidos en el análisis discriminante realizado con el fin de conocer que variables predicen la aparición de sintomatología depresiva en los pacientes laringectomizados.

TABLA 61.a: FUNCIÓN DISCRIMINANTE CANÓNICA PARA LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN EL GRUPO CLÍNICO.

FUNCIÓN	AUTOVALOR	% DE VARIANZA	CORR. CANÓNICA	CONTRASTE DE LAS FUNCIONES	LAMBDA DE WILKS	CHI-CUADRADO	g.l.	p.
1	0,395	100,0	0,532	1	0,717	31,454	3	0,0001

TABLA 61.b: RESULTADOS DE CLASIFICACIÓN PARA LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN EL GRUPO CLÍNICO

		Grupo de pertenencia pronosticado		Total	
		Ausencia	Presencia		
Original	Recuento	Ausencia	64 (80%)	16 (20%)	80 (100%)
		Presencia	3 (16,7%)	15 (83,3%)	18 (100%)

A tenor de estos datos, podemos confirmar que las estrategias de afrontamiento “Preocupación Ansiosa” (que mantiene una correlación positiva), “Espíritu de Lucha” (con una correlación negativa) y la dimensión de personalidad de “Neuroticismo” (con una correlación positiva), identifican de forma adecuada y no redundante al 80,6% de los sujetos laringuectomizados con predisposición a padecer sintomatología depresiva de relevancia.

En cuanto a la sintomatología ansiosa, obtenemos los siguientes resultados:

TABLA 62: ANÁLISIS DISCRIMINANTE PARA LA PREDICCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA EN EL GRUPO CLÍNICO.

PASO	VARIABLES	LAMBDA WILKS	p.
1	PREOCUPACIÓN ANSIOSA	0,763	0,0001
2	NEUROTICISMO	0,711	0,0001

TABLA 62.a: FUNCIÓN DISCRIMINANTE CANÓNICA PARA LA SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA EN EL GRUPO CLÍNICO.

FUNCIÓN	AUTOVALOR	% DE VARIANZA	CORR. CANÓNICA	CONTRASTE DE LAS FUNCIONES	LAMBDA DE WILKS	CHI-CUADRADO	g.l.	p.
1	0,407	100,0	0,538	1	0,711	32,466	2	0,0001

TABLA 62.b: RESULTADOS DE CLASIFICACIÓN PARA LA SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA EN EL GRUPO CLÍNICO

		Grupo de pertenencia pronosticado		Total	
		Ausencia	Presencia		
Original	Recuento	Ausencia	59 (75,6%)	19 (24,4%)	78 (100%)
		Presencia	5 (25)	15 (75%)	20 (100%)

Como se puede observar, en el caso de la sintomatología de ansiedad valorada, es la estructura de personalidad “neuroticismo” (que mantiene una correlación positiva) y la

estrategia de afrontamiento "preocupación ansiosa" (con una correlación positiva con la medida de ansiedad), las que clasifican de forma clara y adecuada al 75,5% de los pacientes sometidos a una laringectomía total con vulnerabilidad de padecer sintomatología ansiosa.

En relación con el estudio discriminante realizado para conocer las variables predictoras de las manifestaciones psicopatológicas compatibles con el estrés postraumático, obtenemos datos que se presentan en las tablas 63, 63.a y 63.b.

TABLA 63: ANÁLISIS DISCRIMINANTE PARA LA PREDICCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA POSTRAUMÁTICA EN EL GRUPO CLÍNICO.

PASO	VARIABLES	LAMBDA WILKS	p.
1	NEUROTICISMO	0,743	0,0001
2	DESESPERANZA	0,682	0,0001

TABLA 63.a: FUNCIÓN DISCRIMINANTE CANÓNICA PARA LA SINTOMATOLOGÍA POSTRAUMÁTICA EN EL GRUPO CLÍNICO.

FUNCIÓN	AUTOVALOR	% DE VARIANZA	CORR. CANÓNICA	CONTRASTE DE LAS FUNCIONES	LAMBDA DE WILKS	CHI-CUADRADO	g.l.	p.
1	0,466	100,0	0,564	1	0,682	35,936	2	0,0001

TABLA 63.b: RESULTADOS DE CLASIFICACIÓN PARA LA SINTOMATOLOGÍA POSTRAUMÁTICA EN EL GRUPO CLÍNICO.

		Grupo de pertenencia pronosticado		Total	
		Ausencia	Presencia		
Original	Recuento	Ausencia	37 (80,4%)	9 (19,6%)	46 (100%)
		Presencia	16 (31,4%)	35 (68,6%)	51 (100%)

Ante esta última manifestación psicopatológica, el estrés postraumático, se concluye que el "neuroticismo" (con una correlación positiva con dicho cuadro) y la "desesperanza" (que

del mismo modo, mantiene dicha correlación positiva), clasifican adecuadamente a un 74,2% de los sujetos de este grupo muestral.

Por último y dado la elevada relación que existe entre las distintas alteraciones emocionales, hemos realizado un análisis discriminante con la variable dicotómica presenta alguna/ninguna sintomatología de alteración emocional (tablas 64, 64.a, 64.b). Comprobamos que, al igual que ocurría cuando se realizó el análisis discriminante para el "trastorno por estrés postraumático", "el neuroticismo" y la "desesperanza" clasifican adecuadamente al 73,2% de los pacientes oncológicos que padecen alguna alteración emocional.

TABLA 64: ANÁLISIS DISCRIMINANTE PARA LA PREDICCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA AFECTIVA EN EL GRUPO CLÍNICO.

PASO	VARIABLES	LAMBDA WILKS	p.
1	NEUROTICISMO	0,743	0,0001
2	DESESPERANZA	0,682	0,0001

TABLA 64.a: FUNCIÓN DISCRIMINANTE CANÓNICA PARA LA SINTOMATOLOGÍA AFECTIVA EN EL GRUPO CLÍNICO.

FUNCIÓN	AUTOVALOR	% DE VARIANZA	CORR. CANÓNICA	CONTRASTE DE LAS FUNCIONES	LAMBDA DE WILKS	CHI-CUADRADO	gl	p.
1	0,482	100,0	0,570	1	0,675	36,956	2	0,0001

TABLA 64.b: RESULTADOS DE CLASIFICACIÓN PARA LA SINTOMATOLOGÍA AFECTIVA EN EL GRUPO CLÍNICO.

		Grupo de pertenencia pronosticado		Total	
		Ausencia	Presencia		
Original	Recuento	Ausencia	32 (78%)	9 (22%)	46 (100%)
		Presencia	17 (30,4%)	39 (69,6%)	51 (100%)

6.-DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

En este trabajo de investigación, se plantea como objetivo fundamental obtener un perfil en función de las características de afrontamiento y personalidad, que permita identificar a aquellos pacientes laringectomizados más vulnerables a padecer problemas psicológicos en el proceso de adaptación a las secuelas consecuentes al tratamiento quirúrgico radical contra el cáncer de laringe. Con este fin y basándonos en diversas fuentes bibliográficas, se ha desarrollado un contexto teórico en el cual dichas variables psicológicas, a las que nos proponemos conferir cierto poder predictivo, modularán la calidad del proceso de adaptación de los sujetos que componen nuestros grupos muestrales. Para poder detectar las características propias de la muestra objeto de estudio, se hace necesaria la comparación continua entre el grupo de sujetos laringectomizados con otro compuesto por sujetos de características socio-demográficas comparables, pero que no se hayan enfrentado a ningún tipo de enfermedad oncológica. En este marco teórico y metodológico se desarrolla este proyecto que, para lograr sus objetivos ha asumido un diseño que, somos conscientes que puede incidir en la posibilidad de generalización de los resultados obtenidos.

Una de las particularidades de este trabajo es el hecho de que la muestra de estudio esté íntegramente constituida por hombres. Esta circunstancia, lejos de ser una característica arbitraria se constituyó en un criterio fundamental en el proceso

DISCUSIÓN

de selección de la muestra por dos motivos fundamentales. Por un lado, la alta productividad bibliográfica que se encuentra en el ámbito de la Psico- Oncología cuyas muestras están compuestas eminentemente por mujeres, en comparación con las publicaciones que se centran no sólo en los hombres sino en muestras mixtas (13, 16, 76, 87, 130). En este sentido, nos atreveríamos afirmar que este problema no se restringe al ámbito de la Psico- Oncología, puesto que suele ser menos frecuente encontrar estudios sobre los procesos de adaptación a situaciones adversos en población exclusivamente masculina, en comparación con la desarrollada con población femenina.

Podríamos justificar esta mayor tendencia a estudiar a las mujeres desde una perspectiva eminentemente práctica, puesto que, en general, los hombres tienden a ser más reticentes y a presentar más dificultades para colaborar en estudios que les hagan valorar su estado emocional u otros aspectos personales, salvo que tengan alguna dificultad que consideren pueden paliar con ello (16, 58, 180, 181). Hecho éste que se constató al captar la muestra de este estudio, puesto que fueron tales las dificultades puestas por los sujetos que, finalmente no pudimos alcanzar en todos los subgrupos el número de sujetos que hubiese sido deseable. Esto por un lado, nos llevó a ampliar la localización geográfica de captación y a reforzar las medidas de control de sesgos en ambos grupos, como ya se explicó en el apartado de Procedimiento, concretamente en la "Selección de los Sujetos". Por lo que consideramos que, al final, los posibles sesgos que se hayan podido introducir no han distorsionado significativamente nuestros resultados.

El otro motivo que justifica el hecho de que este estudio se centre en población masculina se debe a que, a pesar de que cada vez es menor la diferencia entre hombres y mujeres en cuanto a la incidencia del cáncer de laringe, aún hoy en día sigue manteniéndose una proporción próxima al 10:1 a favor de éstos (36, 37, 39). Por tanto, en esta época en la que tanto se contemplan los aspectos relacionados con el género, este trabajo que podría considerarse políticamente incorrecto, refleja la realidad poblacional que todavía caracteriza a esta patología y es que el cáncer de laringe es un cáncer todavía de hombres. Por lo que, nuestros resultados se circunscribirán no sólo a aquellos pacientes que padecen una única ubicación tumoral y que siguen un mismo protocolo de tratamiento, sino que además solo pueden ser entendidos para la población masculina. De este modo, estos resultados, aunque necesarios para profundizar en ciertas áreas de conocimiento que han sido menos abordadas, no serán generalizables a priori a otro tipo de muestras, debido a su especificidad.

Otra crítica que frecuentemente recibe la investigación en Psicooncología, es el hecho de que muchos de los trabajos que se realizan se centran en momentos concretos del proceso de enfermedad, cuando el cáncer es una situación adversa que se extiende en el tiempo y que, en realidad está compuesta por numerosas situaciones concretas que atentan contra el bienestar psicológico de los pacientes que la padecen, lo que dificulta el análisis del impacto real y global del cáncer (3, 4, 9-14). De hecho, poder diferenciar entre el impacto psicológico de la enfermedad oncológica del que implican los distintos procesos terapéuticos y sus secuelas, sigue siendo complicado (1, 3, 16).

DISCUSIÓN

Por lo que, a pesar de que cada vez se ajustan más los aspectos metodológicos de los trabajos realizados y se concretan más los momentos de evaluación, en ocasiones se confunden ambos aspectos (16).

En el caso concreto de este estudio, nos centramos en los momentos posteriores a la cirugía radical de laringe, que se supone implica una mayor gravedad tumoral (36, 38, 39). Y más concretamente en describir el proceso de recuperación y adaptación a dicha experiencia y sus secuelas. Para lo cual se establecieron criterios temporales y relacionados con el estado de la enfermedad oncológica y sus tratamientos muy estrictos a la hora de seleccionar la muestra de estudio, de forma que se pudiesen cubrir los objetivos propuesto de forma consistente. Para lograr este objetivo, comenzaremos describiendo algunas de las características que, al margen del género, definen nuestra muestra de estudio.

La bibliografía sobre epidemiología del cáncer de laringe, destaca que el intervalo de edad en el que los hombres son más vulnerables al desarrollo de este tipo de afecciones es durante la década comprendida entre los 55 y los 65 años (37, 39). Efectivamente nuestra muestra clínica de estudio presenta una edad media de 62,76 años. Esta época de la vida, hoy en día, suele caracterizarse por la estabilidad y los momentos de disfrute en todos los aspectos de la vida. Por lo que la aparición de una enfermedad grave, como puede ser el cáncer de laringe, atenta contra dicho punto álgido de la madurez de los sujetos. Este hecho se constata en nuestra muestra por un lado y desde un punto de vista objetivo, a través de las diferencias encontradas en cuanto a la situación laboral, puesto que una

mayoría significativa de los sujetos laringectomizados se encuentran jubilados en comparación con la frecuencia que se da entre los controles. Desde un punto de vista subjetivo, los sujetos laringectomizados consideran que el enfrentamiento al diagnóstico de un cáncer de laringe y la posterior laringectomía radical les ha afectado marcada y negativamente tanto en el ámbito laboral como en el social, en comparación con el perjuicio que presentan en dichas áreas los sujetos controles que se enfrentan a otras circunstancias adversas. Al valorar la desestabilización que las distintas situaciones estresantes generan en el ámbito familiar, no se encuentran diferencias entre ambos grupos, que la consideran leve e incluso inexistente. De hecho, afirman tener situaciones familiares y de pareja similares, tanto desde una perspectiva objetiva y descriptiva como desde la valoración que realizan del apoyo familiar recibido, independientemente de la situación de enfermedad que atraviesa el grupo clínico. Sin embargo, estos datos, no protegen a los sujetos laringectomizados de padecer una mayor y más intensa percepción de limitación y discapacidad.

Al valorar cual es el motivo que justifica dicha percepción de discapacidad o alteración de los ámbitos laboral y social de los sujetos, encontramos que, en principio sería lógico considerar la enfermedad constituyera el principal desencadenante. Sin embargo, más de la mitad de los sujetos que componen ambos grupos de estudio, consideran no padecer ninguna enfermedad. En este mismo sentido, resulta significativo que sólo el 16,7% de los sujetos que reconocen estar enfermos en el grupo de laringectomizados, afirmen

DISCUSIÓN

tener un cáncer de laringe, lo que nos lleva a no encontrar ninguna diferencia relevante entre ambos grupos muestrales en cuanto al tipo de patologías físicas que padecen. Por lo que, en función de nuestros resultados y al menos en el grupo clínico, consideramos que más que la propia enfermedad son las secuelas del tratamiento quirúrgico las que afectan a la valoración de discapacidad que realizan y a la calidad de la respuesta adaptativa que presentan.

Las teorías de Lazarus y Folkman (1986) (8) resaltaban que la valoración primaria que realiza el sujeto de la situación en la que se encuentra, resulta fundamental de cara al afrontamiento de ésta. En este sentido, consideramos relevante comentar que, puesto que en este trabajo nos planteamos describir el proceso de adaptación a las secuelas de la laringectomía radical, un punto de partida relevante sería el análisis de la valoración subjetiva del estado de salud físico, de la calidad de vida actual, del impacto que la enfermedad y la cirugía han tenido en la calidad de vida y las limitaciones o problemas que se derivan de la situación de enfermedad que padecen o han padecido. En nuestros resultados, no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos muestrales en cuanto al estado de salud percibido, siendo considerado como "malo" sólo por menos de un tercio de cada uno de los grupos, esta situación se repite en la valoración que realizan de la calidad de vida de la que disfrutaban. Por lo que los sujetos laringectomizados no consideran tener un peor estado de salud ni una peor calidad de vida que los sujetos que no se enfrentan a las secuelas de haber padecido un cáncer de laringe.

No obstante, cuando se les pide que valoren el impacto que la enfermedad y sus tratamientos han tenido en la calidad de vida de los sujetos que padecían alguna patología y que en el grupo de sujetos laringectomizados, se refería lógicamente a la afección oncológica, si se aprecian diferencias de peso, puesto que más de la mitad de dichos sujetos consideran haberla visto mermada considerablemente. El porcentaje de sujetos que no padecen una enfermedad oncológica y que hayan visto afectada su calidad de vida por una situación adversa, es sensiblemente inferior. Esta diferencia entre ambos grupos se ratifica cuando se les pide que valoren los principales problemas o dificultades que enfrentan desde la aparición de la enfermedad, en la que se observan diferencias estadísticamente significativas debido al gran peso que le dan los pacientes laringectomizados a los problemas de comunicación que padecen, mientras que a los sujetos controles les dificulta principalmente, el cambio que ha sufrido su vida cotidiana. En ambos grupos se aprecia la preocupación por el pronóstico de los cuadros médicos y las posibles complicaciones.

Estos resultados por tanto, parecen indicar que el proceso de adaptación a la enfermedad y sus secuelas en el grupo clínico, no se verá tan influido por una situación actual de enfermedad, como por una atribución subjetiva de perjuicio de la calidad de vida a causa de las secuelas de los tratamientos. Será en este último aspecto en el que se diferencia la valoración primaria que realizan los sujetos laringectomizados de su situación tras la cirugía, frente a los sujetos controles que padecen cualquier otra enfermedad física.

DISCUSIÓN

Puesto que el proceso de adaptación es un continuo en el tiempo y que como ya se mencionó anteriormente, es una crítica frecuente el hecho de que mucha de la bibliografía consultada se centra en un único momento de la enfermedad y sus tratamientos (4, 13, 14, 58-60, 65, 67), en este trabajo nos planteamos recoger los tres momentos que consideramos más relevantes del proceso de recuperación del cáncer de laringe, el período postquirúrgico, el de rehabilitación y a partir de los 5 años desde la cirugía, siempre que el sujeto haya permanecido libre de actividad tumoral, puesto que ya se puede considerar que existe un escaso riesgo de recurrencia o recidiva, como se describe en la bibliografía (19, 52, 56). Esto nos permitirá poder realizar valoraciones concretas de las variables de interés en cada uno de los distintos momentos, al tiempo que confiere a los resultados totales obtenidos en este grupo de una representatividad de la que carecen algunos estudios que se centran en un solo momento del proceso de enfermedad (16, 43).

Así, al valorar la percepción de discapacidad que presentan los sujetos de cada subgrupo encontramos que es el grupo en rehabilitación el que presenta una mayor consideración de las limitaciones que padece, sobre todo en las área social y familiar. Estos resultados son coherentes con la bibliografía consultada al respecto (28). Dicho dato, nos ayuda a redundar en el peso de las secuelas de la cirugía en el proceso de adaptación, puesto que es en el proceso de rehabilitación, cuando el sujeto enfrenta por primera vez a las secuelas y limitaciones reales inherentes al tratamiento (16, 29, 30, 47, 53, 65, 74). Por otro lado, es el grupo quirúrgico el que percibe

una menor afectación de su capacidad laboral, puesto que el proceso terapéutico que se inicia con la sospecha diagnóstica y que concluye en la laringectomía, es muy rápido y el sujeto no suele sufrir una sintomatología realmente incapacitante como la que producen otro tipo de neoplasias hasta el momento de la cirugía (45), como las de pulmón u otras ubicaciones de cabeza y cuello, como para ser consciente y asumir que la enfermedad y por tanto sus tratamientos supondrá el final de su vida laboral (4).

En cuanto al estado de salud que afirman tener los sujetos que componen cada subgrupo, no se encuentran diferencias significativas entre ellos, observando que más de la mitad de cada uno de ellos consideran no padecer ninguna enfermedad. No obstante, de aquellos que afirman padecer alguna patología física, únicamente un tercio de los sujetos que componen el grupo quirúrgico afirma padecer un cáncer de laringe, lo que nos lleva a pensar que, la idea de enfermedad está presente en los pacientes mientras existen tratamientos activos contra ella, como ya se venía vislumbrando en los resultados anteriormente descritos.

Por otro lado, la valoración subjetiva que realizan los distintos subgrupos en cuanto a su estado de salud, la calidad de vida, el impacto de la enfermedad en ésta y los problemas o preocupaciones que de ellas se derivan, nos permitirá conocer si, a pesar del paso del tiempo, los pacientes laringectomizados enfrentan la misma situación subjetiva o no. De este modo, encontramos que es el grupo de supervivientes el que presenta una percepción más positiva de su estado físico, puesto que más de la mitad de los sujetos consideran que éste

DISCUSIÓN

es bueno. Por otro lado, al analizar la percepción subjetiva que realizan de su calidad de vida, se repiten los resultados anteriormente descritos, siendo el grupo de supervivientes el que, de nuevo, la valora más positivamente, no encontrándose ningún sujeto en este subgrupo que valore su calidad de vida como mala, cosa que no ocurre en los otros dos. De nuevo, son los sujetos que componen el grupo de supervivientes los que perciben un impacto significativamente menor de la enfermedad, sus tratamientos y secuelas en su calidad de vida.

A pesar de no estar ante un estudio longitudinal, estos datos revelan el papel modulador del paso del tiempo de cara a la respuesta de adaptación, que lleva a los sujetos del grupo quirúrgico a tener una menor conciencia de su situación y refleja el estado más depresivo que manifiestan los sujetos del grupo de rehabilitación, que manifiestan a través de sus valoraciones, que son mucho más pesimistas (5, 27, 29, 30, 47, 53, 65, 74). Del mismo modo se puede observar, que con el paso del tiempo estas percepciones se van normalizando (3, 15) y equiparando e incluso mejorando a los que obteníamos en la muestra control.

Pero cuando valoramos las preocupaciones que se derivan del tratamiento de la enfermedad en cada momento, encontramos que la consideración de los problemas de comunicación consecuentes a la laringuectomía se mantiene a lo largo del tiempo, incluso, aunque en menor medida, al llegar a la etapa de supervivencia de la enfermedad. Serán de nuevo los sujetos que componen este grupo los que marquen la diferencia con respecto a los otros presentando como ya se ha indicado una menor preocupación por los problemas de

comunicación y una mayor inquietud ante la posibilidad de padecer complicaciones o metástasis. De este modo, se puede afirmar que, con el paso del tiempo, los pacientes tienden a preocuparse más por el futuro y por preservar la calidad de vida que tienen en el momento presente, mientras que los sujetos recién intervenidos e incluso los que se encuentran en proceso de rehabilitación están más centrados en el afrontamiento de los problemas que tienen en el presente, hecho necesario de cara al afrontamiento de sus problemas (8), abriéndose progresivamente a medida que se van recuperando física y funcionalmente, a valorar el futuro. Datos similares se confirman en la bibliografía consultada en el que aparece el denominado "Síndrome de Damocles" que hace precisamente alusión a la preocupación que presentan los supervivientes de cáncer a volver a padecerlo en un futuro (14, 16, 52).

A tenor de estos datos y en líneas generales, los sujetos que participan en este trabajo presentan una adecuada valoración del bienestar o calidad de vida de la que disfrutaban en el momento de la evaluación. Por lo que a priori, no sería esperable una incidencia elevada de cuadros psicopatológicos diagnosticables en ninguna de las dos muestras de estudio (12, 19). No obstante, esta expectativa no descarta en ningún caso la existencia de sintomatología más o menos diversa y difusa que pueda estar generando cierto malestar y afectando a la capacidad de adaptación de los sujetos (59). En función de la bibliografía nos hemos centrado en valorar los tres cuadros psicopatológicos que mayoritariamente se han estudiado en población oncológica como son la depresión, la ansiedad y los cuadros de estrés postraumático (12, 13, 15, 17-20, 25, 62, 65,

DISCUSIÓN

67, 67-69, 71, 72, 206). Como ya mencionábamos en apartados anteriores, en ningún caso hemos pretendido realizar diagnósticos clínicos, por lo que los instrumentos que se han seleccionado han sido aquellos que en la bibliografía han demostrado una mayor validez y fiabilidad de cara a realizar un screening lo más exhaustivo y ajustado a las características de las poblaciones de estudio (11). Por tanto, consideramos relevante tener en cuenta que aquellos sujetos que manifiesten sintomatología de algunos de los cuadros psicopatológicos estudiados, deberían ser valorados con más profundidad y desde una perspectiva más clínica, máxime si son considerados "casos". Puesto que como ya se defendía en apartados anteriores de este trabajo (véase la introducción), la evaluación específica y exhaustiva de la sintomatología padecida por los pacientes, es el único modo de poder abordar adecuadamente el posible sufrimiento psicológico que puedan manifestar (20, 65, 66, 191).

En cuanto a la sintomatología ansiosa y depresiva, consideramos relevante el hecho de que no se observen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos clínico y control, en relación con la incidencia de sujetos que pueden ser considerados como "caso". En ambas muestras, es muy baja la incidencia de sujetos cuyas manifestaciones sintomatológicas podrían ser consideradas, en función de sus características cualitativas, su intensidad y frecuencia o duración de las mismas, como un cuadro depresivo o ansioso. No obstante, el porcentaje de sujetos clínicos que presentan sintomatología en cada uno de estos cuadros con una cualidad e intensidad moderada se encuentran en torno al 17,7% para la

sintomatología depresiva (frente al 5,6% que se observa en el grupo control) y al 20,6% para la ansiosa (en comparación con el 16,7% de los controles). De este modo, parece que se podría confirmar que aunque no existan diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos laringectomizados y los controles, los primeros tienden a presentar una mayor incidencia de sintomatología depresiva, aunque no constituyan un cuadro de relevancia clínica, hecho que se refleja también en los resultados obtenidos en la bibliografía consultada (1, 61, 66). Sin embargo, la prevalencia de casos considerados por los puntos de corte establecidos por los autores de la prueba (Snaith y Zigmond, 1983) (185) como susceptibles de recibir un diagnóstico de depresión y/o ansiedad es aparentemente inferior a la encontrada en otros estudios realizados con población oncológica (1, 18, 20, 22, 25, 30, 46, 67, 73, 78). Además, nuestros pacientes laringectomizados no presentan una mayor incidencia de cuadros ansioso- depresivos que la muestra control (61, 69, 73, 78, 80).

En este sentido, creemos relevante destacar, de nuevo en este punto, que la elección del HADS (Snaith y Zigmond, 1983) (185) como prueba de evaluación de la sintomatología ansioso- depresiva, se basa en el hecho de que no contempla los síntomas físicos propios de ambos cuadros, por lo que nos permitiría hacer una valoración objetiva del estado emocional del enfermo, como se recomienda en la bibliografía (20, 22, 73, 78). En este sentido, destacar que la prueba presenta una adecuada fiabilidad en esta muestra y que a pesar de que algunos autores defienden la utilización de la puntuación total como medida de distrés (62, 71), a priori se consideró que para

DISCUSIÓN

alcanzar los objetivos de este trabajo era más pertinente la utilización de las dos subescalas que lo componen originalmente.

Por otro lado, la valoración de la incidencia de la sintomatología postraumática en ambos grupos fue evaluada a través del IES-R (Weiss y Marmar, 1997) que, demostró tener en nuestras muestras de estudio unos niveles adecuados de fiabilidad y consistencia interna. De este modo, se observan diferencias estadísticamente significativas tanto en la relevancia de los distintos grupos sintomatológicos como en la incidencia del cuadro, siendo dichas manifestaciones más prevalentes entre los sujetos laringuectomizados. En este sentido, obtenemos una incidencia sensiblemente superior de sintomatología que cumplen los criterios establecidos por Andrykowsky y Cordova (1998) (228), según el "Método de corrección del síntoma", para el diagnóstico del Trastorno por Estrés Postraumático en la muestra de sujetos laringuectomizados. Sin embargo y aunque la prevalencia de este cuadro psicopatológico es más elevada que la de las manifestaciones ansioso- depresivas, la proporción de sujetos que cumplen los criterios propuesto por Carlier y Gerson (1995) (230) gira en torno al 28% de la muestra. No obstante, el volumen de sujetos laringuectomizados que presenta sintomatología postraumática de consideración alcanza el 50% del grupo, siendo la intrusión la manifestación psicopatológica más prevalente, seguido del arousal y finalmente la evitación. Esta información se confirma en la bibliografía consultada, donde se avala que la sintomatología postraumática más prevalente en población oncológica es la intrusiva, que se

caracteriza principalmente por la reexperimentación de contenidos relacionados con las consecuencias de los tratamientos y el miedo a la recurrencia o recidiva (12, 23, 77). Y atendiendo a los trabajos publicados en los últimos años, no debemos olvidar que se considera que la existencia de síntomas intrusivos se convierte en el mejor predictor de los problemas psicológicos y de adaptación a la situación de enfermedad (12, 23, 77).

De este modo, el perfil sintomatológico que presentan los pacientes laringectomizados en comparación con los controles, se caracteriza por un estado de ánimo ligeramente depresivo, una alta frecuencia de pensamientos intrusivos, pesadillas y experiencias de reexperimentación, seguidos de una considerable excitabilidad y estado de hipervigilancia y con cierta tendencia a la evitación de situaciones, pensamientos y emociones relacionadas con la enfermedad y sus tratamientos. Todo ello con una intensidad y frecuencia subclínicas, pero que desestabiliza al sujeto y afecta negativamente a su capacidad de adaptación. Lo que nos lleva a pensar que, en contra de lo que pueden defender autores como Palmer (2004) (Palmer, 2004) o Jim (2008) (Jim, 2008) en relación con la consideración de la sintomatología postraumática presentada por los pacientes oncológicos como un subsíndrome del trastorno por estrés postraumático, las características psicopatológicas que presentan los pacientes laringectomizados también podrían ser encuadrados dentro del trastorno adaptativo (88, 93).

En relación con esta afirmación podemos destacar que, todos los cuadros psicopatológicos presentados ofrecen una alta correlación en nuestras muestras de estudio, por lo que al

DISCUSIÓN

profundizar en este tema, podemos confirmar que a través del análisis factorial realizado a dichos datos se puede concluir que toda la sintomatología valorada en este trabajo hace alusión a un único constructo o cuadro psicopatológico. Desde esta perspectiva más de la mitad del grupo de sujetos laringectomizados presentarían sintomatología propia de dicho cuadro, que, como se refiere en líneas anteriores, bien podría considerarse un trastorno adaptativo, caracterizado principalmente por la sintomatología postraumática. Dichas manifestaciones, además de ser las más frecuentes, son condición necesaria para la consideración del trastorno adaptativo como diagnóstico posible que identifique el sufrimiento psicológico de estos pacientes laringectomizados (84, 85).

Llegados a este punto y de cara a intentar discernir si esta reacción psicopatológica es a consecuencia de la enfermedad y sus tratamientos y por tanto un problema adaptativo o si por el contrario era una tendencia previa a la aparición de ésta, se valoró la historia de salud mental de los sujetos de estudio. En primer lugar cabría destacar que no se observan diferencias entre los grupos control y clínico en la incidencia de enfermedad mental previa a la enfermedad oncológico. Sin embargo y en base a la bibliografía consultada en la que se afirma que el consumo abusivo de alcohol es un factor de riesgo en la etiología del cáncer de laringe, hubiera sido esperable encontrar una prevalencia de problemas con el alcohol mayor de la que presentan nuestra muestra (38, 41, 63, 64). De este modo, tan sólo 11 de los sujetos del grupo clínico reconocieron haber padecido algún tipo de alteración psicológica

previa al diagnóstico de la enfermedad laríngea, frente a los cuatro sujetos del grupo clínico. De este modo, los problemas depresivos y por consumo de alcohol son los más prevalentes en este pequeño grupo de sujetos laringectomizados, mientras que en el grupo control fueron los problemas depresivos y ansiosos, que fueron abordados farmacológicamente en ambos grupos, con tratamientos antidepresivos, ansiolíticos o mixtos.

Al profundizar en estos datos a través de un análisis intragrupo, encontramos que, de nuevo, los tres subgrupos que se integran del grupo clínico no presentan diferencias en cuanto a la presencia de alteración psicológica previa a la enfermedad, aunque es el subgrupo quirúrgico el que presenta una mayor incidencia de psicopatología anterior, a pesar de que son realmente pocos los sujetos que lo confirman e informan haber precisado tratamiento farmacológico. No obstante, al valorar la incidencia de sintomatología depresiva, ansiosa o postraumática en estos subgrupos encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos, que recaen en todos los casos sobre el grupo en rehabilitación que es, el que presenta una mayor severidad sintomatológica. De este modo, el grupo de sujetos en rehabilitación es el que presenta una mayor incidencia e intensidad de sintomatología ansiosa, depresiva y postraumática. Siendo en las manifestaciones sintomatológicas recogidas en el grupo de síntomas intrusivos, en las únicas que no se observan diferencias estadísticamente significativas entre los subgrupos, puesto que su incidencia es muy elevada en los tres. Estos datos vuelven a presentar como ya se expuso anteriormente y quedó apoyado por la bibliografía consultada que los sujetos del grupo en rehabilitación son los que

DISCUSIÓN

presentan una mayor vulnerabilidad psicológica y por tanto se encuentran más predispuestos a presentar sintomatología psicopatológica (5, 27, 29, 30, 47, 53, 65, 74).

Una vez analizada y descritas las características de la respuesta dada por los sujetos de estudio a sus situaciones particulares, bien de enfermedad o bien cotidianas, pasamos a valorar el efecto que tienen las variables moduladoras que se plantean en este trabajo. Para ello, se comienza por el análisis de la estructura de personalidad propia de cada grupo, medida a través del EPQ-A (121). Dicho cuestionario muestra unos niveles de fiabilidad en esta muestra bastante adecuados a excepción de la dimensión de psicoticismo, sobre todo en el grupo de sujetos sanos. Este problema con la consistencia interna de dicha escala ya lo vaticinaban los propios autores, puesto que engloba una excesiva variedad de rasgos que, aunque están destinados a la valoración de población normal, se asemejan mucho a rasgos psicopatológicos que pueden ser malinterpretados o malentendidos (121). En este mismo sentido y en relación con la escala de sinceridad incorporada en esta prueba encontramos en ambos grupos una marcada tendencia a responder en función de lo que se considera más adecuado y correcto. Sin embargo, al no encontrar diferencias entre ellos, se considera que esta tendencia a querer dar una buena imagen alude a una expresión más de la "masculinidad" y por tanto vuelve a reflejar la influencia de los factores educativos anteriormente comentados, en el afrontamiento de situaciones que pueden implicar mostrar afectos y valoraciones personales (16, 58, 180, 181).

De este modo, las dimensiones "neuroticismo" y "psicoticismo" determinan las características diferenciales entre los sujetos laringectomizados y controles, en lo que a la estructura de personalidad se refiere. Así, los sujetos que componen el grupo clínico presentan una mayor vulnerabilidad, tendencia a la preocupación e inestabilidad emocional, una mayor tendencia a la impulsividad que les puede llevar a realizar conductas hostiles y extrañas, así como a aislarse de los demás y no empatizar (Eysenck, 1989). En este punto se confirman las conclusiones obtenidas en los estudios consultados sobre el claro papel que juega el neuroticismo en el curso de la adaptación a la enfermedad y sus secuelas (27, 101, 110, 112, 131). Por otro lado, el papel de la dimensión de psicoticismo no queda tan claro, a pesar de que los rasgos de impulsividad, desconfianza y hostilidad que caracterizan dicha dimensión pueden verse afectados al proceso de enfermedad desde dos perspectivas, según la bibliografía consultada. Por un lado, en la mayor vulnerabilidad al desarrollo de la enfermedad debido a la mayor exposición a situaciones estresantes que conllevan estos rasgos y por otro, al mal control de la enfermedad y de la adherencia a sus tratamientos debido a la suspicacia que puedan despertar el contexto y procedimientos sanitarios en el sujeto (114, 120, 124).

En relación con la dimensión de extroversión, no se encuentran puntuaciones excesivamente elevadas a pesar de estar por encima de la media, por lo que se podría afirmar que, como ya comentábamos en apartados anteriores, los hombres suelen presentar una tendencia más moderada a compartir con los demás sus preocupaciones y emociones y por tanto, a tener

DISCUSIÓN

menos intereses sociales (172, 183), sin que se aprecien diferencias en función del grupo de estudio. Estos resultados se confirman tanto al analizar las puntuaciones directas y medias como con las puntuaciones baremadas según los criterios dados por los autores (121).

En esta misma línea y de forma coherente con los resultados presentados hasta el momento, encontramos en el análisis intragrupo que los sujetos que se encuentran en fase de rehabilitación son los que presentan unos mayores rasgos de vulnerabilidad e inestabilidad emocional, que se traducen en mayores puntuaciones en la dimensión neurótica, en comparación con los otros grupos. De este modo y a pesar de que la estructura de personalidad no se modifique por el hecho de padecer un cáncer, si que parece confirmarse que, en aquellos momentos que se perciben como más amenazantes, determinados rasgos y/o características de personalidad parecen exacerbarse o atenuarse (101, 107, 110, 116, 120, 124, 125).

Al valorar la relación existente entre estos perfiles de personalidad y la respuesta emocional dada por los dos grupos muestrales encontramos que, en ambos grupos, las dimensiones de personalidad "neuroticismo" y "psicoticismo" presentan una correlación positiva con todos los cuadros sintomatológicos analizados, mientras que la "extroversión" presenta una relación negativa con la depresión solamente en el grupo de sujetos laringectomizados. Debido a la tasa de incidencia de la sintomatología postraumática que encontramos en nuestros resultados, se han analizado también la relación

existente entre las dimensiones de personalidad y los distintos grupos de síntomas que caracterizan el diagnóstico de un TEP.

Así, volvemos a confirmar que las dimensiones "neuroticismo" y "psicoticismo" presentan una elevada correlación positiva con todos los síntomas, a saber intrusión, evitación y arousal, en ambos grupos de estudio. De nuevo, la dimensión que diferenciaría a ambos grupos sería la de "extroversión" que, en el grupo de sujetos laringectomizados, presenta una correlación negativa únicamente con el arousal. Estos resultados nos llevan a poder confirmar que las características de personalidad que predisponen a los sujetos a ser más vulnerables, inestables emocionalmente, impulsivos y hostiles influyen en el padecimiento de la sintomatología postraumática independientemente de la enfermedad oncológica y de la cirugía radical de laringe. Sin embargo, el hecho de buscar activamente apoyo social y compartir las preocupaciones con quienes rodean al enfermo, de nuevo vuelve a comportarse como un factor de protección ante todos los síntomas pero sobre todo ante el padecimiento de la exacerbación de las respuestas de vigilancia, excitabilidad y arousal.

De este modo y aunque a priori no se observen diferencias en cuanto a la intensidad con la que el rasgo de "extroversión" caracteriza la estructura de personalidad de uno u otro grupo, nuestros resultados confirman que en el grupo de sujetos laringectomizados aquellos que presentan una mayor intensidad de dicha dimensión tienden a presentar menos sintomatología psicopatológica. Este resultado, parece confirmar el papel protector del proceso de adaptación a las

DISCUSIÓN

consecuencias de la laringectomía radical, puesto que parece promover un menor sufrimiento emocional (111, 120, 121, 127, 132, 139, 141, 143, 145). Por otro lado, el hecho de que los sujetos del grupo clínico presenten rasgos neuróticos y psicóticos más marcados en su estructura de personalidad, según nuestros resultados, les predisponen a padecer una mayor sintomatología psicopatología ansioso-depresiva, debido a la marcada correlación que se da en ambos grupos, datos que se confirman en la bibliografía consultada (81, 112, 127, 139, 141, 143-146). Por lo que tanto, los rasgos de neuroticismo como de psicoticismo se constituyen como factores de riesgo de cara a lograr una adecuada adaptación psicológica al período posterior a la enfermedad (27, 132, 139, 142).

La otra variable moduladora de este trabajo, las estrategias de afrontamiento, constituyen desde nuestro punto de vista un factor determinante en la respuesta que, finalmente, dan a las distintas situaciones que afrontan los sujetos laringectomizados y que constituyen el proceso de adaptación que estamos pretendiendo describir. El análisis de dichos recursos de afrontamiento se ha realizado a través del Mini- Mac (152) que, en líneas generales, presenta unos adecuados valores de fiabilidad y consistencia interna en ambos grupos muestrales y en todas las estrategias valoradas. Sin embargo, al analizar los contenidos cualitativos de las afirmaciones que componen cada una de las escalas, se aprecia cierta inespecificidad y ambigüedad en muchas de las cuestiones que componen las mediciones de las estrategias y que, de cara a la interpretación de los datos pueden incitar cierta confusión, que intentaremos evitar en este trabajo. No

obstante, el Mini-Mac es la prueba más empleada en el estudio de las estrategias de afrontamiento en población oncológica (24, 50, 148, 151, 161, 162, 223).

Como ya se explicaba en párrafos anteriores, de cara a poder comprender el proceso de afrontamiento es determinante conocer la valoración que realizan los sujetos que componen nuestros grupos de estudio sobre su situación o valoración primaria (4, 8, 150, 151). Y no debemos olvidar que, en este caso, la gran mayoría de ambos grupos muestrales no consideraban encontrarse en una situación estresante y mucho menos impactante a causa de la situación de enfermedad o de los tratamientos recibidos. Partiendo de esta base y centrándonos ya en los resultados obtenidos en relación con estas variables, debemos destacar que el grupo clínico presenta puntuaciones medias superiores al grupo de sujetos sanos en las estrategias de "espíritu de lucha", "preocupación ansiosa" y "evitación cognitiva", por lo que podríamos decir que serían dichas estrategias las que caracterizarían el estilo de afrontamiento de los sujetos laringectomizados frente a nuestro grupo de comparación. No obstante y a pesar de que las diferencias no son tan marcadas, el grupo clínico presenta puntuaciones medias superiores en todas las estrategias, lo que podría orientar hacia que los sujetos laringectomizados, en el momento de la evaluación estaban realizando un mayor esfuerzo para adaptarse a su situación, en comparación con el grupo control.

Sin embargo, cuando analizamos la distribución en torno a las puntuaciones medias en la tendencia de uso de cada estrategia, propia de cada grupo, se observa que no existen

DISCUSIÓN

diferencias entre ellos en ninguna de las estrategias, salvo en el "fatalismo", puesto que en el grupo clínico hay un porcentaje sensiblemente mayor de sujetos que emplean dicha estrategia con mayor frecuencia. En el resto de estrategias se observa que ambos grupos tienden a un empleo moderado de todas ellas, sin que ninguna destaque, por ser más usada que otra, a priori. Estos resultados se obtienen en función de las puntuaciones medias, sin embargo, esto no implica que realmente, los sujetos estén empleando o no dichas estrategias de cara a adaptarse a la situación que están viviendo. En este sentido, hemos profundizado en este punto con el fin de obtener los perfiles de afrontamiento propios de cada grupo. Así, podemos afirmar que en el grupo de sujetos laringectomizados una mayor tendencia al empleo de la estrategia "evitación cognitiva" caracteriza dicho patrón frente al grupo de controles, mientras que en éste será la poca tendencia al empleo de la "preocupación ansiosa" lo que determine la principal diferencia en su forma de afrontar las situaciones impactantes. Estas diferencias son las que discriminan mejor ambos perfiles de afrontamiento. De este modo y desde una perspectiva más cualitativa, los pacientes laringectomizados tienden a mostrar una actitud de resignación ante su situación pero sin caer en catastrofismos ni actitudes excesivamente pesimistas que le permiten no padecer un miedo y preocupación excesivos que les bloquee. Dicha actitud les permite mantener una actitud optimista que aunque no implique una confrontación activa contra la enfermedad, puesto que tienden claramente a la evitación tanto de situaciones como de pensamientos relacionados con la enfermedad y sus tratamientos, pero que les permite mantener

cierta esperanza sobre su futuro. En este sentido, los sujetos controles presentan un perfil similar de afrontamiento con la salvedad de que, en el momento de la evaluación, presentaban una tendencia significativamente menor a la preocupación y al miedo sobre el futuro. Por tanto podríamos concluir que, efectivamente las estrategias de afrontamiento incluidas en el Mini-Mac son frecuentemente empleadas por los sujetos laringectomizados, si bien no son exclusivas de este grupo, puesto que los sujetos controles también suelen utilizarlas.

Atendiendo a estos perfiles de afrontamiento, podemos afirmar que, la mayoría de los sujetos tienden a emplear más de una estrategia, independientemente del grupo al que pertenezcan. Por lo que el hecho de haber atravesado una situación tan potencialmente traumática como es el cáncer de laringe y la laringectomía radical y estar enfrentándose a la recuperación y aceptación de sus secuelas no implica diferencias en cuanto a la cantidad de estrategias empleadas, puesto que en ambos grupos tienden a emplear una combinación de dos o más recursos. Por lo que la diferencia entre ambos grupos se encuentra en la mayor intensidad o frecuencia con la que emplean dicha combinación de estrategias. Puesto que, como ya se introdujo anteriormente, los pacientes laringectomizados que se encuentran inmersos en el afrontamiento de una situación tan potencialmente desestabilizante como sería el tratamiento de una enfermedad grave y recuperación de las secuelas consecuentes, presentan mayores puntuaciones en la intensidad de todas las estrategias medidas.

DISCUSIÓN

Sin embargo y puesto que el proceso de afrontamiento es algo dinámico, los sujetos deberán ir adaptándose a los distintos momentos que caracterizan la recuperación de la cirugía radical y sus secuelas (150, 165, 171). De este modo, al analizar los tres subgrupos que componen nuestra muestra clínica, encontramos que el grupo en rehabilitación presenta una tendencia al empleo de la estrategia "preocupación ansiosa" superior a la de los otros dos grupos, pero es con el grupo de supervivientes con el que dicha diferencia es sensiblemente más importante. Este resultado se confirma al valorar la distribución en torno a la media de dicho recurso de afrontamiento, donde encontramos que los supervivientes presentan una tendencia significativamente inferior a los otros dos grupos en el empleo de la preocupación ansiosa. Mientras que en resto de estrategias la distribución en torno a la media es similar, independientemente del momento en que se encuentre cada grupo.

Al analizar si dichas distribuciones implican realmente un mayor o menor uso de las distintas estrategias en función de cada grupo, encontramos que en la única estrategia en la que realmente difieren es en "evitación cognitiva", donde el grupo quirúrgico manifiesta una menor tendencia de uso. De este modo, se observa cómo una vez superado el momento agudo del tratamiento del cáncer de laringe, los pacientes tienden a evitar más todos los pensamientos, situaciones y emociones relacionados con esta situación de enfermedad (8, 164, 171). Lo que justificaría la valoración positiva que realizan de su estado de salud y el hecho de que haya un porcentaje tan bajo de sujetos que afirmen estar padeciendo una enfermedad y

menos aún que han padecido o estén padeciendo un cáncer de laringe, como ya se comentó en puntos anteriores de este apartado. En relación con el resto de estrategias y a pesar de que no se observen diferencias significativas entre los grupos, desde un punto de vista eminentemente descriptivo consideramos relevante comentar que la estrategia que tienden a emplear un mayor porcentaje de sujetos en el grupo quirúrgico sería el "fatalismo", en el grupo en rehabilitación sería la "evitación cognitiva" y en el grupo de supervivientes el "espíritu de lucha". Lo que nos mostraría que, en los momentos inminentemente posteriores a la cirugía, tomar una actitud pasiva como la resignación facilitaría a los sujetos el enfrentamiento de dicha circunstancia. Mientras que el momento de la rehabilitación que parece caracterizarse por el empleo ligeramente mayor de estrategias evitativas, hecho que, con gran probabilidad, influirá directamente en la mayor incidencia de sintomatología psicopatológica que muestran nuestros resultados en este grupo. Por último, una vez pasada la situación de enfermedad y que el sujeto o bien ha recuperado las funciones afectadas por la laringectomía radical o bien está aprendiendo a vivir con ellas, la actitud de confrontación y resolución de problemas que implica la estrategia "espíritu de lucha", podría justificar la mejor valoración que realizan estos sujetos de su estado de salud y calidad de vida.

Como ya se planteaba en la comparación entre los dos grupos muestrales, también en este análisis intragrupo se confirman que todos los sujetos tienden a emplear una combinación de dos o más estrategias de afrontamiento. En el grupo en rehabilitación, a pesar de que las diferencias no son

DISCUSIÓN

significativas entre los distintos momentos de evaluación, la mayoría de los sujetos emplean tres o más estrategias.

Una vez descritas las distintas estrategias que caracterizan a los sujetos objeto de estudio, nos planteamos ver el papel que juegan en la respuesta de adaptación a las secuelas de la enfermedad laríngea. De este modo, en el grupo de sujetos laringuectomizados las estrategias de "desesperanza", "preocupación ansiosa" y "evitación cognitiva" presentan una alta correlación con todos los cuadros sintomatológicos estudiados. Así, aquellos sujetos del grupo clínico que presentan unas estrategias de afrontamiento basadas en el pesimismo, el miedo, la angustia y que tienden a no enfrentar activamente su situación incurriendo en actitudes y conductas más evitativas, presentan mayores niveles de sintomatología depresiva, ansiosa y postraumática, extendiéndose esta afirmación a todos los grupos sintomatológicos necesarios para el diagnóstico del TEP. Por otro lado, la estrategia de "espíritu de lucha", se presenta como un factor protector para la depresión, puesto que los sujetos laringuectomizados que presentan una mayor tendencia a enfrentar activamente a la enfermedad y sus secuelas serán, según nuestros resultados los que presenten niveles menores de depresión.

Todo lo comentado en el párrafo anterior tiene que ver con el grupo clínico de estudio, pero al compararlo con el grupo control, encontramos ciertas particularidades. De este modo, a tenor de nuestros resultados, podríamos afirmar que la relación existente entre la estrategia "desesperanza" y los padecimientos depresivos y postraumáticos no son exclusivos

del grupo clínico, puesto que también se observan en este otro grupo. Lo mismo ocurre con la relación existente entre la mayor tendencia al empleo de la estrategia "preocupación ansiosa" y la mayor incidencia de sintomatología ansiosa y postraumática. De hecho, la mayor incidencia de los síntomas vinculados al "arousal" se presentan relacionados con una mayor tendencia al empleo de las estrategias "desesperanza" y "preocupación ansiosa", en este grupo control. Mientras que en el caso de los síntomas vinculados a la "evitación", será la mayor tendencia al empleo de la estrategia "preocupación ansiosa" la que parece justifique su mayor incidencia. Sin embargo, los síntomas intrusivos no parecen estar relacionados con el perfil de afrontamiento que sigan aquellos sujetos que no han padecido un cáncer de laringe y no se están enfrentando a sus secuelas.

Por lo que podríamos considerar que, como se confirma en la bibliografía consultada, las estrategias "desesperanza", "preocupación ansiosa" y "evitación cognitiva" predisponen al sujeto al padecimiento emocional y por tanto se pueden considerar estrategias desadaptativas ante esta situación estresante (4, 50, 151, 163, 165-168). Por otro lado, el "espíritu de lucha" parece confirmar su papel protector, pero únicamente en el caso de la sintomatología depresiva. Al analizar los distintos síntomas diagnósticos del cuadro postraumático encontramos que, puesto que ninguna estrategia de afrontamiento se relaciona con los síntomas intrusivos en la muestra control, la combinación de las estrategias "desesperanza", "preocupación ansiosa" y "evitación cognitiva" en su forma de responder a su situación, hace que los sujetos laringectomizados sean más vulnerables a padecerlos. Por otro

DISCUSIÓN

lado, es la estrategia de "desesperanza" la que incidirá diferencialmente en los síntomas evitativos en el grupo clínico. El hecho de que la estrategia "evitación cognitiva", sólo correlacione con toda la sintomatología psicopatológica estudiada en el grupo de sujetos laringectomizados, nos lleva a concluir sobre su capacidad para desestabilizar al sujeto y hacerle más vulnerable al padecimiento emocional, por lo que se constituiría en este estudio en la estrategia menos adaptativa en el afrontamiento del cáncer de laringe y sus secuelas.

Sorprende el hecho de que el fatalismo no influya en el padecimiento de ninguna afectación emocional, hecho que contrasta con la bibliografía consultada que la considera una estrategia desadaptativa, relacionada con la resignación y el pesimismo ante la situación (4, 50, 151, 163, 165, 168). No obstante, al analizar las cuestiones que componen la escala que mide esta estrategia, se observa que esta valora una resignación mucho más positiva de lo que la descripción teórica hace entender, es decir, que aparentemente la escala que supuestamente mide "fatalismo", en realidad está valorando "aceptación" de la situación. Independientemente de la nomenclatura que le demos, consideramos que cuestiones como "vivo mi vida día a día", "valoro lo que tengo" o "desde que me diagnosticaron la enfermedad, me doy cuenta de lo valiosa que es la vida y estoy sacándole el máximo partido", por ejemplo, no valoran una actitud de afrontamiento negativa. Por lo que no tiene cabida que presente relación directa con el sufrimiento emocional, de hecho la relación que se obtiene, a pesar de no ser significativa, es una relación inversa, como ya ocurría en el

caso del "espíritu de lucha", que solo alcanzaba la significación en el caso de la depresión, pero actuando como factor de protección.

Llegados a este punto se puede confirmar que tanto la estructura de personalidad del sujeto como los recursos de afrontamiento empleados influyen en la calidad de la respuesta de adaptación que dan a su situación y por tanto en el sufrimiento psicológico que la caracteriza. Por tanto y como ya se expone en mucha de la bibliografía consultada ambas variables se encuentran relacionadas y determinan la calidad del proceso de adaptación del sujeto (2, 116, 118, 122, 155, 165, 172). De este modo, la dimensión de personalidad "neuroticismo" muestra cierta relación con las denominadas estrategias desadaptativas, a saber "desesperanza", "preocupación ansiosa" y "evitación cognitiva", dato que ratifica los resultados obtenidos en trabajos como los de Gunthert (1999) (155), Rowland (1990) (158, 175) o Chochinov (2006) (122). Por lo que aquellos sujetos que presentan una estructura de personalidad caracterizada por el neuroticismo tienden a emplear dichas estrategias de afrontamiento. Por otro lado, la dimensión "extroversión" se relaciona directamente con las estrategias adaptativas de "espíritu de lucha" y la denominada "fatalismo" e inversamente con la "desesperanza". Por lo que aquellos sujetos que se muestran más abiertos y dispuestos a buscar apoyo en su entorno y una mayor facilidad para la expresión de sus emociones muestran una actitud de lucha activa y proporcionada ante la situación adversa que están afrontando, presentando una menor tendencia al pesimismo y el afrontamiento pasivo. Este resultado confirma, de nuevo, el

DISCUSIÓN

papel protector que juega esta dimensión de la personalidad en su polo positivo y coincide con las conclusiones propuestas en la bibliografía consultada (2, 172). Por último la dimensión "psicoticismo", demuestra estar relacionada directamente con las estrategias desadaptativas "desesperanza" y "preocupación ansiosa" e inversamente con el "espíritu de lucha". Por lo que esta dimensión de personalidad, como ya se reflejaba en apartados anteriores de este trabajo, parece estar asociada a una mayor vulnerabilidad al sufrimiento emocional debido, entre otras muchas variables no tenidas en cuenta en este estudio, a la combinación que se da con estrategias poco adecuadas de afrontamiento.

En este sentido y teniendo en cuenta que, a priori, la personalidad es un constructo aparentemente más estable que las estrategias de afrontamiento, valoramos si, debido a la relación que demuestran tener ambos constructos psicológicos, la primera tiene capacidad de predecir la mayor o menor tendencia de uso de determinadas estrategias de afrontamiento (172). En este sentido, nuestros datos no apoyan dicha posibilidad. De este modo, la personalidad por sí misma posee una pobre capacidad predictiva sobre las tendencias de afrontamiento de los individuos, por lo que se confirma la mediación de otras variables no contempladas en este trabajo que justifican o predicen mejor dichas predisposiciones a realizar un afrontamiento más o menos saludable o adaptativo, dato éste que se confirma en las conclusiones alcanzadas por otros trabajos consultados (22, 59, 151, 159, 163).

Por tanto, dichas variables moduladoras deben permitir discriminar entre pacientes laringectomizados más propensos

al desarrollo de sintomatología psicopatológica durante el proceso de adaptación a la laringectomía radical y sus secuelas. Conscientes de que hay otras muchas variables psicológicas, físicas, situacionales y contextuales que determinan dicha relación, consideramos que la estructura de personalidad y el perfil de afrontamiento que caracterizan a los pacientes son los aspectos más difíciles de valorar por los profesionales sanitarios que habitualmente atienden a este colectivo. Por lo que, de cara a la utilidad práctica de estos resultados, la identificación de rasgos concretos que permitan detectar a pacientes de riesgo, desde un punto de vista psicológico, facilitará mucho el desarrollo de la actividad laboral de los profesionales y garantizará un mayor cuidado de la calidad de vida de estos pacientes.

Nuestros resultados muestran que aquellos sujetos más vulnerables a padecer sintomatología depresiva con suficiente intensidad clínica como para afectar no sólo a la calidad de vida del paciente, sino también a su capacidad para afrontar los distintos momentos de su situación de enfermedad serían aquellos que presenten un perfil de personalidad caracterizado por la dimensión "neuroticismo", tiendan a no emplear el "espíritu de lucha" y a utilizar demasiado la "preocupación ansiosa". Este perfil identifica a más del 80,6% de los sujetos que finalmente desarrollan un estado emocional depresivo con relevancia clínica.

Al valorar los rasgos que discriminan a aquellos sujetos que padecerán sintomatología ansiosa clínicamente significativa de los que no, encontramos que la dimensión "neuroticismo" y la tendencia marcada a emplear la "preocupación ansiosa" en el

DISCUSIÓN

afrontamiento de la situación que enfrenta el sujeto, caracteriza de forma efectiva al 75,5% de los sujetos que acaban sufriendo los efectos de dicha sintomatología, además de la situación de enfermedad.

La sintomatología postraumática, que recordemos presentaba una mayor incidencia que la ansioso- depresiva en la muestra de pacientes laringectomizados, también ha sido objeto de este análisis. De este modo, aquellos sujetos más propensos a presentar una sintomatología compatible con el Trastorno por Estrés Postraumático serán aquellos que presenten un perfil de personalidad caracterizado por el "neuroticismo" y una mayor tendencia al empleo de la estrategia de afrontamiento "desesperanza". La combinación de ambas variables identificaría al 74,2% de los sujetos que dieron muestras de padecer dicho cuadro sintomatológico en nuestro grupo clínico.

Por último y tras confirmar que la sintomatología evaluada en este trabajo constituía un único factor o cuadro sintomatológico, compatible con el trastorno adaptativo como ya se defendió anteriormente, nos hemos propuesto valorar la capacidad de discriminación de nuestras variables moduladoras sobre esta patología. Encontramos que el 73,2% de los sujetos que presentarían indicios de sufrimiento emocional se podrían identificar si se detectase una estructura de personalidad determinada por el "neuroticismo" y un estilo de afrontamiento caracterizado por el empleo de la "desesperanza". La similitud de este perfil con el que discrimina a los sujetos que padecen sintomatología postraumática, avala la conclusión presentada en párrafos anteriores de este punto sobre el gran peso que

tiene dicha sintomatología en el sufrimiento que caracteriza a los sujetos laringectomizados pero que no suelen constituir un trastorno por estrés postraumático. En esta línea, no debemos olvidar que el trastorno adaptativo, exigía para su diagnóstico según los manuales diagnósticos al uso (APA y OMS), el enfrentamiento de una situación amenazante para el sujeto, igual que en el caso del trastorno por estrés postraumático, por lo que esta similitud etiológica debe reflejarse en los factores que predispongan a los sujetos al sufrimiento psicopatológico. Puesto que no debemos olvidar que, en este trabajo, el motivo por el que se considera la existencia de un único trastorno que englobe dicho malestar, es la identificación de una sintomatología ansioso- depresiva de intensidad relevante y consecuente al enfrentamiento de una situación impactante como es el cáncer de laringe y sus tratamientos quirúrgicos.

De este modo, podemos confirmar que tanto las características de personalidad como las estrategias de afrontamiento afectan a la capacidad de adaptación de los pacientes laringectomizados y por tanto, en la incidencia de alteraciones emocionales durante el proceso de recuperación. Así, los rasgos de personalidad integrados en la dimensión de "neuroticismo" que se muestran característicamente elevados en estos pacientes, así como la utilización de estrategias de afrontamiento centradas en la "evitación cognitiva" y la "preocupación ansiosa" se asocian a una mayor prevalencia de dichas alteraciones. Por tanto, estos pacientes que a priori, muestran tener capacidad suficiente para afrontar las situaciones terapéuticas consecuentes a la enfermedad, muestran una vulnerabilidad significativa al padecimiento de

DISCUSIÓN

alteraciones emocionales, al enfrentarse con las secuelas y limitaciones secundarias a estos. Es en estos, momentos donde la actitud que tomen frente a su situación, determinada en gran medida por las estrategias de afrontamiento que empleen y sus características de personalidad, les lleve a lograr una adaptación saludable a su situación o por el contrario, les genere un malestar afectivo que distorsione negativamente la capacidad de respuesta y por tanto, la recuperación integral de estos pacientes.

Llegados a este punto consideramos que, los resultados obtenidos presentan una gran aplicabilidad al contexto hospitalario, lo que les confiere un gran interés de cara a la mejora de la calidad de los protocolos de tratamiento que se le aplican a los pacientes laringectomizados y que aún hoy en día no prestan suficiente atención a la salud mental y bienestar psicológico por lo que no se alcanza a ofrecerles un adecuado tratamiento integral (18). Puesto que, el desarrollo de una breve pero estructurado intervención psicoeducativa con estos pacientes, permitiría modelar la actitud que estos presentan ante su situación de enfermedad y/o proceso de rehabilitación y por tanto, se lograría una menor incidencia de alteraciones emocionales que pudiesen afectar negativamente a dicho de recuperación.

No obstante, consideramos que este trabajo está sujeto a mejoras que podrían incrementar la generalización de los resultados obtenidos. En cuanto a la elección de los materiales de evaluación, por un lado consideramos que el empleo de entrevistas diagnósticas para la valoración de la sintomatología de los pacientes, en vez de instrumentos de screening como los

empleados, nos hubiesen permitido trabajar con diagnósticos clínicos y no con cuadros sintomatológicos, hecho que reforzaría nuestros resultados. Por otro lado, el Mini-MAC a pesar de los adecuados resultados en cuanto a la fiabilidad que posee, parece valorar el afrontamiento desadaptativo al cáncer, puesto que está integrado por cuatro estrategias potencialmente negativas y tan solo una que podría ser considerada adaptativa, que sería el "espíritu de lucha". Su utilización exclusiva nos lleva necesariamente a concluir que los sujetos laringectomizados se caracterizan por un afrontamiento negativo de su enfermedad. Del mismo modo, el análisis de las cuestiones que integran algunas de las estrategias de este cuestionario, podrían representar tanto una reacción emocional a la situación adversa como la propia estrategia de afrontamiento.

Por otro lado, a lo largo de la realización de este trabajo nos han surgido nuevos interrogantes y han aparecido resultados que no se relacionan directamente con los objetivos de este trabajo, pero que pueden convertirse en el inicio de una línea de investigación que esperamos siga aportando resultados que avalen y refuercen los aquí presentados. Entre estas circunstancias, hemos de reseñar el análisis de otras variables psicológicas o contextuales que pueden estar modulando la relación encontrada entre rasgos de personalidad y la utilización de determinadas estrategias de afrontamiento. Igualmente consideramos interesante estudiar el efecto que los hábitos de consumo de alcohol y tabaco, tan característicos de estos pacientes, pudiese tener no sólo en la forma de afrontamiento que emplean sino también en la predisposición a manifestar

DISCUSIÓN

alteraciones emocionales. Así mismo, consideramos que la utilización de un diseño longitudinal permitiría determinar cómo es el proceso de diagnóstico, tratamiento y adaptación a las secuelas de la enfermedad, y cómo las variables psicológicas evolucionan a lo largo del mismo y van modulando la aparición y naturaleza de las distintas alteraciones emocionales.

7.- CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

En respuesta a los objetivos e hipótesis planteados en este trabajo, alcanzamos las siguientes conclusiones:

1.- El paciente laringectomizado presenta más dificultades para sobreponerse a las limitaciones derivadas del tratamiento quirúrgico que a la propia enfermedad oncológica.

2.- Los sujetos laringectomizados no realizan valoraciones más negativas ni del estado de salud que tienen ni de la calidad de vida que disfrutaban que el grupo de referencia. Lo que nos lleva a concluir que, con el paso del tiempo, el paciente laringectomizado consigue adaptarse a las secuelas.

3.- Los problemas de comunicación consecuentes a la laringectomía radical son la principal causa de preocupación hasta que el paciente logra un nivel de funcionalidad adecuado, a través de la rehabilitación foniátrica. A partir de este momento, sus preocupaciones son similares a las presentadas por el grupo de sujetos libres de afectación oncológica, básicamente centradas en el futuro.

Por lo que, en función de estas tres conclusiones comprobamos que la primera hipótesis de este trabajo (*"El cáncer de laringe y su tratamiento quirúrgico radical constituyen una experiencia vital con suficiente potencial desestabilizador como para afectar negativamente a la valoración que realice el paciente de su estado de salud y su calidad de vida"*) no se confirma.

CONCLUSIONES

4.- El proceso de rehabilitación foniatría hace al paciente laringectomizado especialmente vulnerable a padecer alteraciones emocionales, debido no sólo al enfrentamiento de las secuelas sino también a la dificultad que entraña el aprendizaje de la voz esofágica.

La segunda hipótesis de este trabajo (*“Los pacientes que han finalizado los tratamientos activos contra la enfermedad y se enfrentan a las secuelas que hayan podido conllevar, serán los que presenten una mayor incidencia de alteración emocional”*), no se confirma a tenor de los resultados obtenidos.

5.- Las características más definitorias de las alteraciones emocionales que presentan los pacientes laringectomizados son: los síntomas intrusivos y de sobreexcitación unidos a un estado de ánimo tendente al abatimiento y a la apatía.

6.- La incidencia de cuadros depresivos, de ansiedad o postraumáticos diagnosticables en sujetos laringectomizados es poco frecuente. Sin embargo, el padecimiento de alteraciones emocionales más difusas es bastante habitual. Dichas manifestaciones sintomatológicas debido a su etiología, intensidad, duración e interferencia en la vida cotidiana de estos pacientes, son compatibles con el diagnóstico de “Trastorno Adaptativo”.

Por lo que la tercera hipótesis (*“El cáncer de laringe y sus tratamientos constituyen una experiencia vital de intensidad suficiente para favorecer el desarrollo de un cuadro de estrés postraumático en los sujetos que lo padecen. De este modo,*

serán este tipo de alteraciones las que presenten una mayor incidencia en el colectivo de pacientes laringectomizados frente a las manifestaciones sintomatológicas de corte ansioso y/o depresivo") de este trabajo queda parcialmente confirmada.

7.- Las dimensiones de "neuroticismo" y "psicoticismo" caracterizan la estructura de personalidad de los pacientes laringectomizados. Estos rasgos inciden negativamente en el proceso de adaptación a las secuelas de la laringectomía radical.

8.- Las dimensiones de "neuroticismo" y el "psicoticismo", redundan en la vulnerabilidad de los pacientes laringectomizados a padecer alteraciones emocionales, mientras que la "extroversión" se comporta como un factor de protección ante las mismas.

9.- Durante el enfrentamiento con la situación de rehabilitación del habla esofágica (en la que los pacientes se muestran más vulnerables) se observa un aumento de la intensidad de los rasgos neuróticos de personalidad. Lo que facilita la aparición de las alteraciones emocionales encontradas.

La cuarta hipótesis (*"La estructura de personalidad del paciente laringectomizado incidirá en el desarrollo de la sintomatología psicopatológica que pueda padecer. Las dimensiones de personalidad "neuroticismo" y "extroversión" serán las que tengan un papel más activo"*), por tanto, queda parcialmente confirmada.

CONCLUSIONES

10.- A la hora de afrontar las distintas situaciones adversas vinculadas a las limitaciones funcionales consecuentes con la laringuectomía radical, los pacientes tienden a emplear una combinación de recursos de afrontamiento como la "preocupación ansiosa", el "espíritu de lucha" y la "evitación cognitiva", siendo esta última la que discrimina el modo de afrontamiento de los pacientes laringuectomizados frente a los controles.

11.- Los pacientes que están aprendiendo a utilizar la voz esofágica son los que se muestran más vulnerables a padecer alteraciones emocionales como consecuencia de presentar una mayor tendencia al empleo de la "preocupación cognitiva" sobre el resto de estrategias que utilizan.

12.- Aquellos pacientes que emplean estrategias activas como el "espíritu de lucha", suele conllevar una menor incidencia de alteraciones emocionales.

13.- Sin embargo, en nuestra muestra de estudio prevalece el empleo de estrategias de afrontamiento desadaptativas, como la "preocupación ansiosa", la "desesperanza" y la "evitación cognitiva", lo que predispone a una mayor incidencia de alteraciones emocionales.

14.- No se confirma en el grupo clínico una mayor predisposición al padecimiento de un cuadro sintomatológico concreto en función de las estrategias de afrontamiento utilizadas.

15.- En el grupo control, la mayor tendencia a la "desesperanza" se asocia con la aparición de síntomas

depresivos en los pacientes, mientras que el empleo de la "preocupación ansiosa", incrementa la vulnerabilidad de los sujetos laringectomizados a padecer manifestaciones ansiosas y postraumáticas.

Nuestra quinta hipótesis (*"El modo en que los pacientes laringectomizados afronten su proceso de enfermedad influirá en el desarrollo de la sintomatología psicopatológica que puedan padecer, siendo las estrategias de "evitación cognitiva" y "preocupación ansiosa" las más vinculadas al malestar ansioso y/o postraumático, mientras que la "desesperanza" y el "fatalismo" predispondrá a las manifestaciones depresivas"*) queda parcialmente confirmada.

16.- Aquellos sujetos que presentan unos rasgos neuróticos y psicóticos mas marcados presentan una mayor tendencia al empleo de estrategias desadaptativas.

17.- La "extroversión" se asocia con una mayor tendencia al empleo de estrategias adaptativas o saludables.

18.- La personalidad, como constructo más estable, tiene poca capacidad predictiva sobre las estrategias que emplearán los pacientes laringectomizados ante las situaciones adversas que se derivan de la cirugía radical de laringe.

En función de los resultados obtenidos, la sexta hipótesis de este trabajo, (*"Las estrategias de afrontamiento que utilicen los pacientes laringectomizados estarán moduladas por la estructura de personalidad del sujeto"*), no queda confirmada.

19.- Una mayor tendencia a padecer síntomas depresivos se observa en pacientes laringectomizados con una estructura

CONCLUSIONES

de personalidad caracterizada por un elevado "neuroticismo" y que emplean preferentemente la estrategia de afrontamiento "preocupación ansiosa", pero tienden a no usar el "espíritu de lucha".

20.- La aparición de sintomatología ansiosa tiende a verse facilitada, por un perfil de personalidad eminentemente "neurótico", que emplean la "preocupación ansiosa" en el afrontamiento de situaciones adversas.

21.- Un perfil de personalidad con rasgos "neuróticos" muy intensos, unido al mayor empleo de la estrategia de afrontamiento "desesperanza", predispone al paciente laringectomizado a padecer sintomatología postraumática.

22.- La misma combinación de rasgos de personalidad y tendencia al empleo de estrategias de afrontamiento, predispone al padecimiento del factor de alteración emocional encontrado en este trabajo y que consideramos que podría cumplir los requisitos para el diagnóstico de Trastorno Adaptativo.

Por lo que la última hipótesis de este trabajo, (*"La aparición de alteraciones emocionales en pacientes laringectomizados, se verá facilitada al analizar la interacción de la dimensión de personalidad "neuroticismo" con las estrategias de afrontamiento "fatalismo", "desesperanza", "evitación cognitiva" y "preocupación ansiosa"*), queda confirmada parcialmente.

8.- BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

Referencias Bibliográficas

1. Ibañez Guerra E. Reflexiones sobre las Relaciones entre Depresión y Cáncer. Boletín de Psicología. 1984; 4: 99-117.
2. Forner C, Guerrero A, Gilabert E, Rojo JE. La Adaptación o Afrontamiento ante la Pérdida de la Salud. Aula Médica Psiquiatría. 2002;4: 201-26.
3. Andreu Vaillo Y, Manuel Mira J. Psicología Oncológica. Phronesis. 1989; 10 (2):53-66.
4. Barroilhet S, Forjaz MJ, Garrido E. Conceptos, Teorías y Factores Psicosociales en la Adaptación al Cáncer. Actas Españolas de Psiquiatría. 2005; 33 (6):390-7.
5. Die- Trill M. Influencia de la Cultura en la Experiencia del Cáncer. Psicooncología. 2003; 0 (1):39-48.
6. Zabora J, Brintzenhofeszoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. Psycho-oncology. 2001; 10: 19-28.
7. García- Conde A, Ibañez E, Durá E. Análisis de Contenido de la Revista Psycho- Oncology. El Desarrollo de la Investigación en Psicooncología. Boletín de Psicología. 2008; 92: 81-113.
8. Lazarus RS, Folkman S. Estrés y Procesos Cognitivos. Barcelona.: Ediciones Martínez Roca S.A.; 1986.

BIBLIOGRAFÍA

9. Dunkel-Schetter C, Feinstein LG, Taylor SE, Falke R. Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*. 1992; 11 (2).
10. Smith MY, Redd WH, Peyser C, Vogl D. Post-traumatic stress disorder in cancer: A review. *Psycho- Oncology*. 1999; 8: 521-37.
11. Pérez S, Galdón MJ. Trastorno de Estrés Postraumático y Cáncer. En: Do Rosario Dias M, Durá E, (Editores). *Territórios da Psicologia Oncológica*. 1ª ed. Lisboa, Portugal.: CLIMEPSI Editores; 2002. p. 493-525.
12. Gurevich M, Devins GM, Rodin GM. Stress response syndromes and cancer: Conceptual and assessment issues. *Psychosomatics*. 2002; 43(4): 259-81.
13. Kangas M, Henry JL, Bryant RA. Posttraumatic stress disorder following cancer. A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review*. 2002; 22: 499-524.
14. Lindberg N, Wellish D. Identification of traumatic stress reactions in women at increased risk for breast cancer. *Psychosomatics*. 2004; 45 (1): 7-16.
15. van't Spijker A, Trijsburg RW, Duivenvoorden HJ. Psychological sequelae of cancer diagnosis: A meta- analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosomatic Medicine*. 1997; 59 (3): 280-93.
16. Die Trill M. Aspectos Psicológicos y Psiquiátricos del Cáncer de Mama. *Revista de Cáncer*. 2002; 16 (6):304-12.
17. Cogwell Anderson R, Anderson Franke K. Psychological and psychosocial implications of head and neck cancer. *The Internet Journal of Mental Health*. 2002; 1 (2).

18. Estellés Ferriol E, Ferrer Ramírez MJ, Guallart Doménech F, Carrasco Llatas M. Calidad de vida en pacientes tratados quirúrgicamente por cáncer de laringe. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. EVES; 2005.
19. Holland JC, Rowland JH. 1ª ed. New York.: Oxford University Press.; 1990.
20. Maté J, Hollenstein MF, Gil F. Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*. 2004; 1 (2-3): 211-30.
21. Hamama- Raz Y, Solomon Z, Schachter J, Azizi E. Objective and subjective stressors and the psychological adjustment of melanoma survivors. *Psycho- Oncology*. 2006.
22. Rodríguez B, Bayón C, Orgaz P, Torres G, Mora F, Castelo B. Adaptación Individual y Depresión en una Muestra de Pacientes Oncológicos. *Psicooncología*. 2007; 4 (1): 7-19.
23. Jim H, Jacobsen PB. Posttraumatic stress and posttraumatic growth in cancer survivorship: A review. *The Cancer Journal*. 2008; 14 (6):414-9.
24. Costa- Requena G, Gil Moncayo F. The Mental Adjustment to Cancer Scale: A psychometric analysis in Spanish cancer patients. *Psycho- Oncology*. 2009; 18: 984-91.
25. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasefsky S, Schmale AM, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*. 1983; 249 (6): 751-7.
26. Bronheim H, Strain JJ, Biller HF. Psychiatric aspects of head and neck surgery. part II: Body image and psychiatric intervention. *General Hospital Psychiatry*. 1991; 13 (4): 225-32.

BIBLIOGRAFÍA

27. García Campayo J, Sanz Carrillo C, Dourdil F. Aspectos psicológicos y sociales en el paciente laringectomizado. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología Médica y Psicósomática*. 1993; 14 (9): 23- 6.
28. González- Martínez MT. Alteraciones Psicológicas Asociadas a la Laringectomía: Ansiedad y Depresión en Laringectomizados Totales y Parciales. *Psiquis*. 1994; 15 (1): 21- 42.
29. Ziegler L, Newell R, Stafford N, Lewin R. A literature review of head an neck cancer patients information needs, experiences and views regarding decision- making. *European journal of cancer care*. 2004; 13: 119- 26.
30. Verdonck-de Leeuw IM, de Bree R, Keizer AL, Houffelaar T, Cuijpers P, van der Linden MH, et al. Computerized prospective screening for high levels of emotional distress in head and neck cancer patients and referral rate to psychosocial care. *Oral Oncol*. 2009 Apr 8.
31. López-Abente G, Pollán M, Aragonés N, Pérez. Gómez B, Hernández Barrera V, López V, et al. State of cancer in Spain: Incidence [article in Spanish]. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2004; 27 (2): 165-73.
32. Cabanes A, Pérez-Gómez B, Aragonés N, Pollán M, López- Abente G. Vigilancia epidemiológica del cáncer. monitorización de la situación del cáncer en España. Instituto de Salud Carlos III. 2009.
33. Lowitz BB, Casciato DA. Principios, definiciones y datos estadísticos. En: Casciato DA, Territo MC, (Editors). *Manual de Oncología Clínica*. 6ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer Health España, S.A.; 2009. p. 3-19.
34. Parker RG, Sherman EJ, Lee SP, Rice DH, Casciato DA. Tumores de cabeza y cuello. En: Casciato DA, Territo MC, (Editors). *Manual de Oncología Clínica*. 6ª ed. Barcelona: Wolter Kluwer Health España, S.A.; 2009. p. 143-70.

35. Cobeta Marco I, Gamboa Mutuberría J. Anatomía y fisiología de la laringe: Fonación. En: Cobeta I, (editor). Otorrinolaringología y Patología Cervical. Barcelona.: Medicina STM Editores S.L.; 2003. p. 329- 44.
36. Gómez Ángel D, O'Connor Reina C, García Iriarte MT, García Monge E. Teoría de la laringe. En: Guía Básica de Estudio de la Otorrinolaringología. Madrid.: Ediciones Díaz de Santos S.A.; 2000. p. 45-57.
37. Becker W, Nauman HH, Pfaltz CR. Laringe y tráquea. En: Becker W, Nauman HH, Pfaltz CR, (Editores). Otorrinolaringología. Manual Ilustrado. 2ª Edición ed. Madrid.: Mosby/Doyma Libros.; 1992. p. 235-76.
38. Basterra Alegría J. Cáncer de laringe. En: Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial. Barcelona: Masson S.A.; 2004. p. 357-62.
39. Martínez Vidal A, Velasco García MJ. Tumores malignos de la laringe y de la hipofaringe. Rehabilitación del paciente laringectomizado. En: Cobeta I, (Editor). Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial. Barcelona.: Medicina STM Editores S.L.; 2003. p. 361-73.
40. Peto R, López AD, Borehan J, Thun M, Heath C. Mortality from tobacco in developed countries: Indirect estimation from national vital statistics. Lancet. 1992; 339: 1268- 78.
41. Bellas B, Cierco P, González J, Martín N, Melús E, Grupo de Expertos del PAPPS. Prevención del cáncer. Atención Primaria. 2001; 28 (2):42-71.
42. Wiseman SM, Swede H, Stoler DL, Anderson GR, Rigual NR, Hiks WL, et al. Squamous cell carcinoma of the head and neck in nonsmokers and nondrinkers: An analysis of clinicopathologic characteristics and treatment outcomes. Annals of Surgical Oncology. 2003; 10: 551-7.

BIBLIOGRAFÍA

43. Gavilan J. Tumores malignos (I): Cáncer de laringe e hipofaringe. En: Gavilan Alonso C, editor. Pregrado. Otorrinolaringología. Madrid: Luzán 5 S.A. Ediciones.; 1989. p. 487-505.

44. Fialka-Moser V, Crevenna R, Korpan M, Quittan M. Cancer rehabilitation. particularly with aspects on physical impairments. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2003; 35: 153-62.

45. Mochizuki Y, Matsushima E, Omura K. Perioperative assessment of psychological state and quality of life of head and neck cancer patients undergoing surgery. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2009 Feb; 38 (2): 151-9.

46. Johansson M, Ryden A, Finizia C. Self evaluation of communication experiences after laryngeal cancer - a longitudinal questionnaire study in patients with laryngeal cancer. *BMC Cancer*. 2008 Mar 27; 8:80.

47. Coy L, Merino E, Barcia D. Aspectos psicológicos del cáncer de laringe. Primera parte: Mecanismos de evitación en el cáncer de laringe. *Anales de Psiquiatría*. 1987; 3 (6): 213-6.

48. Die- Trill M, Straker N. Psychological Adaptation to facial disfigurement in a female head and neck cancer patient. *Psycho-Oncology*. 2007; 1 (4):247-51.

49. Mochizuki Y, Omura K, Matsushima E. Changing trend over time of psychological states and quality of life of oral cancer patients with surgery. *Kokubyo Gakkai Zasshi*. 2009 Mar; 76 (1): 16-24.

50. Levine PM, Silberfarb PM, Lipowski ZJ. Mental disorders in cancer patients: A study of 100 psychiatric referrals. *Cancer*. 1978; 42 (3): 1385-91.

51. Ibañez E. Sobre el concepto de personalidad. *Boletín de Psicología*. 1986; 13: 43- 8.

52. Solana CA. Aspectos Psicológicos en el Paciente Superviviente. *Oncología*. 2005; 28 (3): 157- 63.

53. Coronado L, García MA, Velasquez AG, Morales R, Alvarado S. Aspectos Psicológicos del Cáncer de Pulmón. *GAMO*. 2007; 6 (4): 104-8.

54. Andrykowski MA, Cordova MJ, McGrath PC, Sloan DA, Kennady DE. Stability and change in posttraumatic stress disorder following breast cancer treatment: A 1 year follow-up. *Psycho- Oncology*. 2000; 9 (1): 69-78.

55. Baider L, Perry S, Sison A, Holland J, Uziely B, Kaplan DeNour A. The role of psychological variables in a group of melanoma patients. an Israeli sample. *Psychosomatics*. 1997; 38: 45- 53.

56. Greer S. Psychological response to cancer and survival. *Psychological Medicine*. 1991; 21: 43- 9.

57. Costa Requena G, Gil Moncayo FL. Propiedades Psicométricas de la Escala Revisada del Impacto del Evento Estresante (IES-R) en una Muestra Española de Pacientes con Cáncer. *Análisis y Modificación de Conducta*. 2007;33 (149): 311-31.

58. Nicholas DR. Men, masculinity and cancer: Risk-factor behaviors, early detection and psychosocial adaptation. *Journal of American College Health*. 2000; 49 (1): 27.

59. Brennan J. Adjustment to cancer- coping or personal transition?. *Psycho-Oncology*. 2001; 10:1-18.

60. Stiegelis HE, Hagedoorn M, Sanderman R, van der Zee K, Buunk BP, van der Bergh ACM. Cognitive adaptation: A comparison of cancer patients and healthy references. *British Journal of Health Psychology*. 2003; 8: 303-18.

BIBLIOGRAFÍA

61. Torrico E, Santín C, López MJ, Andrés M. La Depresión como Reacción Adaptativa ante el Diagnóstico de Cáncer. 2003; 7 (1).
62. Härter M, Woll S, Wunsch A, Bengel J, Reuter K. Screening for mental disorders in cancer, cardiovascular and musculoskeletal diseases. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2006; 41: 56- 62.
63. Bjordal K, Kaasa S. Psychological distress in head and neck cancer patients 7-11 years after curative treatment. *British Journal of Cancer*. 1995; 71: 592- 7.
64. Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, Nakano T, Mikami I, Okamura H, et al. Prevalence, predictive factors, and screening for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. *Cancer*. 2000 Jun 15; 88 (12): 2817- 23.
65. Ryan H, Schofield P, Cockburn J, Butow P, Tattersall M, Turner J, et al. How to recognize and manage psychological distress in cancer patients. *European Journal of Cancer Care*. 2005; 14:7-15.
66. Baile WF, Gibertini M, Scott L, Endicott J. Depression and tumor stage in cancer of the head and neck. *Psycho- Oncology*. 2007; 24 (1):15-24.
67. Okamura M, Yamawaki S, Akechi T, Taniguchi K, Uchitomi Y. Psychiatric disorder following first breast cancer recurrence: Prevalence, associated factors and relationship to quality of life. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 2005; 35 (6): 302-9.
68. Esteve R, Gavino A, Godoy, A. Rodríguez- Naranjo, C. El Cáncer de Laringe: Repercusiones Psicológicas (I). *Análisis y Modificación de Conducta*. 1988; 14 (42): 545-63.

69. Andreu Y, Galdón MJ, Ibañez E. Reacciones Emocionales a Través del Estadio en el Cancer de Mama. *Psicothema*. 1991; 3 (2): 283-96.

70. Nakaya N, Bidstrup P, Eplöv L, Saito-Nakaya K, Kuriyama S, Tsuji I, et al. Mental vulnerability and survival after cancer. *Epidemiology*. 2009; 20 (6): 916-20.

71. Rodriguez B, Ortiz A, Palao A, Avedillo C, Sánchez-Cabezudo A, Chichilla C. Síntomas de Ansiedad y Depresión en un Grupo de Pacientes Oncológicos y sus Cuidadores. *European Journal of Psychiatry*. 2002; 16 (1): 27-38.

72. Iwamitsu Y, Shimoda K, Abe H, Tani T, Okawa M, Buck R. Anxiety, emotional suppression and psychological distress before and after breast cancer diagnosis. *Psychosomatics*. 2005; 46: 19-24.

73. Massie MJ. Anxiety, panic and phobias. En: Holland JC, Rowland JH, (Editors). *Handbook of Psychooncology. Psychological Care of the Patient with Cancer*. 1ª ed. New York.: Oxford University Press, Inc.; 1990. p. 300-9.

74. Lampic C, Thurfjell E, Bergh J, Sjöden PO. Short and long- term anxiety and depression in women recalled after breast cancer screening. *European Journal of Cancer*. 2001; 37: 463-9.

75. Golden- Kreutz D, Thornton L, Wells-Di Gregorio S, Frierson g, Jim H, Carpenter K, et al. Traumatic stress, perceived global stress and life events: Prospectively predicting quality of life in breast cancer patients. *Health Psychology*. 2005; 24 (3): 288- 96.

76. Neel M. Posttraumatic stress symptomatology and cancer. *Internacional Journal of Emergency Mental Health*. 2000; 2 (2): 85- 94.

BIBLIOGRAFÍA

77. Palmer SC, Kagee A, Coyne JC, DeMichele A. Experience of trauma, distress, and posttraumatic stress disorder among breast cancer patients. *Psychosomatic Medicine*. 2004; 66: 258- 64.
78. Massie MJ. Depression. En: Hollan JC, Rowland JH, (Editors). *Handbook of Psychooncology. Psychological Care of the Patient with Cancer*. 1ª ed. New York.: Oxford University Press, Inc.; 1990. p. 283-90.
79. Giner J, Fernandez- Argüelles P, Iglesias E. Aspectos Médico-Psicológicos en Pacientes Oncológicos. *Personalidad y Trastornos Psíquicos*. *Psiquis*. 1983; 6 (6): 37-44.
80. Ibañez E, Romero R, Andreu Y. Personalidad Tipo C. Una Revisión Crítica. *Boletín de Psicología*. 1992; 35: 49-79.
81. Greenberg R, Dattore P. The relationship between dependency and the development of cancer. *Psychosomatic Medicine*. 1981; 43 (2):35- 43.
82. Pérez Rodríguez S. Sintomatología de Estrés Postraumático en Pacientes con Cáncer de Mama e Identificación de Posibles Factores de Riesgo. 2007.
83. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-R*. 4th.ed. ed. American Psychiatric Association., editor. Washington D.C.: A.P.A.; 2004.
84. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10)*. Organización Mundial de la Salud (OMS), editor. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.; 1994.
85. American Psychiatric Association. *DSM IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson; 1994.

86. Bobes J, Badñia X, Luque A, García M, González MP, Dal- Ré R, et al. Validación de las Versiones en Español de los Cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale, y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la Fobia Social. Medicina Clínica (Barcelona). 1999; 112: 530- 8.

87. Coy L, Muñoz R, Merino E, Barcia D. Aspectos Psicológicos del Cáncer de Laringe. Segunda Parte: Estudio de Personalidad. Anales de Psiquiatría. 1989; 5 (3): 108-11.

88. Franco MD, Giner J, Sanmartin A. Trastornos de Adaptación. Psiquiatría y Atención Primaria. 2003: 24-9.

89. Baca Baldomero E. Trastorno por Estrés Postraumático. En: Roca Bennasar M (Editor). Trastornos Neuróticos. 1ª ed. Barcelona.: Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica y Psiquiatría Editores S.L.; 2002. p. 539-68.

90. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 3rd. ed. American Psychiatric Association, (Editor). Washington: A.P.A.; 1980.

91. Echeburúa E, de Corral P, Zubizarreta B, Sarasua B. Trastorno de Estrés Postraumático. En: Echeburúa E, de Corral P, Zubizarreta B, Sarasua B, (Editores). Trastorno de Estrés Postraumático Crónico en Víctimas de Agresiones Sexuales. 1ª Ed. A Coruña.: Fundación Paideia.; 1995. p. 53-71.

92. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- R. 3rd. Ed. Rev. American Psychiatric Association., (Editor). Washington D.C.: A.P.A.; 1987.

93. Blanco Picabia A, Rodriguez Franco L. Trastornos Adaptativos. In: Roca Bennasar M, (Editor). Trastornos Neuróticos. 1ª ed. Barcelona:

BIBLIOGRAFÍA

Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica y Psiquiatría Editores S.L.; 2002. p. 569-84.

94. Hernandez M, Cruzado JA, Arana Z. Problemas Psicológicos en Pacientes con Cáncer: Dificultades de Detección y Derivación al Psicooncólogo. *Psicooncología*. 2007; 4 (1):179- 91.

95. Andreu Vaillo Y, Garcia Riaño D, Ibañez Guerra E. Reacciones Emocionales en las Pacientes con Cáncer de Mama. Análisis y Modificación de Conducta. 1988; 14 (39): 93- 115.

96. García-Riaño D. Calidad de Vida. Aproximación Histórico-Conceptual. *Boletín de Psicología*. 1991; 30: 55- 94.

97. Llewellyn CD, McGurk M, Weinman J. Head and neck cancer: To what extent can psychological factors explain differences between health-related quality of life and individual quality of life?. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2006; 44: 351-7.

98. Härti K, Engel J, Herschbach P, Reinecker H, Sommer H, Friese K. Personality traits and psychosocial stress: Quality of life over 2 years following breast cancer diagnosis and psychological impact factors. *Psycho- Oncology*. 2009.

99. Llewellyn CD, McGurk M, Weinman J. 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*. 2007; 63: 17-26.

100. van der Steeg AF, De Vries J, Roukema JA. Anxious personality and breast cancer: Possible negative impact on quality of life after breast-conserving therapy. *World Journal of Surgery*. 2010; 34: 1453-60.

101. Augustine AA, Larsen RJ, Walker MS, Fisher EB. Personality predictors of the time course for lung cancer onset. *Journal of Research in Personality*. 2008; 42 (6): 1448-55.
102. Grossarth- Maticek R, Eysenck HJ. Personality, stress and disease: Description and validation of a new inventory. *Psychological Reports*. 1990; 66: 353-73.
103. Grossarth- Maticek R, Eysenck HJ, Vetter H. Personality type, smoking habit and their interaction on predictors of cancer and coronary heart disease. *Personality and Individual Differences*. 1988; 9: 479-95.
104. Grossarth-Maticek R, Eysenck HJ, Barrett P. Prediction of cancer and coronary heart disease as a function of method of questionnaire administration. *Psychological Reports*. 1993 Dec; 73(3 Pt 1):943-59.
105. Sanderman R, Ranchor AV. The predictor status of personality variables: Etiological significance and their role in the course of disease. *European Journal of Personality*. 1997; 11: 359-82.
106. Farrés M, Martín MJ, Pastó M, Porrás S, Luque M, Cirera L. Estudio de Personalidad en Pacientes con Patologías Coronaria y Oncológica. *Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*. 1999; 51(52): 17-21.
107. Bleiker E, Hendriks J, Otten J, Verbeek A, van der Ploeg H. Personality factors and breast cancer risk: A 13 years follow- up. *Journal of the National Cancer Institute*. 2008; 100: 213-8.
108. Bleiker E, van der Ploeg H, Hendriks JA, H. Personality factors and breast cancer development: A prospective longitudinal study. *Journal of the National Cancer Institute*. 1996; 88 (20): 1478-82.

BIBLIOGRAFÍA

109. van Loon AJM, Tjihuis M, Surtees PG, Ormel J. Personality and coping: Their relationship with lifestyle risk factors for cancer. *Personality and Individual Differences*. 2001; 31: 541-53.

110. Stürmer T, Hasselbach P, Amelang M. Personality, lifestyle and risk of cardiovascular disease and cancer: Follow-up of population based cohort. *British Medical Journal*. 2006.

111. Mroczek DK, Spiro A. Personality change influences mortality in older men. *Psychological Science*. 2007;18 (5): 371-6.

112. Nakaya N, Hansen PE, Schapiro IR, Eplöv LF, Saito-Nakaya K, Uchitomi Y, et al. Personality traits and cancer survival: A Danish cohort study. *British Journal of Cancer*. 2006; 95: 146-52.

113. Andreu Y. Algunas Consideraciones Conceptuales y Metodológicas en la Investigación sobre el Patrón de la Conducta Tipo C. *Análise Psicológica*. 1998; 4(XVI): 569-79.

114. Yousfi S, Matthews G, Amelang M, Schmidt-Rathjens C. Personality and disease: Correlations of multiple trait scores with various illnesses. *Journal of Health Psychology*. 2004;9: 627- 47.

115. Andrés Pueyo A, Gutierrez Maldonado J. Acerca de la Universalidad de la Extroversión, el Neuroticismo y el Psicoticismo como Dimensiones Temperamentales. *Boletín de Psicología*. 1994; 47: 7-29.

116. Aarstad AKH, Aarstad HJ, Olofsson J. Personality and choice of coping predict quality of life in head and neck cancer patients during follow- up. *Acta Oncológica*. 2008; 47: 879-90.

117. van Kampen D. Personality and psychopathology: A theory- based revision of Eysenck's PEN model. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 2009; 5: 9-21.

118. Pelechano Barberá V. Personalidad y Estrategias de Afrontamiento en Pacientes Crónicos (2). *Análisis y Modificación de Conducta*. 1992; 18 (58): 167-200.

119. Morossanova V. Extraversion and neuroticism: The typical profiles of self-regulation. *European Psychologist*. 2003; 8 (4): 279-88.

120. Pelechano Barberá V, Servando Díaz MA. *Qué es la Personalidad*. Madrid: Biblioteca Nueva S.L.; 2004.

121. Eysenck HJ, Eysenk SBG. *Cuestionario de personalidad para niños y adultos (EPQ-A y EPQ-J)*. Madrid: Tea Ediciones S.A.; 1989.

122. Chochinov HM, Kristjanson LJ, Hack TF, Hassard T, McClement S, Harlos M. Personality, neuroticism and coping towards the end of life. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2006; 32 (4): 332-41.

123. Izquierdo A. Temperamento, Carácter, Personalidad. Una Aproximación a su Concepto e Interacción. *Revista Complutense de Educación*. 2002; 13(2): 617- 43.

124. Nabi H, Kivimäki M, Zins M, Elovainio M, Consoli S, Cordier S, et al. Does personality predict mortality?. Results from the GAZEL French prospective cohort study. *International Journal of Epidemiology*. 2008; 37: 386- 96.

125. Scheier MF, Bridges MW. Person variables and health: Personality predispositions and acute psychological states as shared determinants for disease. *Psychosomatic Medicine*. 1995; 57: 255- 68.

126. Bleiker E, van der Ploeg H, Adèr H, van Daal W, Hendriks J. Personality traits of women with breast cancer: Before and after diagnosis. *Psychological Reports*. 1995; 76: 1139- 46.

BIBLIOGRAFÍA

127. Farmer A, Redman K, Harris T, Mahmood A, Sadler S, Pickering A, et al. Neuroticism, extraversion, life events and depression. *British Journal of Psychiatry*. 2002; 181: 118- 21.

128. Schapiro IR, Nielsen LF, Jorgensen T, Boesen EH, Johansen C. Psychic vulnerability and the associated risk for cancer. *Cancer*. 2002; 94: 3299- 306.

129. Andreu Y. Personalidad Tipo C. Historia y Validez del Concepto. *Boletín de Psicología*. 1998; 59: 75- 104.

130. Temoshok L, Heller B, Sagebiel RW, Blois MS, Sweet D, DiClemente RJ, et al. The relationship of psychosocial factors to prognostic indicators in cutaneous malignant melanoma. *Journal of Psychosomatic Research*. 1985; 29 (2): 139- 53.

131. Schapiro IR, Ross-Petersen L, Saalen H, Garde K, Olsen JH, Johansen C. Extroversion and neuroticism and the associated risk of cancer: A Danish cohort study, *American Journal of Epidemiology*. 2001; 153 (8): 757- 63.

132. Arai S, Nakaya N, Kakizaki M, Ohmori- Matsuda K, Shimazu T, Kuriyama S, et al. Personality and gastric cancer screening attendance: A cross- sectional analysis from the Miyagi cohort study. *Journal of Epidemiology*. 2009; 19 (1): 34- 40.

133. Fernández- Ballesteros R, Ruiz MA. Personalidad y Cáncer: Hans J. Eysenck, un Rebelde con Causa. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 1997; 50 (4): 447- 64.

134. Carmona FJ, Sanz LJ, Marín D. Patrón de Conducta Tipo A y Patología Coronaria. *Psiquis*. 2002; 23 (1): 18- 26.

135. Lillberg K, Verkasalo PK, Kaprio J, Helenius H, Koskenvuo M. Personality characteristics and the risk of breast cancer: A prospective cohort study. *International Journal of Cancer*. 2002; 100: 361- 6.
136. Arbizu JP. Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2000; 24 (Supl. 1): 173- 8.
137. Anarte MT, López A, Ramírez C, Esteve R. Evaluación del Patrón de Conducta Tipo C en Pacientes Crónicos. *Anales de Psicología*. 2000; 16 (2): 133- 41.
138. Hansen PE, Floderus B, Frederiksen K, Johansen C. Personality traits, health behavior, and risk for cancer. A prospective study of a Swedish twin cohort. *Cancer*. 2005; 103: 1082- 91.
139. Naragon- Gainey K, Watson D, Markon E. Differential relations of depression and social anxiety symptoms to the facets of Extraversion/Positive emotionality. *Journal of Abnormal Psychology*. 2009; 118 (2): 299- 310.
140. Ormel J, Oldehinkel AJ, Volleberg W. Vulnerability before, during and after a major depressive episode. A 3-wave population- based study. *Archives of General Psychiatry*. 2004; 61: 990- 6.
141. Jylhä P. Depression, anxiety, psychiatric comorbidity and dimensions of temperament and personality. 2008: 1- 138.
142. Kendler KS, Kuhn J, Prescott CA. The interrelationship of neuroticism, sex and stressful life events in the prediction of episodes of major depression. *American Journal of Psychiatry*. 2004; 161: 631- 6.

BIBLIOGRAFÍA

143. Gamez W, Watson D, Doebbeling BN. Abnormal personality and the mood and anxiety disorders: Implications for structural models of anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*. 2007; 21: 526- 39.

144. Bardi A, Ryff CD. Interactive effects of traits on adjustment to a life transition. *Journal of Personality*. 2007; 75 (5): 955- 84.

145. Kendler KS, Gatz M, Gardner CO, Pedersen NL. Personality and major depression. A Swedish longitudinal, population- based twin study. *Archives of General Psychiatry*. 2006; 63: 1113- 20.

146. Khan AA, Jacobson KC, Gardner CO, Prescott CA, Kendler KS. Personality and comorbidity of common psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*. 2005; 186: 190- 6.

147. Latorre JO. El Enfoque de Personalidad Resistente en el Ámbito de la Psicología de la Salud: Una Revisión de Publicaciones en Español. *Psicología y Salud*. 2008; 18 (002): 267- 74.

148. Vinaccia S, Quiceno JM, Fernández H, Contreras F, Bedoya M, Tobón S, et al. Calidad de Vida, Personalidad Resistente y Apoyo Social Percibido en Pacientes con Diagnóstico de Cáncer Pulmonar. *Psicología y Salud*. 2005;15 (002): 207- 20.

149. Nishi D, Matsuoka Y, Kim Y. Posttraumatic growth, posttraumatic stress disorder and resilience of motor vehicle accident survivor. *BioPsychoSocial Medicine*. 2010; 4 (7).

150. Franks HM, Roesch SC. Appraisals and coping in people living with cancer: A meta- analysis. *Psycho-Oncology*. 2006; 15: 1027- 37.

151. Roesch SC, Adams L, Hines A, Palmores A, Vyas P, Tran C, et al. Coping with prostate cancer: A meta analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*. 2005; 28 (3): 281- 93.

152. Watson M, Law M, Dos Santos M, Greer S, Baruch J, Bliss J. The Mini- MAC: Further development of the Mental Adjustment to Cancer Scale. *Journal of Psychosocial Oncology*. 1994; 12 (3): 33- 46.

153. Watson M, Greer S, Young J, Innayat C, Burgess C, Robertson B. Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: The MAC scale. *Psychological Medicine*. 1988; 18: 2003- 9.

154. Anagnostopoulos F, Vaslamatzis G, Markidis M. Coping strategies of women with breast cancer: A comparison of patients with healthy and benign controls. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2004; 73: 43- 52.

155. Gunthert KC, Armeli S, Cohen LH. The role of neuroticism in daily stress and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1999; 77 (5): 1087- 100.

156. Campos M, Iraurgi J, Páez D, Velasco C. Afrontamiento y Regulación Emocional de Hechos Estresantes. Un Meta- Análisis de 13 Estudios. *Boletín de Psicología*. 2004; 82: 25- 44.

157. He G, Liu S. Quality of life and coping styles in chinese nasopharyngeal cancer patients after hospitalization. *Cancer Nursing*. 2005;28 (3): 179- 86.

158. Rowland JH. Intrapersonal resource: Coping. In: Holland JC, Rowland JH, editors. *Handbook of Psychooncology: Psychological Care of the Patient with Cancer*. 1ª ed. New York.: Oxford University Press; 1990. p. 44- 57.

159. Ojeda B, Ramal J, Clavo F, Vallespín R. Estrategias de Afrontamiento al Estrés y Apoyo Social. *Psiquis*. 2001; 22 (3): 155- 68.

160. Augusto JM, Martínez R. Afrontamiento al Estrés y Salud. *Panorama Actual de la Investigación*. *Boletín de Psicología*. 1998; 58: 31- 48.

BIBLIOGRAFÍA

161. Font A, Cardoso A. Afrontamiento y Cáncer de Mama: Pensamientos, Conductas y Reacciones Emocionales. *Psicooncología*. 2009; 6 (1): 27- 42.
162. Rodríguez- Parra MJ, Esteve R, López AE. Dolor Crónico y Estrategias de Afrontamiento. *Análisis y Modificación de Conducta*. 2000; 26 (107): 391- 418.
163. Brain K, Williams B, Iredale R, France L, Gray J. Psychological distress in men with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2006; 24 (1): 95- 101.
164. Buddeberg C, Wolf C, Sieber M, Riehl-Emde A, Bergant A, Steiner R, et al. Coping strategies and cause of disease of breast cancer patients. Results of a 3- years longitudinal study. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1991;55:151-7.
165. Ireland JL, Brown SL, Ballarini S. Maladaptive personality traits, coping styles and psychological distress: A study of adult male prisoners. *Personality and Individual Differences*. 2006; 41: 561- 73.
166. Buddeberg C, Sieber M, Wolf C, Landolt-Ritter C, Richter D, Steiner R. Are coping strategies related to disease outcome in early breast cancer?. *Journal of Psychosomatic Research*. 1996; 40 (3):255-64.
167. Schnoll R, Harlow LL, Brandt U, Stolbach LL. Using two factor structure of the Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale for assessing adaptation to breast cancer. *Psychooncology*. 1998;7 (5):424-35.
168. Petticrew M, Bell R, Hunter D. Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: Systematic review. *British Medical Journal*. 2002; 325.

169. Hack TF, Degner LF. Coping response following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment three years later. *Psycho-Oncology*. 2004; 13: 235- 47.

170. Andrews RM, Browne AL, Drummond PD, Wood FM. The impact of personality and coping on the development depressive symptoms in adult burns survivors. *Burns*. 2009.

171. Galán Rodríguez A, Blanco Picabia A, Pérez- Sangregorio A. Illness behavior, coping and health- related quality of life. *European Psychologist*. 2002; 7 (2):125-33.

172. Vollrath M, Torgersen S. Personality types and coping. *Personality and Individual Differences*. 2000; 29: 367-78.

173. Vollrath M, Torgersen S, Alnaes R. Personality as long-term predictor of coping. *Personality and Individual Differences*. 1995; 18 (1): 117-25.

174. Desmond DM. Coping, affective distress and psychosocial adjustment among people with traumatic upper limb amputations. *Journal of Psychosomatic Research*. 2007; 62: 15-21.

175. Rowland JH. Interpersonal resources: Social support. In: Holland JC, Rowland JH, editors. *Handbook of Psychooncology. Psychological Care of the Patient with Cancer*. 1^a ed. New York.: Oxford University Press.; 1990. p. 58-71.

176. Folkman S, Tedlie J. Possitive affect and the other side of coping. *American Psychologist*. 2000; 55 (6): 647-54.

177. Gannon K, Glover L, O'Neill M, Emberton M. Men and chronic illness: A qualitative study of LUTS. *Journal of Health Psychology*. 2004; 9:411.

BIBLIOGRAFÍA

178. Bray F, Atkin W. International cancer pattern in men: Geographical and temporal variations in cancer risk and the role of gender. *JMHG*. 2004; 1 (1):38-46.

179. Greimel ER, Padilla GV, Grant M. Gender differences in outcomes among patients with cancer. *Psycho- Oncology*. 1998; 7: 197-206.

180. Evans R, Brotherstone H, Miles A, Wardle J. Gender differences in early detection of cancer. *JMHG*. 2005; 2 (2):209-17.

181. Banks I. New models for providing men with health care. *JMHG*. 2004; 1 (2-3):155-8.

182. Friedemann- Sánchez G, Griffin JM, Partin MR. Gender differences in colorectal cancer screening barriers and information needs. *Health Expectations*. 2007; 10: 148-60.

183. Matud MP, Guerrero K, Matías RG. Relevancia de las Variables Sociodemográficas en las Diferencias de Género en Depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2006; 6 (1): 7-21.

184. Druss B, Hwang I, Petukhova M, Sampson N, Wang P, Kessler R. Impairment in role functioning in mental and chronic medical disorders in the United States: Results from the national comorbidity survey replication. *Molecular Psychiatry*. 2009; 14 (7): 728-37.

185. Caro I, Ibañez E. La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión: Su Utilidad Práctica en Psicología de la Salud. *Boletín de Psicología*. 1992; 36: 43- 69.

186. Friedman S, Samuelian JC, Lancrenon S, Even C, Chiarelli P. Three- dimensional structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a large French primary care population suffering from major depression. *Psychiatry Research*. 2001; 104: 247-57.

187. Woolrich RA, Kennedy P, Tasiemski T. A preliminary psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in 963 people living with a spinal cord injury. *Psychology, Health and Medicine*. 2006; 11 (1): 80-90.

188. McCue P, Martin CR, Buchanan T, Rodgers J, Scholey AB. An investigation into the psychometric properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale in individuals with chronic fatigue syndrome. *Psychology, Health and Medicine*. 2003;4:425-39.

189. Poole NA, Morgan JF. Validity and reliability of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a hypertrophic cardiomyopathy clinic: The HADS in a cardiomyopathy population. *General Hospital Psychiatry*. 2006;28:55-8.

190. Barth J, Martin CR. Factor structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in German coronary heart disease patients. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2005;3(1):15-24.

191. Bjelland I, Dahl AA, Tangen Haug T, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*. 2002; 52: 69- 77.

192. Crawford JR, Henry JD, Crombie C, Taylor EP. Normative data for the HADS from a large non- clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*. 2001; 40: 429-34.

193. Mykletun A, Stordal E, Dahl AA. Hospital Anxiety and Depression (HAD) Scale: Factor structure, item analyses and internal consistency in a large population. *British Journal of Psychiatry*. 2001; 179: 540- 4.

194. Mystakidou K, Tsilika E, Katsouda E, Galanos A, Vlahos L. The Hospital Anxiety and Depression Scale in Greek cancer patients:

BIBLIOGRAFÍA

Psychometric analyses and applicability. *Support Care Cancer*. 2004; 12: 821- 5.

195. Costantini M, Musso M, Viterbori P, Bonci F, Del Mastro L, Garrone O, et al. Detecting psychological distress in cancer patients: Validity of the italian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Support Care Cancer*. 1999;7:121-7.

196. Walker J, Postma K, McHugh GS, Rush R, Coyle B, Strong V, et al. Performance of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a screening tool for major depressive disorder in cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*. 2007; 63: 83- 91.

197. Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, de Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry*. 2003; 25: 277-83.

198. Herrmann C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale- A review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*. 1997; 42 (1): 17-41.

199. Marinus J, Leentjens AFG, Visser M, Stiggelbout AM, van Hilten JJ. Evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with Parkinson´s disease. *Clinical Neuropharmacology*. 2002; 25 (6): 318-24.

200. Martin CR, Thompson DR, Chan DS. An examination of the psychometric properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Chinese patients with acute coronary syndrome. *Psychiatry Research*. 2004; 129: 279- 88.

201. Pallant JF, Bailey CM. Assessment of the structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale in musculoskeletal patients. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2005; 3 (1): 82- 91.

202. Hammerlid E, Bjordal K, Ahlner-Elmqvist M, Jannert M, Kaasa S, Sullivan M, et al. Prospective, longitudinal quality-of-life study of patients with head and neck cancer: A feasibility study including the EORTC QLQ-C30. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1997 Jun;116(6 Pt 1):666-73.

203. Quintana JM, Padierna A, Esteban C, Arostegui I, Bilbao A, Ruiz I. Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2003; 107: 216- 21.

204. Dunbar M, Ford G, Hunt K, Der G. A confirmatory factor analysis of the Hospital Anxiety and Depression Scale: Comparing empirically and theoretically derived structures. *British Journal of Clinical Psychology.* 2000; 39: 79- 94.

205. Chivite Lasheras S, Martínez Moneo E, Pérez Fernández de Landa, E., Peralta Martín V. HADS: Estudio de criterios de validez interna y externa en una muestra española de pacientes hospitalizados. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace.* 2007/2008; 84/85: 9-17.

206. Andersson G, Kaldo- Sandström V, Ström L, Strömgren T. Internet administration of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a sample of tinnitus patients. *Journal of Psychosomatic Research.* 2003; 55: 259-62.

207. Johnston M, Pollard B, Hennessey P. Construct validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale with clinical populations. *Journal of Psychosomatic Research.* 2000; 48: 579-84.

208. Karimova GK, Martin CR. A psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale during pregnancy. *Psychology, Health and Medicine.* 2003; 8 (1): 89-103.

BIBLIOGRAFÍA

209. Caci H, Baylé F, Mattei V, Dossios C, Robert P, Boyer P. How does the Hospital Anxiety and Depression Scale measure anxiety and depression in healthy subjects?. *Psychiatry Research*. 2003; 118: 89- 99.
210. Baguena MJ, Villarroya E, Beleña A, Díaz A, Roldán C, Reig R. Propiedades Psicométricas de la Versión Española de la Escala Revisada de Impacto del Estresor (EIE-R). *Análisis y Modificación de Conducta*. 2001; 27: 581- 604.
211. Beck JG, Grant DM, Read JP, Clapp JD, Coffey SF, Miller LM, et al. The Impact of Event Scale- Revised: Psychometric properties in a sample of motor vehicle accident survivors. *Journal of Anxiety Disorder*. 2008; 22 (2): 187-98.
212. Joseph S. Psychometric evaluation of Horowitz's Impact of Event Scale: A review. *Journal of Traumatic Stress*. 2000; 13 (1):101-13.
213. Rash CJ, Coffey SF, Baschnagel JS, Drobos DJ, Saladin ME. Psychometric properties of the IES-R in traumatized substance dependent individuals with and without PTSD. *Addict Behav*. 2008; 33 (8): 1039-47.
214. Sundin EC, Horowitz MJ. Impact of Event Scale: Psychometric properties. *British Journal of Psychiatry*. 2002; 100: 2005- 9.
215. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Galanos A, Vlahos L. Psychometric properties of the Impact of Event Scale in Greek cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2007; 33 (4): 454-61.
216. Thewes B, Meiser B, Hickie IB. Psychometric properties of the Impact of Event Scale amongst women at increased risk for hereditary breast cancer. *Psycho-oncology*. 2001;10:459-68.

217. Portillo M, Martín MJ, Alberto M. Adherencia al Tratamiento del Duelo Patológico. *Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*. 2002;62/63:13-8.

218. García- Portilla MP, Saiz P, Paredes B, Martínez S, Bobes J. Personalidad y Uso- Abuso de Éxtasis (MDMA). *Adicciones*. 2003;15 supl.2:199-205.

219. Saiz P, González MP, Paredes B, Martínez S, Delgado JM. Personalidad y Uso- Abuso de Cocaína. *Adicciones*. 2001;13 sup 2.

220. Antuña- Bernardo S, García- Vega E, González Menéndez A, Secades Villa R, Errasti Pérez J, Curto Iglesias JR. Perfil Psicológico y Calidad de Vida Pacientes con Enfermedades Dermatológicas. *Psicothema*. 2000;12(2):30-4.

221. Buéla- Casal G, Santos- Roig M, Carretero- Dias H, Cachinero J. Análisis de la Interrelación entre Alergia y Variables Psicológicas. *Salud Mental*. 2002;2(5):23-8.

222. Ruiz MA, Garde S, Ascunce N, Moral A. Intervención Psicológica en Pacientes con Cáncer de Mama. *ANALES Sistema Sanitario de Navarra*. 1988; 21 sup.3:119-24.

223. Grassi L, Buda P, Cavana L, Annunziata MA, Torta R, Varetto A. Styles of coping with cancer: The Italian version of the Mini- Mental Adjustment to Cancer (Mini-Mac) Scale. *Psycho- Oncology*. 2005; 14: 115- 24.

224. Bredal IS. The Norwegian version of the Mini- Mental Adjustment to Cancer Scale: Factor structure and psychometric properties. *Psycho- Oncology*. 2009.

BIBLIOGRAFÍA

225. Anagnostopoulos F, Kolokotroni P, Spanea E, Chrysoschoou M. The Mini- Mental Adjustment to Cancer (Mini- MAC) Scale: Construct validation with a Greek sample of breast cancer patients. *Psycho-Oncology*. 2006;15:79-89.
226. Cordova MJ, Andrykowski MA, Kennady DE, McGrath PC, Sloan DA, Redd WH. Frequency and correlates of posttraumatic stress disorder like symptoms after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1995;63(6):981-6.
227. Cordova MJ, Studts JL, Hann DM, Jacobsen PB, Andrykowski MA. Symptom structure of PTSD following breast cancer. *Journal of Traumatic Stress*. 2000;13(2):301-19.
228. Andrykowski MA, Cordova MJ. Factors associated with PTSD symptoms following treatment for breast cancer: Test of the Andersen Model. *Journal of Traumatic Stress*. 1998; 11 (2): 189-203.
229. Jacobsen PB, Widows MR, Hann DM, Andrykowski MA, Kronish LE, Fields KK. Posttraumatic stress disorder after bone marrow transplantation for breast cancer. *Psychosomatic Medicine*. 1998; 60 (3): 366-71.
230. Carlier IV, Gersons BP. Partial posttraumatic stress disorder (PTSD): The issue of psychological scars and the occurrence of PTSD symptoms. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1995; 183 (2): 107-9.

9.- ANEXOS

ANEXO I

HOJA DE INFORMACIÓN

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS DE LA PERSONA LARINGUECTOMIZADA.

A efecto de cumplir con el deber de informar suficientemente sobre los objetivos y características de todo estudio, como requisito previo a solicitar su colaboración voluntaria en el mismo, se presentan a continuación los objetivos y características del proyecto arriba referido:

1.- OBJETIVOS

a.- Determinar el impacto percibido de la enfermedad y sus tratamientos en la valoración que realiza el paciente laringuectomizado de su estado de salud y calidad de vida.

b.- Identificar los momentos del proceso de recuperación de la laringuectomía radical que hacen que los sujetos presenten una mayor tendencia a padecer una alteración emocional.

c.- Describir las características e incidencia de la sintomatología ansioso- depresiva y/o postraumática, que padecen los sujetos laringuectomizados durante el proceso de recuperación de la cirugía radical.

d.- Analizar la estructura de personalidad propia de los grupos de estudio y su influencia en el desarrollo de la sintomatología psicopatológica que pueda detectarse en los sujetos laringuectomizados.

e.- Valorar el perfil de afrontamiento propio de los sujetos que enfrentan el proceso de recuperación de la cirugía radical y su eficacia en la prevención de las alteraciones depresivas, ansiosas y postraumáticas que pudiesen aparecer.

f.- Determinar la relación que se establece entre las dimensiones de personalidad estudiadas y las estrategias de afrontamiento en la adaptación al proceso de recuperación de la laringuectomía radical.

g.- Analizar la capacidad predictiva de las dimensiones de personalidad y del perfil de afrontamiento característico de los sujetos laringuectomizados sobre la incidencia de sintomatología psicopatológica.

2.- METODOLOGÍA

Una vez obtenidos los cuestionarios completados por suficientes pacientes. Se analizarán las respuestas dadas y se compararan con las dadas por personas que no han vivido las experiencias que se derivan de la enfermedad que usted padece

o ha padecido. De este modo, obtendremos los datos necesarios para fomentar el apoyo psicológico que precisan durante todo el proceso.

3.- INCOMODIDADES Y /O RIESGOS DERIVADOS DEL ESTUDIO

No se observan ni riesgos ni incomodidades psicológicas, tampoco ninguna consecuencia adversa.

4.- IMPORTANCIA DE SU COLABORACIÓN

Padecer un cáncer, independientemente del pronóstico o la evolución que siempre es incierta, es una experiencia muy traumática e impactante para todos los pacientes afectados. Son muchas las personas que llegada esta situación, no tienen recursos personales ni sociales para afrontarlo. El sufrimiento psicológico que esto conlleva, en muchas ocasiones interfiere con la adecuada evolución de esta enfermedad complicando su pronóstico.

Por este motivo, y de cara a lograr diseñar intervenciones que nos permita apoyarles de una forma sistemática y ajustada a sus necesidades, es imprescindible contar con su colaboración, puesto que necesitamos una referencia sobre la que valorar las respuestas de otros pacientes.

Quedaríamos, por tanto, muy agradecidos si ud. accediese a colaborar con estos objetivos. La participación es anónima y para asegurar la confidencialidad de sus respuestas, por favor cierre este sobre al terminar. La participación es, por supuesto, voluntaria.

ANEXOS

Y para que conste por escrito a efectos de información a quienes se les solicita su participación voluntaria en el proyecto antes mencionado, se ha formulado y se entrega la presente hoja informativa.

En Sevilla, a 15 de Mayo del 2004

Fdo. Nuria Blanco Piñero
Investigadora del Proyecto

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado sobre el proyecto de investigación "Implicaciones Psicológicas de la Persona Laringectomizada"

He sido informado y he podido y he podido hacer preguntas sobre el mismo y la implicación de mi participación.

He hablado con el equipo investigador y comprendo que mi participación es voluntaria y anónima. Entiendo igualmente que puedo retirarme del estudio: cuando quiera; sin tener que dar explicaciones y exponer mis motivos; sin que por ello repercuta en manera alguna en mi asistencia médica.

Por lo cual, PRESTO MI CONSENTIMIENTO para participar en el proyecto antes citado.

En Sevilla, a.....

Fdo.

Fdo. (Paciente)

(Responsable de la evaluación)

ANEXO II

HADS

A continuación marque la opción que mejor le identifique en cada una de las afirmaciones que se le presentan.

1.- Me siento tenso o nervioso:

- Todos los días.....
- Muchas veces.....
- A veces.....
- Nunca.....

2.- Todavía disfruto con lo que antes me gustaba:

- Como siempre.....
- No lo bastante.....
- Sólo un poco.....
- Nada.....

3.- Tengo la sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder:

- Definitivamente y es muy fuerte.....
- Sí, pero no es muy fuerte.....
- Un poco, pero no me preocupa.....
- Nada.....

4.- Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas:

- Igual que lo hice siempre.....
- No tanto ahora.....
- Casi nunca.....
- Nunca.....

5.-Tengo mi mente llena de preocupaciones:

- La mayoría de las veces.....
- Con bastante frecuencia.....
- A veces, aunque no muy a menudo.....
- Sólo en ocasiones.....

6.- Me siento alegre:

- Nunca.....
- No muy a menudo.....
- A veces.....
- Casi siempre.....

7.- Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado:

- Siempre.....
- Por lo general.....
- No muy a menudo.....
- Nunca.....

8.- Me siento como si cada día estuviera más lento:

- Por lo general en todo momento.....
- Muy a menudo.....
- A veces.....
- Nunca.....

9.-Tengo una sensación extraña, como de “aleteo” en el estómago:

- Nunca.....
- En ciertas ocasiones.....
- Con bastante frecuencia.....
- Muy a menudo.....

10.-He perdido mi interés en mi aspecto personal:

- Totalmente.....
- No me preocupa tanto como debiera.....
- Podría tener un poco más de cuidado.....
- Me preocupa igual que siempre.....

11.- Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme:

- Mucho.....
- Bastante.....
- No mucho.....
- Nada.....

12.- Me siento optimista respecto al futuro:

- Igual que siempre.....
- Menos de lo que acostumbraba.....
- Mucho menos de lo que acostumbraba.....
- Nada.....

13.- Me asaltan sentimientos repentinos de pánico:

- Muy frecuentemente.....
- Bastante a menudo.....
- No muy a menudo.....
- Nada.....

14.- Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión:

- A menudo.....
- A veces.....
- No muy a menudo.....
- Rara vez.....

ANEXO III

IES-R

A continuación se presenta una lista de comentarios hechos por algunas personas después de haber vivido algún suceso estresante. **Piense ud. en su enfermedad** e indique la frecuencia con que ha experimentado **durante la última semana** lo descrito en los siguientes comentarios. En el caso de que no los haya experimentado durante ese período, por favor ponga una cruz en la columna nunca.

0 Nunca	1 Rara vez	2 A veces	3 A menudo
------------	---------------	--------------	---------------

1. Cualquier recuerdo de todo lo que he vivido desde la enfermedad, me ha hecho volver a sentir lo que sentí entonces	0	1	2	3
2. He tenido problemas para mantener el sueño	0	1	2	3
3. Otras cosas me han hecho pensar en lo sucedido	0	1	2	3
4. Me he sentido irritable y enojado/a	0	1	2	3
5. He procurado no alterarme cuando pensaba en todo lo ocurrido desde la enfermedad.	0	1	2	3
6. He pensado en todo lo que he vivido desde la enfermedad, aun cuando no quería	0	1	2	3
7. He sentido como si todo lo que he vivido desde la enfermedad no hubiese sucedido nunca o no fuese real	0	1	2	3
8. Me he mantenido alejado/a de cualquier cosa que me recordara todo lo que he vivido desde la enfermedad	0	1	2	3
9. Han acudido a mi mente imágenes de todo lo que he vivido desde la enfermedad	0	1	2	3
10. Me he sobresaltado y asustado con facilidad	0	1	2	3
11. He intentado no pensar en ello	0	1	2	3
12. Aunque soy consciente de todo lo que he vivido desde la enfermedad, todavía provoca en mi muchos	0	1	2	3

sentimientos, he sido incapaz de hacerles frente				
13. Mis sentimientos sobre todo lo que he vivido desde la enfermedad, estaban como adormecidos	0	1	2	3
14. Me he comportado y sentido como si de nuevo estuviera reviviendo todo lo que he vivido desde la enfermedad	0	1	2	3
15. He tenido problemas para quedarme dormido	0	1	2	3
16. Me invadían oleadas de fuertes sentimientos sobre todo lo que he vivido desde la enfermedad	0	1	2	3
17. He intentado apartarlo de mi memoria	0	1	2	3
18. He tenido problemas para concentrarme	0	1	2	3
19. Cosas que me recordaban todo lo que he vivido desde la enfermedad, me han provocado reacciones físicas como sudoración, problemas de respiración, náuseas o palpitaciones	0	1	2	3
20. He soñado con todo lo que he vivido desde la enfermedad	0	1	2	3
21. Me he sentido en constante alerta y en guardia	0	1	2	3
22. He intentado no hablar de todo lo que he vivido desde la enfermedad	0	1	2	3

ANEXO IV

EPQ-A

Por favor, conteste a cada una de las cuestiones que a continuación se le presenten. En esta prueba no hay respuestas correctas ni incorrectas, por lo que le rogamos conteste con sinceridad.

1. Tiene usted muchos hobbies, muchas aficiones	SI	NO
2. Le preocuparía tener deudas	SI	NO
3. Tiene a menudo altibajos de su estado de ánimo	SI	NO
4. Ha sido alguna vez acaparador, cogiendo más de lo que le correspondía	SI	NO
5. Es usted una persona conversadora	SI	NO
6. Lo pasaría muy mal si viese sufrir a un niño o a un animal	SI	NO
7. Se siente alguna vez desgraciado sin ninguna razón	SI	NO
8. Es usted de los que cierra cuidadosamente la puerta de su casa todas las noches	SI	NO
9. Tomaría usted drogas o medicamentos que pudieran tener efectos desconocidos o peligrosos	SI	NO
10. Se preocupa usted a menudo por cosas que no debería haber hecho o dicho	SI	NO
11. Ha quitado usted algo que no le pertenecía, aunque no fuese más que un alfiler, un botón	SI	NO
12. Es usted una persona animada, alegre	SI	NO
13. Le gusta conocer a gente nueva, hacer amistades	SI	NO
14. Es usted una persona irritable	SI	NO
15. Cuando promete hacer algo cumple su promesa a pesar de los muchos inconvenientes que se puedan presentar?	SI	NO
16. Normalmente puede relajarse y disfrutar en una reunión social animada?	SI	NO
17. Se hieren sus sentimientos con facilidad	SI	NO
18. Ha roto o perdido usted algo que pertenecía a otra persona	SI	NO
19. Tiende usted a mantenerse en segundo plano en las reuniones sociales	SI	NO

20. Disfruta usted hiriendo o mortificando a personas que ama o quiere	SI	NO
21. Se siente a menudo harto, hasta la coronilla	SI	NO
22. Habla a veces de cosas de las que usted no sabe nada	SI	NO
23. Le gusta mucho salir	SI	NO
24. Está usted siempre dispuesto a admitir un error cuando lo ha cometido	SI	NO
25. Le asaltan a menudo sentimientos de culpa	SI	NO
26. Piensa usted que el matrimonio está pasado de moda y debería suprimirse	SI	NO
27. Tiene usted enemigos que quieren hacerle daño	SI	NO
28. Se considera usted una persona nerviosa	SI	NO
29. Cree que los sistemas de seguros son una buena idea	SI	NO
30. Prefiere usted leer a conocer gente	SI	NO
31. Disfruta usted gastando bromas que a veces pueden herir o molestar a otras personas	SI	NO
32. Se considera usted una persona despreocupada, feliz	SI	NO
33. Ha dicho usted alguna vez algo malo o malintencionado acerca de alguien	SI	NO
34. Tiene usted muchos amigos	SI	NO
35. Se interesa por el porvenir de su familia	SI	NO
36. Es usted una persona preocupadiza	SI	NO
37. Cuando era niño fué alguna vez descarado con sus padres?	SI	NO
38. Toma usted, generalmente, la iniciativa para hacer nuevos amigos	SI	NO
39. Sufre usted de insomnio	SI	NO
40. Se preocupa usted acerca de cosas terribles que puedan suceder	SI	NO
41. Son buenas y convenientes todas sus costumbres	SI	NO
42. Es usted de los que a veces fanfarronean un poco	SI	NO
43. Le gusta alternar con sus amistades	SI	NO
44. Se considera usted tenso, irritable, de poco aguante	SI	NO
45. Ha hecho alguna vez trampas en el juego	SI	NO
46. Si se encuentra a un niño perdido entre una muchedumbre de gente se compadecería de él?	SI	NO
47. Se preocupa usted acerca de su salud	SI	NO
48. Se ha aprovechado alguna vez de otra persona	SI	NO

ANEXOS

49. Permanece generalmente callado cuando está con otras personas	SI	NO
50. Le molesta la gente que conduce con cuidado	SI	NO
51. Duda mucho antes de tomar cualquier decisión , por pequeña que sea	SI	NO
52. Cuando era niño hacía lo que le mandaban inmediatamente y sin protestar?	SI	NO
53. Le resulta fácil animar una reunión social que está resultando aburrida	SI	NO
54. Para usted tienen la mayoría de las cosas el mismo sabor	SI	NO
55. Se ha sentido a menudo desanimado, cansado, sin ninguna razón	SI	NO
56. Piensa que la gente pasa demasiado tiempo preocupándose por su futuro con ahorros y seguros	SI	NO
57. Le gusta contar chistes y anécdotas a sus amigos	SI	NO
58. Le gusta llegar a tiempo a sus citas	SI	NO
59. Siente a menudo que la vida es muy aburrida	SI	NO
60. Dejaría de pagar sus impuestos si estuviera seguro de que nunca le descubrirían	SI	NO
61. Le gusta mezclarse con la gente	SI	NO
62. Hay personas que evitan encontrarse con usted	SI	NO
63. Le preocupa mucho su apariencia externa	SI	NO
64. Le importan mucho los buenos modales y la limpieza	SI	NO
65. Es o fue su madre una buena mujer	SI	NO
66. Ha deseado alguna vez morirse	SI	NO
67. Ha insistido alguna vez en salirse con la suya	SI	NO
68. Tiene usted casi siempre una respuesta rápida, a mano, cuando la gente le habla	SI	NO
69. Trata usted de no ser grosero, maleducado, con la gente	SI	NO
70. Se queda preocupado demasiado tiempo después de una experiencia embarazosa, molesta	SI	NO
71. Ha llegado usted alguna vez tarde a una cita o al trabajo	SI	NO
72. Le gusta hacer cosas en las que tenga que actuar con rapidez	SI	NO
73. Cuando usted tiene que coger el tren llega a menudo en el último momento?	SI	NO
74. Sufre usted de los nervios	SI	NO
75. Se lava siempre las manos antes de las comidas	SI	NO

76. Comienza a menudo actividades que le llevan más tiempo del que realmente dispone	SI	NO
77. Se rompe fácilmente su amistad con otras personas sin que usted tenga la culpa	SI	NO
78. Se siente a menudo solo	SI	NO
79. Deja usted a veces para mañana lo que puede hacer hoy	SI	NO
80. Es capaz de animar, de poner en marcha una reunión social	SI	NO
81. Le daría pena ver a un animal cogido en una trampa	SI	NO
82. Se siente fácilmente herido cuando la gente le encuentra fallos a usted o a su trabajo	SI	NO
83. Piensa que tener un seguro de enfermedad es una tontería	SI	NO
84. Le gusta hacer rabiar algunas veces a los animales	SI	NO
85. Se encuentra usted algunas veces rebosante de energía y otras lento y apagado	SI	NO
86. Practica usted siempre lo que predica	SI	NO
87. Le gusta que halla mucha animación, bullicio a su alrededor	SI	NO
88. Le gustaría que otras personas le tuvieran miedo	SI	NO
89. Es usted susceptible o se molesta fácilmente con algunas cosas	SI	NO
90. Respetaría siempre su lugar en una cola a pesar de todo	SI	NO
91. Piensan otras personas que usted es muy enérgico y animado	SI	NO
92. Prefiere normalmente salir solo	SI	NO
93. Le hace perder el apetito cualquier contrariedad, por pequeña que ésta sea	SI	NO
94. Considera que podría portarse mejor con alguno de sus amigos	SI	NO

ANEXO V

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**, si la frase no tiene **NADA** que ver con ud.

*Número **2**, si la frase sólo tiene **ALGO** que ver con ud.

*Número **3**, si la frase tiene **BASTANTE** que ver con ud.

*Número **4**, si la frase tiene **MUCHO** que ver con ud.

1.-Vivo mi vida día a día	1	2	3	4
2.- Me tomo ni enfermedad como un reto	1	2	3	4
3.- Me he puesto en manos de Dios	1	2	3	4
4.- Me he dado por vencido	1	2	3	4
5.- Siento mucha rabia por lo que me ha sucedido	1	2	3	4
6.- Me siento completamente perdido cuando intento pensar que puedo hacer	1	2	3	4
7.- Es un sentimiento devastador	1	2	3	4
8.- Valoro lo que tengo	1	2	3	4
9.- Me preocupa que la enfermedad vuelva a aparecer o que empeore	1	2	3	4
10.- Intento luchar contra la enfermedad	1	2	3	4
11.- Intento distraerme cuando me vienen a la cabeza pensamientos sobre mi enfermedad	1	2	3	4
12.- No puedo manejar esta situación	1	2	3	4
13.- Me siento aprensivo (preocupado)	1	2	3	4
14.- No tengo muchas esperanzas puestas en el futuro	1	2	3	4
15.- Siento que no hay nada que yo pueda hacer para	1	2	3	4

ayudarme a mi mismo				
16.- Creo que esto es el fin del mundo	1	2	3	4
17.- No pensar en mi enfermedad me ayuda a hacerle frente	1	2	3	4
18.- Me siento muy optimista	1	2	3	4
19.- He tenido una buena vida, lo que viva a partir de ahora es un regalo	1	2	3	4
20.- Siento que no hay esperanza en mi vida	1	2	3	4
21.- No puedo afrontar esta situación	1	2	3	4
22.- Pensar en mi enfermedad me altera	1	2	3	4
23.- Estoy decidido a vencer esta enfermedad	1	2	3	4
24.- Desde que me han diagnosticado mi enfermedad, me doy cuenta de lo valiosa que es la vida y estoy sacándole el máximo partido	1	2	3	4
25.- Me cuesta creer que esto me haya sucedido a mi	1	2	3	4
26.- Me esfuerzo mucho en no pensar en mi enfermedad	1	2	3	4
27.- Deliberadamente me quito de la cabeza cualquier pensamiento sobre mi enfermedad	1	2	3	4
28.- Me encuentro muy nervioso por mi enfermedad	1	2	3	4
29.- Estoy un poco asustado	1	2	3	4

