

Sentido de la enfermedad y afrontamiento en pacientes con cáncer de cabeza y cuello

María Longares Segarra^{1*}; María Ángeles Beleña Mateo²

Recibido: 21 de septiembre de 2021 / Aceptado: 1 de febrero de 2022

Resumen: El cáncer entraña la necesidad de llevar a cabo una movilización de los recursos físicos, instrumentales y psicológicos para lograr una adaptación óptima de la persona enferma a su nueva situación. Asimismo, el sufrimiento derivado de la enfermedad lleva a los pacientes a plantearse el sentido de la misma y genera cambios en distintas áreas de la vida. Objetivo: explorar el sentido que la enfermedad posee para los pacientes con cáncer de cabeza y cuello (en adelante CCC) y los cambios derivados de ésta, en relación con las relaciones interpersonales y prioridades vitales de éstos. En segundo lugar, explorar la relación del afrontamiento del cáncer en función del sentido dado a la enfermedad. Método: la muestra está constituida por 114 pacientes diagnosticados de CCC. Se utilizaron los siguientes instrumentos de evaluación: cuestionario de datos sociodemográficos elaborado ad hoc y *Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale* (Mini-MAC). Resultados: los pacientes que han dado un sentido negativo a la enfermedad se caracterizan por una mayor evitación cognitiva. Aquellos que han experimentado cambios positivos en sus relaciones personales se caracterizan por afrontar la enfermedad con mayor *espíritu de lucha*, y los que han vivenciado cambios en sentido negativo afrontan su enfermedad con mayor *desamparo/desesperanza*. Los pacientes que se dan prioridad a sí mismos obtienen una puntuación más elevada en *fatalismo* ($U = 124,0$), con respecto a los que tienen como prioridad su familia y los demás. Conclusión: se ha hallado una relación entre el sentido positivo y los cambios positivos en las relaciones personales con un afrontamiento más adaptativo de la enfermedad. Y un afrontamiento menos adaptativo para quienes tienen como meta sus propias personas, en lugar de la familia o los demás.

Palabras clave: Cáncer de cabeza y cuello, afrontamiento del cáncer, sentido de la enfermedad, prioridades vitales, cambios, relaciones interpersonales.

[en] Sense of the disease and coping in patients with head and neck cancer

Abstract: Cancer implies the need to carry out a mobilization of physical, instrumental and psychological resources to achieve an optimal adaptation of the sick person to their new situation. Likewise, the suffering derived from the disease leads patients to consider the meaning of it and generates changes in different areas of life. Objective: to explore the meaning that the disease has for patients with head and neck cancer (hereinafter CCC) and the changes derived from it, in relation to their interpersonal relationships and vital priorities. Second, to explore the relationship between coping with cancer in terms of the meaning given to the disease. Method: the sample is made up of 114 patients

1 María Longares Segarra. Universidad Internacional de Valencia-VIU. Valencia.

E-mail: maria.longares@campusviu.es

2 María Ángeles Beleña Mateo. Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia. Valencia

E-mail: Mangeles.Belena@uv.es

* Dirección de correspondencia: María Longares Segarra Universidad Internacional de Valencia-VIU. Calle Pintor Sorolla, 21. 46002. Valencia. E-mail: maria.longares@campusviu.es

diagnosed with CCC. The following assessment instruments were used: ad hoc sociodemographic data questionnaire and Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale (Mini-MAC). Results: patients who have given a negative sense to the disease are characterized by greater cognitive avoidance. Those who have experienced positive changes in their personal relationships are characterized by facing the disease with a greater fighting spirit, and those who have experienced negative changes face their disease with greater helplessness/hopelessness. Patients who prioritize themselves obtain a higher score in fatalism ($U = 124.0$), compared to those who prioritize their family and others. Conclusion: a relationship has been found between the positive sense and positive changes in personal relationships with a more adaptive coping with the disease. And less adaptive coping for those who target their own people, rather than family or others.

Keywords: Head and neck cancer, coping, resilience.

Sumario: 1. Introducción 2. Método 2.1. Diseño 2.2. Participantes 2.3. Instrumentos 2.4. Procedimiento 2.5. Análisis de datos 3. Resultados 4. Discusión y conclusiones 5. Referencias bibliográficas.

Cómo citar: Longares Segarra M, Beleña Mateo M.A. Sentido de la enfermedad y afrontamiento en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. *Psicooncología* 2022; 19: 11-26. <https://dx.doi.org/10.5209/psic.80795>

1. Introducción

Actualmente, el cáncer supone un reto en el ámbito médico, tanto a nivel de investigación como de su tratamiento. Es necesario destacar la complejidad del cáncer, ya que no se trata de una enfermedad única sino de un conjunto de patologías que pueden extenderse a cualquier parte del organismo, por lo que se pone en juego la vida del que lo padece. Esta compleja realidad afecta profundamente al enfermo, tanto a nivel fisiológico como psicológico. Además, conlleva la necesidad de movilizar todos los recursos físicos, instrumentales y psicológicos para lograr una óptima adaptación de la persona enferma a la nueva y difícil situación a la que se enfrenta, siendo muy importante el modo de afrontamiento que ésta adopta. A esto se añade la cuestión del sentido de la enfermedad. El ser humano busca explicaciones ante las situaciones que afectan seriamente a su vida, especialmente, cuando suponen una amenaza para la supervivencia. En relación con esta cuestión, es necesario citar la obra “La voluntad de sentido” de Viktor Frankl (2008)⁽¹⁾, uno de los pensadores del siglo XX que ha tratado con gran amplitud y profundidad sobre el tema del sentido de la vida que, como él afirmó, es el interés principal del ser humano y éste se halla en total relación con el sentido del sufrimiento. Además, algunos autores como Alonso y Bastos (2011)⁽²⁾ y Van der Spek et al. (2013)⁽³⁾ hallaron que los pacientes oncológicos experimentan cambios positivos, a raíz de la enfermedad, en áreas de su vida como son las relaciones interpersonales. Asimismo, Rodríguez (2006)⁽⁴⁾ encontró que los pacientes oncológicos, frecuentemente, reordenan sus prioridades vitales, a raíz de la enfermedad.

Debido a la relevancia que posee la cuestión acerca del sentido y los cambios que se generan a raíz del cáncer en áreas tan esenciales como las relaciones interpersonales y prioridades vitales, así como el afrontamiento de la enfermedad, el objetivo principal de esta investigación ha consistido en la exploración del modo de afrontar el cáncer, el sentido dado a la enfermedad, y los cambios en las relaciones personales y en las prioridades vitales, derivados del cáncer de cabeza y cuello (CCC), en un grupo de pacientes diagnosticados con este tipo de neoplasias. Esta

exploración es importante ya que constituye un elemento de gran relevancia para el abordaje psicoterapéutico de la enfermedad.

Con respecto a la expresión cáncer de cabeza y cuello hace referencia a un grupo de tumores malignos que generalmente comienzan a desarrollarse en los tejidos y órganos de la cabeza y el cuello. Los diferentes cánceres de cabeza y cuello se categorizan según la zona de la cabeza y el cuello en la que comienzan. Las zonas comprometidas en los diferentes tipos de CCC son: labio, cavidad oral, laringe, faringe, senos paranasales y cavidad nasal y glándulas salivares mayores (NCI, 2017)⁽⁵⁾. Una de las características de este tipo de tumores es su heterogeneidad a todos los niveles: histológico, epidemiológico, etiológico, en su pronóstico, en sus formas de presentación clínica y en el enfoque de los tratamientos (Arias, Villafranca, Dueñas y Vera, 2000)⁽⁶⁾. Su aparición se asocia, principalmente, a factores ambientales, siendo los dos más frecuentes, el consumo de tabaco y alcohol. Algunas de las alteraciones que sufren los pacientes con CCC son comunes a otros tipos de cáncer, mientras que otras son específicas del CCC como la desfiguración facial, dificultades en el habla y para ingerir alimentos y líquidos, entre otros.

Por otro lado, como se ha mencionado previamente, la cuestión del sentido es esencial en la vida de toda persona, cobrando un especial interés ante una situación que amenaza la propia existencia, tal como ocurre con el cáncer. Viktor Frankl relacionó estrechamente el sentido de la vida con el del sufrimiento y la muerte. Asimismo, el autor afirmó que el ser humano se caracteriza por esta capacidad única de dar sentido a su vida hasta el último momento, independientemente de las circunstancias exteriores por difíciles que sean, como puede ser una enfermedad terminal. Según Frankl, lo que da valor y mérito al sufrimiento es la capacidad de aceptación con una actitud positiva y de sentido, que deriva de ser consciente de que el sufrimiento favorece el desarrollo de la personalidad, la hace más fuerte, la equilibra y la hace más comprensiva con el dolor de los demás. Tal como afirmó Frankl (2008): “...*allí donde la situación es irreversible, allí se nos exige que cambiemos, es decir, que maduremos, que crezcamos, que nos trascendamos*” (p.231). Asimismo, Cogwell y Anderson (2001)⁽⁷⁾ afirmaron que el efecto psicosocial de una neoplasia es variado y profundo, dependiendo de la personalidad de cada paciente, de sus estrategias de afrontamiento y red de apoyo, entre otros factores. Aun cuando existen diferencias en la respuesta al diagnóstico del cáncer, algunos pacientes encuentran que esta situación difícil es una oportunidad de gran crecimiento personal. Rodríguez (2006)⁽⁴⁾ en su amplia revisión de la literatura realizada sobre el sentido de la vida, del sufrimiento y el significado del cáncer, encontró que esta búsqueda por parte de los pacientes oncológicos se realiza principalmente de tres formas. La primera es la búsqueda de atribuciones casuales y especulaciones sobre las repercusiones de la enfermedad en el organismo y metas futuras. En ocasiones, buscar atribuciones causales al sufrimiento no siempre da sentido a éste ya que, a veces, se asocia con sentimientos de culpabilidad, particularmente cuando estas atribuciones son internas. Un ejemplo de ello es cuando los pacientes consideran que su enfermedad es consecuencia de su conducta, como puede ser el consumo de tabaco. De esto se deduce que el hecho de encontrar sentido a cualquier acontecimiento o enfermedad, no se identifica necesariamente con la atribución causal acerca de éste. La segunda es la aceptación de las pérdidas y demás aspectos asociados al cáncer. Este es un aspecto relevante ya que el proceso de la enfermedad oncológica conlleva pérdidas significativas, y la aceptación de éstas es de gran ayuda para la adaptación de los pacientes a su situación. La tercera es la reordenación de prioridades

vitales, de la que hablaremos más adelante. Además, esta misma autora, en su revisión, encontró diferentes estudios cuyos hallazgos ponen de manifiesto la relación positiva entre el sentido de la vida o de la enfermedad y otras variables como: el bienestar psíquico, experimentar sentimientos positivos, el optimismo, una mayor autoestima, un afrontamiento más positivo de la enfermedad, y menor frecuencia de trastornos afectivos. Esto pone en evidencia que la búsqueda de sentido es un aspecto que debe ser tenido en cuenta en el abordaje multidisciplinar de este tipo de enfermedades que amenazan la vida de los pacientes, como una de las metas del tratamiento. En la línea de la búsqueda de sentido, por parte de pacientes oncológicos, se encuentra el estudio de Alonso y Bastos (2011)⁽²⁾ que hallaron diferentes sentidos otorgados por los pacientes a su enfermedad. Para algunos pacientes era un estímulo para conocer su modo de actuar inconsciente como: el papel propio en la familia, los duelos no elaborados, el carácter (antes, durante y después de la enfermedad), las dependencias con respecto a los demás, entre otros. Para otros, se trataba de una oportunidad, el aprendizaje de un nuevo modo de vivir. Para ciertos pacientes la enfermedad suponía una fortaleza, el desarrollo de una personalidad más fuerte, cosa que coincide con la afirmación de Frankl anteriormente citada.

En estrecha relación con la búsqueda de sentido, se encuentran los cambios en las prioridades vitales, tal como evidencia el estudio llevado a cabo por Van der Spek et al. (2013)⁽³⁾ sobre el significado del cáncer en supervivientes. Estos autores hallaron que, generalmente, los pacientes experimentan un mayor significado tras la enfermedad al menos en alguna de sus formas específicas. En general, los supervivientes hallaron significado en las relaciones íntimas, con las personas cercanas (familia y amigos), y en una mayor toma de conciencia de lo que es importante en la vida, produciéndose un cambio en sus prioridades vitales. En aquellos que experimentaron una pérdida de sentido, éste se halló asociado a las dificultades y limitaciones físicas que impidieron el desarrollo de actividades que anteriormente llevaban a cabo. Ante esta discrepancia, que también se encuentra en la literatura, los autores afirman que puede deberse a que, mientras que las relaciones íntimas son fuente de significado, a nivel social se sienten más excluidos. Es decir, que el mayor significado está ligado a facetas concretas como son las relaciones personales y el cambio en las prioridades vitales, mientras que el sentimiento de vacío se asocia a la pérdida de actividades debido a las limitaciones físicas y al sentimiento de exclusión por parte del entorno social. En esta línea, Rodríguez (2006)⁽⁴⁾ halló que, a raíz de la enfermedad, la persona, frecuentemente, cambia su escala de valores y comienza a diferenciar entre lo principal y lo secundario, dando más importancia a las relaciones familiares o intentando lograr la realización de deseos que ha tenido desde siempre; siente más aprecio por la vida, disfruta más cuando realiza las actividades cotidianas y adquiere una mayor conciencia de sí misma.

En relación con los cambios en las relaciones interpersonales, Rodríguez (2006)⁽⁴⁾ encontró que la intensidad de sus relaciones interpersonales aumenta a raíz de la enfermedad, ya que se les da más importancia. Igualmente, Van der Spek et al. (2013)⁽³⁾ hallaron que, generalmente, los supervivientes encontraron que las relaciones con familiares y amigos, como se ha mencionado anteriormente, es fuente de sentido, a raíz de la enfermedad. Además, Alonso y Bastos (2011)⁽²⁾ encontraron que, para un grupo de pacientes, el cáncer había permitido conocer el afecto de personas cercanas, hecho que supone un mayor acercamiento, es decir, un cambio positivo en la relación con los demás.

Con respecto al afrontamiento del cáncer, los estudios se han centrado en estudiar su relación con la sintomatología psicológica, no abordando la relación con el tema que nos ocupa.

Como conclusión, cabe destacar que los hallazgos de los diferentes estudios apuntan a la relevancia de la búsqueda de sentido de la enfermedad, y al cáncer como una enfermedad que, a pesar del sufrimiento que entraña, genera cambios positivos en áreas relevantes de la vida de todo ser humano, como las relaciones interpersonales y la reordenación de prioridades vitales, dando menos importancia a aspectos materiales como el trabajo, y más a las relaciones con los demás, a la vida en sí y al logro de metas que se han tenido desde siempre.

Con respecto al objetivo del estudio, éste se centra en describir y analizar en profundidad, en un grupo de pacientes con cáncer de cabeza y cuello (CCC), las pautas de covariación que presenta el afrontamiento específico ante la enfermedad y el sentido que ésta posee para los pacientes y los cambios derivados de la misma a nivel de: las relaciones interpersonales, valoración de su propia vida y de la propia persona, y las prioridades y metas vitales,

Se plantean las siguientes hipótesis derivadas del objetivo mencionado:

En primer lugar, se espera que un mayor número de pacientes de cáncer de cabeza y cuello otorguen un significado de atribución negativa a su enfermedad, y que presenten mayormente una afectación negativa en diferentes áreas de la vida personal, a excepción de las relaciones personales.

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

2. Método

2.1. Diseño

Para este estudio se optó por una metodología descriptiva transversal llevando a cabo la evaluación de un grupo de pacientes con CCC (en un único momento temporal), en las variables de afrontamiento del cáncer (espíritu de lucha, preocupación ansiosa, fatalismo, desamparo/desesperanza, evitación cognitiva), en función de las respuestas dadas acerca de las siguientes variables: sentido de la enfermedad, cambios en las prioridades vitales y en las relaciones interpersonales. Esto es, previo al análisis cuantitativo, se llevó a cabo uno cualitativo del siguiente modo. Tras la lectura y análisis de todas las respuestas dadas por los pacientes, a las tres preguntas del cuestionario sobre el sentido de la enfermedad y cambios psicosociales, se crearon una serie de categorías mediante un acuerdo entre jueces por parte de las investigadoras. Esto es, se generaron las alternativas de respuesta para las preguntas sobre el sentido de la enfermedad, el cambio en las relaciones personales y en las prioridades y metas vitales, tras dicho acuerdo. Tras el análisis cualitativo, se llevaron a cabo los análisis cuantitativos.

Concretamente, se llevó a cabo el análisis descriptivo sobre el sentido de la enfermedad y los cambios psicosociales en el grupo de CCC. Tras éste, se halló la diferencia de medias en el Mini-MAC según las respuestas dadas acerca del sentido dado o no al cáncer, de los cambios en las relaciones interpersonales y en las prioridades vitales.

2.2. Participantes

Para conseguir nuestro objetivo, mencionado previamente, se evaluaron a 114 pacientes que acudían al Servicio de Oncología de diversos centros de la Comunidad Valenciana, siendo estos el Hospital Clínico Universitario de Valencia, el Hospital Universitario Doctor Peset y la Asociación Valenciana de Operados de Laringe (A.V.O.L). Los criterios de inclusión de los sujetos para participar en la investigación se muestran a continuación.

Pacientes diagnosticados de carcinoma de cabeza y cuello, según los criterios de la CIE-10.

- Sujetos que se encuentran en cualquier estadio de la enfermedad.
- Sujetos que se encuentran en tratamiento activo o en seguimiento.
- Mayores de edad.

En cuanto a las principales características descriptivas de la muestra: está formada por 114 pacientes con cáncer de cabeza y cuello, de los cuales el 72% son hombres y el 28% mujeres, con una edad media es de 59,78. En cuanto al nivel de estudios, el 8,8% manifiesta haber cursado estudios universitarios superiores, el 4,4% estudios universitarios medios, el 18,4% formación profesional, el 12,3% refiere tener un nivel de estudios de secundaria, el 49,1% cuenta con estudios de primaria y el 7% manifiesta no tener estudios, lo que pone de manifiesto el bajo nivel cultural de gran parte de los participantes. Con respecto al estado civil, el 65,8% de los participantes se encuentran casados o en pareja, el 18,4% divorciados/separados y el 7,9% solteros. Y una parte importante de esta población se encuentra en una situación laboral de inactividad por jubilación, incapacidad principalmente, y otros por estar desempleados, de modo que sólo el 14% está activo laboralmente.

En cuanto a los datos clínicos, se ha recabado información acerca de la fase de tratamiento en la que se encuentra cada paciente en el momento de la entrevista. Asimismo, con un fin descriptivo, se obtuvo información acerca de los tipos de tratamiento recibidos hasta la fecha. A continuación se presentan los resultados obtenidos.

El 90,4% han sido intervenidos quirúrgicamente, el 89,5% ha recibido tratamiento de quimioterapia y el 89,5% ha sido tratado con radioterapia. Estos datos evidencian que los pacientes con CCC en su mayoría, son sometidos a más de un procedimiento médico. El hecho de recibir varios tratamientos conlleva sufrimiento físico y psicológico derivado tanto de los tratamientos como de los efectos secundarios de éstos, lo que supone un proceso de enfermedad altamente estresante.

Con respecto a la fase de tratamiento en la que se encuentran los pacientes de nuestra muestra, el 80,7% reciben tratamiento actualmente (10,5% quimioterapia, 70,2% radioterapia) y el resto (19,3%) realizan visitas de seguimiento médico, con una media de 26,36 meses desde el último tratamiento recibido. Es decir, que la

mayoría de participantes de nuestro estudio se encuentran en una situación de estrés elevado debido a la administración de los tratamientos y sus efectos secundarios.

Tabla 1. Datos sociodemográficos y clínicos

Sexo					
Hombres 72%			Mujeres 28%		
Edad					
59,78 (DT= 11,29) rango 27-83 años					
Estado civil					
Casado/en pareja 65,8%		Separado/divorciado 18,4%		Soltero 7,9%	Viudo 7,9%
Nivel de estudios					
Sin estudios 7%	Primaria 49,1%	Secundaria 12,3%	Formación profesional 18,4%	Universitarios medios 4,4%	Universitarios Superiores 8,8%
Ocupación actual					
Trabajo por cuenta propia 4%	Jubilados 28%	Incapacidad 34%	Desempleado 7%	Contrato indefinido 10%	Otros (labores del hogar) 17%
Tipos de tratamiento					
Cirugía 90,4%		Quimioterapia 89,5%		Radioterapia 89,5%	
Fase de tratamiento					
Recibiendo tratamiento 80,7%		Quimioterapia 10,5%		Visitas de seguimiento 19,3%	
		Radioterapia 70,2%			

2.3. Instrumentos

En esta investigación se exploran las variables mencionadas anteriormente, tales como socio-demográficas, sobre el sentido de la enfermedad, los cambios en las relaciones interpersonales y en las prioridades vitales, y el afrontamiento del cáncer de cabeza y cuello. Para ello, se han utilizado los siguientes instrumentos:

- Datos socio-demográficos. Se elaboró un cuestionario *ad hoc* en el que se recogen los siguientes datos de tipo socio-demográfico: sexo, edad, nivel de estudios, estado civil y ocupación actual.
- Cuestionario sobre el sentido de la enfermedad y cambios psicosociales. Se elaboró un cuestionario *ad hoc* en el que se formulan tres preguntas, de acuerdo con el interés de las investigadoras por dichos cambios psicosociales. Cuando la respuesta de los participantes a cada pregunta era afirmativa, se les formulaba la pregunta “¿Cuál?”, y según las respuestas dadas por cada uno de ellos, éstas se clasificaban en categorías. Esto fue realizado por ambas investigadoras. La fiabilidad hallada mediante la S de Bennett fue de 0,98.
- A continuación, se detallan las preguntas formuladas con las correspondientes categorías, creadas a partir de las respuestas dadas por los pacientes. “¿Piensa que su enfermedad tiene algún sentido o significado? ¿Cuál?”. “crecimiento personal”

y “significado de atribución negativo”; “¿Considera que se ha producido algún cambio en sus relaciones personales, a raíz de la enfermedad? ¿Cuál?”: cambio “positivo” o “negativo”. Por último, “¿Se ha producido algún cambio en sus prioridades y metas de la vida, a raíz de su enfermedad? ¿Cuál?”: “prioridad de la familia y los demás” y “prioridad por uno mismo”.

- *Mini Mental Adjustment to Cancer Scale* (MAC). Fue desarrollada por Watson et al. (1994)⁽⁸⁾ para medir las respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes ante el diagnóstico y el tratamiento del cáncer, en el momento actual. Está formada por 29 ítems. Esta escala junto con su versión anterior, MAC es la más utilizada para evaluar el afrontamiento en cáncer (Soriano, 2002)⁽⁹⁾. La escala está formada por 29 ítems que puntúan en una escala tipo Likert de 5 puntos. Los 29 ítems se hallan agrupados en las siguientes cinco subescalas. Éstos se presentan a continuación con el índice de fiabilidad hallado para nuestra muestra.
- *Espíritu de lucha*: se caracteriza por una actitud optimista y la determinación de luchar durante la enfermedad. La consistencia interna es de $\alpha = 0,56$.
- *Preocupación ansiosa*: caracterizada por sentimientos de abandono y bloqueo tras conocer el diagnóstico, y la adopción de una actitud pesimista. Esta escala muestra una fiabilidad Alpha de Cronbach $\alpha = 0,86$.
- *Desamparo/desesperanza*: preocupación constante por el cáncer y sentimientos de miedo, aprensión, ansiedad y de devastación, de que todo ha acabado. El Alpha de Cronbach es $\alpha = 0,80$.
- *Fatalismo*: hace referencia a la actitud de abandono en manos de Dios y de no anticipación, de aceptación de los acontecimientos tal como se presentan. La consistencia interna es de $\alpha = 0,59$.
- *Negación o evitación cognitiva*: se caracteriza por la distracción con respecto a los pensamientos relativos al cáncer. Esta escala muestra una fiabilidad Alpha de Cronbach $\alpha = 0,72$.

Se trata de un instrumento sencillo de cumplimentar por los pacientes. Fue desarrollada por Watson et al. (1994) para compensar algunas limitaciones, revisar y refinar los cuarenta ítems del MAC y evaluar un componente más (respuestas de afrontamiento evitativo) (Anagnostopoulos et al., 2006)⁽¹⁰⁾. Además, se eliminaron algunos ítems y se modificaron otros (Soriano, 2002). En cuanto a la fiabilidad de las escalas obtenida mediante el α de Cronbach, oscila entre el 0,50 y el 0,88, habiendo obtenido más de 0,80 en tres de sus 5 escalas, por lo que puede afirmarse que ésta es aceptable (Grassi et al., 2005)⁽¹¹⁾.

2.4. Procedimiento

En primer lugar, se expuso el proyecto al comité ético de los hospitales y, tras su aprobación, se inició el estudio.

Los médicos oncólogos fueron los encargados de remitir a la investigadora la muestra de pacientes de cáncer de cabeza y cuello. Para ello, primeramente, informaron a los pacientes sobre las características y objetivos de la investigación y les ofrecieron la posibilidad de colaborar en ella. En el caso de los que aceptaron, la psicóloga, les entregó un *consentimiento informado*. Una vez firmado el documento, la psicóloga realizó el pase individual de los cuestionarios, resolviendo las dudas sobre el contenido y significado de los diferentes ítems, según la necesidad de cada paciente.

2.5. Análisis de datos

Los análisis estadísticos que van a ser nombrados en este apartado, se llevaron a cabo mediante el paquete estadístico SPSS en su vigésima versión (SPSS. 20). Además, se fijó un nivel de significación mínimo de $\leq 0,05$ con el fin de determinar la importancia de los resultados.

Se realizaron análisis descriptivos en términos de porcentajes en lo relativo a datos de identificación y a las respuestas dadas sobre el sentido otorgado al cáncer, los cambios en las relaciones interpersonales y en las prioridades vitales. Además, se llevó a cabo un cálculo de medias y desviaciones típicas en las variables estudiadas, a saber, el sentido de la enfermedad y los cambios psicosociales (relaciones interpersonales y prioridades vitales), para explorar ambas en el grupo de pacientes que componen la muestra del estudio. Posteriormente, se compararon las medias mediante la prueba estadística *t* de Student o la U de Mann Whitney, según el caso. También, se calculó la *d* de Cohen o la *r* de Rosenthal (según el caso) para determinar el tamaño del efecto de estas diferencias. Cabe señalar que la muestra se moduló en función de las categorías de respuesta. Es decir, se halló la diferencia de medias en el Mini-MAC, según los dos grupos derivados de las categorías de respuesta, para cada una de las tres preguntas del cuestionario. Esto es, “del sentido otorgado o no a la enfermedad”, y si éste era de “crecimiento personal” o “atribución causal negativa”; del “cambio en sus relaciones personales”, si los había o no y si tenían una dirección “positiva” o “negativa”; de los “cambios en las prioridades y metas de la vida”, derivados del cáncer, y si dichas prioridades y metas fueron “la familia y los demás” o “uno mismo”.

3. Resultados

A continuación, tras los respectivos análisis estadísticos, se exponen los resultados obtenidos para la muestra de 114 pacientes adscritos a la presente investigación.

Seguidamente, se presenta, por un lado, el análisis descriptivo sobre el sentido de la enfermedad y los cambios psicosociales en el grupo con CCC; y por otro lado, los análisis de medias en las variables del Mini-MAC considerando las tres preguntas abiertas, del cuestionario sobre el sentido de la enfermedad y cambios psicosociales. Todo ello, a fin de determinar la relación entre el modo de afrontar el cáncer y las tres variables estudiadas, esto es, el sentido otorgado o no a la enfermedad, los cambios en las relaciones interpersonales y en las prioridades vitales.

Con respecto al *sentido de la enfermedad*, el 56,1% respondió que sí había encontrado un sentido a ésta. El 28,1% experimentó que la enfermedad favorecía el crecimiento personal otorgándole un significado positivo. Los pacientes hacían referencia al desarrollo de cualidades positivas, a una mejor manera de afrontar y vivir la vida, a la posibilidad de llevar a cabo actividades que antes no podían realizar. Ejemplo de esto son las siguientes afirmaciones de algunos pacientes: *es un aprendizaje personal, me ha ayudado a ser más fuerte y sensible con el sufrimiento ajeno, tengo más serenidad para aceptar la vida, es un reto a superar*. El 71,9% le otorgó un significado de atribución negativo que incluye tanto atribuciones externas como internas (asociadas con el consumo de sustancias). Algunas de las respuestas dadas por los pacientes fueron: *por mi culpa, provocada por el tabaco y el alcohol, es una desgracia, es un castigo por la vida que he llevado*.

Tabla 2. Análisis descriptivo sobre el sentido de la enfermedad y los cambios psicosociales en el grupo de pacientes con cáncer de cabeza y cuello

	N	%
1. ¿Para usted tiene sentido la enfermedad?		
No	50	43,9%
Sí	64	56,1%
¿Cuál?		
Crecimiento personal	18	28,1%
Significado de atribución negativo	46	71,9%
2. ¿Se ha producido algún cambio en sus relaciones personales?		
No	47	41,2%
Sí	67	58,8%
¿Cuáles?		
Positivos	32	58,2%
Negativos	23	41,8%
3. ¿Se ha producido algún cambio en sus prioridades y metas de la vida?		
No	74	64,9%
Sí	40	35,1%
¿Cuál?		
Prioridad de la familia y los demás	24	60,0%
Prioridad por uno mismo	16	40,0%

En relación con los posibles cambios producidos en las *relaciones interpersonales*, a raíz de la enfermedad, el 58,8% afirmó haber experimentado cambios frente al 41,2% que no los experimentó. De entre los que experimentaron cambios, el 58,2% refería que éstos habían sido positivos y el 41,8% negativos. Cabe destacar que los cambios positivos a los que aludían los pacientes, se referían a una mayor atención y acompañamiento por parte de la familia y amigos, y relaciones de mayor calidad. Ejemplo de esto son las siguientes afirmaciones: *la familia está más próxima a mí, mis relaciones son mejores, me ha ayudado a escuchar y a comprender más a los demás, me siento más cercana a mi familia y amigos, he visto el aprecio sincero de mis amigos*. En cuanto a los negativos, se asocian a un mayor aislamiento por los efectos secundarios de los tratamientos (principalmente dificultad para hablar, y también para comer), alejamiento por parte de los demás, sobre todo de los amigos, y peor relación por cambio de carácter. Algunas de las siguientes respuestas explicitan dichos cambios: *algunas personas, sobre todo amigos ya no están cerca de mí, a veces me aíso por la dificultad para comunicarme, me encuentro marginado por todos en general, al no trabajar veo menos a mis compañeros, evito comer fuera de casa porque me da vergüenza*.

En cuanto al *cambio en sus prioridades y metas vitales*, el 35,1% afirmó haber experimentado variaciones relevantes mientras que el 64,9% lo negó. En cuanto al tipo de cambios, el 60% mencionaron que a raíz del cáncer, sus prioridades principales eran la familia y los demás. Ejemplo de ello son las siguientes afirmaciones: *trabajar*

y hacerme cargo de mis hijos y de mi mujer cosa que antes no hacía, mi meta es vivir y disfrutar de la familia y de las personas que quiero, sólo quiero estar feliz y hacer felices a los demás, antes sufría por el dinero ahora el centro de mi vida son mis hijos. El 40% restante señaló la prioridad por uno mismo como la principal. En este caso, los pacientes hacían referencia al cuidado de sus propias personas, de su salud. Este aspecto queda reflejado en los siguientes ejemplos: *mi meta es sobrevivir, cuidar de mí misma, cuidarme más, ser feliz.*

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

A continuación, de acuerdo con las respuestas dadas por los pacientes a las tres preguntas abiertas del cuestionario (ver Tabla 2), se exponen las diferencias de medias en las variables evaluadas por el Mini-MAC (*espíritu de lucha, preocupación ansiosa, fatalismo, desamparo/desesperanza, evitación cognitiva*). Cada tabla recoge, además, las desviaciones típicas, el estadístico utilizado (*t* de Student o *U* de Mann Whitney), y la *d* de Cohen o *r* de Rosenthal para estimar el tamaño del efecto, que nos permite ver las diferencias significativas entre los pacientes con CCC, según sus respuestas a cada pregunta.

Como se indicó anteriormente, la muestra se moduló en función de las categorías de respuesta. Es decir, se halló la diferencia de medias en el Mini-MAC, según los dos grupos derivados de las categorías de respuesta, para cada una de las tres preguntas del cuestionario. Esto es, “del sentido otorgado o no a la enfermedad”, y si éste era de “crecimiento personal” o “atribución causal negativa”; del “cambio en sus relaciones personales”, si los había o no y si tenían una dirección “positiva” o “negativa”; de los “cambios en las prioridades y metas de la vida”, derivados del cáncer, y si dichas prioridades y metas fueron “la familia y los demás” o “uno mismo”.

Los datos que se recogen en la Tabla 3 se refieren a la modulación hecha en la muestra en función del sentido otorgado o no a la enfermedad oncológica.

Tabla 3. Diferencia de medias en el Mini-MAC según el sentido dado o no al cáncer

	No (N=50)		Si (N=64)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
Pregunta 1: ¿Tiene sentido la enfermedad?							
Espíritu de lucha	12,36	2,58	13,17	1,75	-1,91	,06	-,36
Preocupación ansiosa	15,18	5,32	16,33	5,55	-1,12	,07	-,21
Fatalismo	14,38	3,02	14,39	3,00	-,02	,66	-,00
Desamparo/Desesperanza	10,42	3,17	10,55	3,71	-,20	,81	-,03
Evitación cognitiva	9,90	3,85	10,05	2,81	-,23	,98	-,04

Como se aprecia en la Tabla 3 no se encontraron diferencias estadísticamente significativas aunque sí un tamaño del efecto moderado en *espíritu de lucha*.

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

Tabla 4. Diferencias de medias en el Mini-MAC según si el sentido otorgado al cáncer es positivo o negativo

	Crecimiento personal (N=18)		Significado de atribución negativo (N=46)		U	p	r
	M	DT	M	DT			
En caso de haber respondido Sí: ¿Cuál?							
Espíritu de lucha	13,39	1,65	13,09	1,80	373,5	,28	,08
Preocupación ansiosa	15,83	5,57	16,52	5,60	389,5	,22	,06
Fatalismo	15,33	2,70	14,02	3,06	317,0	,55	,22
Desamparo/ Desesperanza	9,67	2,25	10,89	4,11	361,5	,41	,18
Evitación cognitiva	8,89	2,68	10,50	2,76	266,0*	,02	,28

Nota: * = $p < ,05$

De acuerdo con los datos recogidos en la Tabla 4, aquellos que dan al cáncer un significado negativo se caracterizan por una mayor *evitación cognitiva* ($U = 266,0$, $p < ,05$) con un tamaño del efecto débil ($r = ,28$). Estos pacientes se esforzarían por no pensar en la enfermedad.

Seguidamente, se presenta la Tabla 5 con las diferencias en el Mini-MAC, entre los que han experimentado cambios en sus relaciones personales a raíz del cáncer y los que no han percibido cambios.

Tabla 5. Diferencia de medias en el Mini-MAC según los cambios en las relaciones interpersonales, derivados del cáncer

	No (N=47)		Sí (N=67)		t	P	d
	M	DT	M	DT			
Pregunta 2: Cambios en las relaciones interpersonales							
Espíritu de lucha	12,53	2,52	13,01	1,90	-1,11	,48	-,21
Preocupación ansiosa	14,66	4,91	16,64	5,71	-1,98*	,03	-,37
Fatalismo	14,45	3,34	14,34	2,76	,18	,87	,03
Desamparo/ Desesperanza	10,13	2,93	10,75	3,80	-,98	,74	,18
Evitación cognitiva	9,96	3,26	10,00	3,34	-,07	,99	-,01

Nota: * = $p < ,05$

Como se observa en la Tabla 5, los que han experimentado cambios en sus relaciones a raíz del cáncer presentan mayores niveles de *preocupación ansiosa*, habiendo obtenido una $t = -1,98$ ($p < 0,05$) y un tamaño del efecto débil ($d = -0,37$).

Tabla 6. Diferencia de medias en el Mini-MAC según la dirección (positiva o negativa) de los cambios en las relaciones interpersonales, derivados del cáncer

	Positivos (N=32)		Negativos (N=23)		<i>t</i>	<i>P</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
En caso de haber respondido Sí: ¿Cuáles?							
Espíritu de lucha	13,56	1,66	12,39	2,08	2,23*	,04	,63
Preocupación ansiosa	16,25	5,87	17,17	5,10	-,62	,64	-,16
Fatalismo	14,44	2,78	14,83	2,48	-,55	,79	-,14
Desamparo/ Desesperanza	9,81	3,55	11,96	4,13	-2,01*	,03	-,56
Evitación cognitiva	10,03	3,57	10,22	3,20	-,20	,81	-,06

Nota: * = $p < ,05$

En la Tabla 6, se muestran las diferencias en dos escalas del afrontamiento del cáncer, según el sentido positivo o negativo en las relaciones interpersonales. Concretamente, los que han experimentado cambios positivos se caracterizan por afrontar la enfermedad con mayor *espíritu de lucha* que los que han sufrido cambios en sentido negativo, habiendo obtenido una $t = 2,23$ ($p < 0,05$), y un tamaño del efecto moderado ($d = 0,63$). Y el afrontamiento con mayor *desamparo/desesperanza* caracteriza a los que han experimentado cambios en sentido negativo, habiendo obtenido una $t = -2,01$ ($p < 0,05$) y un tamaño del efecto moderado ($d = -0,56$).

A continuación, se muestra la Tabla 7 con las diferencias de medias en el Mini-MAC considerando los cambios en las prioridades y metas de la vida, consecuencia del cáncer.

Tabla 7. Diferencia de medias en el Mini-MAC según los cambios en las prioridades y metas de la vida, derivados del cáncer

	No (N=74)		Sí (N=40)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
Pregunta 5: Cambios en sus prioridades y metas de la vida							
Espíritu de lucha	12,58	2,34	13,25	1,79	-1,70	,61	-,15
Preocupación ansiosa	15,20	5,48	16,98	5,29	-1,69	,45	-,33
Fatalismo	14,51	3,20	14,15	2,61	,66	,84	,12
Desamparo/ Desesperanza	10,49	3,55	10,50	3,34	-,02	,98	-,00
Evitación cognitiva	9,92	3,52	10,10	2,87	-,30	,88	-,06

En la Tabla 7 no se aprecian diferencias significativas entre ambos grupos, en cuanto a los cambios en las prioridades y metas de la vida, tras el diagnóstico de la enfermedad oncológica.

Seguidamente, en la Tabla 8, se muestran las diferencias de medias en el Mini-MAC considerando los cambios en las prioridades y metas de la vida según si estas son la familia y los demás, o uno mismo.

Tabla 8. Diferencia de medias en el Mini-MAC según las prioridades y metas de la vida en los demás o en uno mismo

	La familia y los demás (N=24)		Uno mismo (N=16)		U	P	r
	M	DT	M	DT			
En caso de haber respondido Sí: ¿Cuál?							
Espíritu de lucha	13,21	1,82	13,31	1,82	187,0	,81	,03
Preocupación ansiosa	16,08	4,40	18,31	6,32	150,5	,19	,20
Fatalismo	13,50	2,43	15,13	2,63	124,0*	,03	,30
Desamparo/Desesperanza	10,38	3,61	10,69	3,00	164,5	,61	,04
Evitación cognitiva	9,75	2,98	10,63	2,70	162,5	,44	,15

Nota: * = $p < ,05$

En la Tabla 8 se aprecia una diferencia significativa en la variable *fatalismo*, entre los que tienen como prioridad su familia y los demás, y aquellos cuya prioridad son ellos mismos. Los que se dan prioridad a sí mismos obtienen una puntuación más elevada en dicha variable ($U = 124,0$), con una magnitud moderada en esta diferencia entre grupos ($r = 0,30$).

En resumen, cabe destacar que los resultados evidencian diferencias significativas en las tres variables (sentido de la enfermedad, cambios en las relaciones interpersonales y en las prioridades y metas vitales). Es decir, que hay diferencias en el modo de adaptación al CCC de acuerdo con los cambios en las relaciones interpersonales y en las prioridades de la vida. En el caso del sentido o no encontrado a la enfermedad, no se registran diferencias estadísticamente significativas en función del sentido de esos cambios, en todos los casos. Únicamente hay diferencias en el caso del sentido de atribución negativo de la enfermedad, y de los cambios positivos y negativos en las relaciones interpersonales. Los pacientes con CCC que han encontrado un sentido negativo a la enfermedad, se caracterizarían por mayor *evitación cognitiva*. Aquellos que han experimentado cambios en sus relaciones interpersonales en sentido positivo, mantendrían mayor *espíritu de lucha*, mientras que los que las han experimentado en sentido negativo, se caracterizarían por un mayor *desamparo/desesperanza*. Por último, cabe señalar que los pacientes que han hecho de sí mismos la prioridad de su vida, se caracterizarían por un mayor *fatalismo*. Estos resultados manifiestan que los cambios en sentido positivo se asocian con modos de adaptación positivos, como el *espíritu de lucha*, mientras que los negativos, se relacionan con mecanismos de adaptación negativos, como la *evitación cognitiva* y el *desamparo/desesperanza*.

4. Discusión y conclusiones

Se ha encontrado que no existen diferencias en el afrontamiento al cáncer entre los que otorgan sentido a la experiencia del cáncer y los que no se lo dan. No obstante, sí se han hallado diferencias significativas en el modo de afrontamiento del cáncer entre los que dan un sentido de crecimiento personal y los que realizan una atribución negativa en la variable *evitación cognitiva*. Así, los pacientes que dan un significado negativo al cáncer se esforzarían en no pensar en la enfermedad. Esto concuerda con la literatura revisada, que señala que la atribución causal interna, otorgada a la enfermedad genera sentimientos de culpa e incide negativamente en el paciente (Rodríguez, 2006)⁽⁴⁾. Además, parece evidente que la aceptación de la enfermedad es consecuencia de la capacidad de una persona para encontrar un sentido positivo a una situación de sufrimiento, como es la enfermedad. Esta aceptación favorecería una vivencia más serena ante este acontecimiento, y por tanto, un afrontamiento más adaptativo. Además, parece lógico que si el paciente ha logrado ver su enfermedad desde un sentido positivo, no necesitará evitar pensar en ella, sino que tendrá la capacidad de aceptarla, “mirarla de frente”, sin ningún tipo de huida ya que en ella habrá encontrado un beneficio o algo positivo.

Con respecto a las diferencias en el afrontamiento entre los que han experimentado cambios positivos y negativos en sus *relaciones interpersonales*, cabe destacar que más de la mitad de los pacientes experimentaron que éstos eran positivos. Éstos se caracterizaban por un mayor *espíritu de lucha* a la hora de afrontar el cáncer. Asimismo, los que refirieron cambios negativos en sus relaciones, se caracterizaron por el *desamparo/desesperanza*. Debido a la importancia que tienen las relaciones personales en la vida de cualquier persona, y su influencia, especialmente, en el contexto de la enfermedad oncológica, entendemos que el hecho de recibir un buen apoyo social puede favorecer una respuesta activa, una mayor implicación en el proceso de la enfermedad y una aceptación del diagnóstico, en definitiva, una actitud luchadora. El empeoramiento de dichas relaciones generará una sensación de pesimismo, falta de control, soledad y desesperanza ante el cáncer, que favorecerá las reacciones desadaptativas como el *desamparo/desesperanza*.

Con respecto a los cambios en las prioridades vitales, la mayoría no los han experimentado. No obstante, para aquellos que sí han vivido dichos cambios, *la familia y los demás* son la meta la más importante. Estos cambios se hallan en consonancia con los resultados obtenidos por otros autores (Rodríguez, 2006; Van der Spek et al., 2013), que encontraron que la persona enferma da más importancia a las relaciones con los demás, especialmente, con sus familiares. También, cabe señalar que los pacientes que han hecho de sí mismos la prioridad de su vida, se caracterizarían por un mayor *fatalismo* a la hora de afrontar el cáncer. Esto puede deberse a que la propia persona padece una enfermedad grave que amenaza su vida, y se encuentra seriamente limitada en su cotidianeidad debido a las alteraciones provocadas por el cáncer en los distintos ámbitos de su vida.

En suma, se ha hallado una relación entre el sentido positivo y los cambios positivos en las relaciones personales con un afrontamiento más adaptativo de la enfermedad. Y un afrontamiento menos adaptativo para quienes tienen como meta sus propias personas, en lugar de la familia o los demás.

5. Referencias bibliográficas

1. Frankl VE. La voluntad de sentido: conferencias escogidas sobre logoterapia. Barcelona: Herder, 2008.
2. Alonso C, Bastos A. Intervención psicológica en personas con cáncer. *Clin Contemp* 2011; 2:187-207. <http://dx.doi.org/10.5093/cc2011v2n2a6>
3. Van der Spek N, Vos J, Van Uden-Kraan CF, Breitbart W, Tollenaar, RAEM, Cuijpers, P, et al. meaning making in cancer survivors: a focus group study. *PLoS One* 2013; 8(9): e76089. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0076089>
4. Rodríguez MI. Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: un estudio empírico y clínico [Tesis Doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, 2006. [Acceso 1 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/2516>
5. National Cancer Institute. [Internet]. U.S.; 2017 [Acceso 11 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.gov>
6. Arias F, Villafranca E, Dueñas MT, Vera R. Factores pronósticos en el carcinoma de cabeza y cuello. *An Sist Sanit Navar* 2000; 24:73-80.
7. Cogwell R, Anderson K. Psychological and psychosocial implications of head and neck cancer. *Internet J Ment Health* 2001; 1: 1-7. [Acceso 11 de octubre de 2020] Disponible en: <http://ispub.com/IJMH/1/2/3169>
8. 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. *J Psychosoc Onco* 1994; 12:33-46. http://dx.doi.org/10.1300/J077V12N03_03
9. Soriano J. Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento de psicooncología. *Bol Psicol* 2002; 75:73-85. [Acceso 11 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=741934>
10. 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. *Psychooncology* 2006; 15:79-89. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.924>
11. 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. *Psychooncology* 2005; 14:115-24. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.826>