

## PERSONALIDAD Y CONSUMO DE SUSTANCIAS EN PACIENTES CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

María Longares, M<sup>a</sup> Ángeles Beleña y M<sup>a</sup> José Báguena<sup>1</sup>

*Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de  
Psicología, Universidad de Valencia*

**RESUMEN.** Antecedentes: El cáncer de cabeza y cuello representa un grupo heterogéneo y de diversa etiología siendo el tabaco y el alcohol dos factores de riesgo especialmente relevantes. A estos hábitos adictivos se le solapan determinadas características personales que conforman una personalidad desadaptativa en estos pacientes y distinta a las de pacientes con otros carcinomas y a la población general, tal como manifiestan estudios llevados a cabo por diversos autores (Aarstad, Aarstad y Olofsson, 2008; Aarstad, Heimdal, Aarstad y Olofsson, 2002; Dubey, Arora, Gupta y Kumar, 2010). En este estudio pretendemos explorar la personalidad y el consumo de sustancias (alcohol y tabaco) en pacientes con cáncer de cabeza y cuello, comprobando si existen diferencias entre este grupo y un grupo de control no enfermo en las dimensiones de *Neuroticismo*, *Extraversión*, *Apertura a la experiencia*, *Cordialidad*, *Escrupulosidad*, *Impulsividad*, *Autocontrol* y consumo de sustancias. Método: La muestra está formada por un total de 220 sujetos distribuidos en dos grupos: en el grupo experimental los pacientes con cáncer de cabeza y cuello (GCCC) (N= 114) y en el grupo control sujetos de la población general (GC) (N= 106). Ambos grupos cumplimentaron un *cuestionario elaborado ad hoc* en el que se recogen datos de identificación de tipo social, demográfico, consumo de sustancias, el *Inventario NEO reducido de Cinco Factores*, *NEO-FFI* (Costa y McCrae, 1992; versión adaptada al castellano por Avia, Sanz, y Sánchez Bernardos, 1997), la *Escala de Impulsividad de Barratt, versión 11 o BIS-11* (Barratt, 1995) y la *Escala de Autocontrol* de Grasmick, Tittle, Bursik y Arneklev (1993). El diseño utilizado es transversal de tipo descriptivo. Resultados: Se observan diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y el control en las variables: apertura a la experiencia y cordialidad, impulsividad cognitiva y motora, búsqueda de riesgos, preferencia por tareas fáciles, preferencias por actividades físicas, temperamento inestable y en consumo de sustancias (alcohol y tabaco). Conclusiones: Se ha observado que los pacientes difieren del grupo control por su elevado consumo de alcohol y tabaco. También se caracterizan por una mayor impulsividad cognitiva y motora, una mayor cordialidad y menor apertura a la experiencia.

*Palabras clave:* personalidad, consumo de sustancias, cáncer de cabeza y cuello, pacientes.

<sup>1</sup>Correspondencia: M<sup>a</sup> José Báguena. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia. Avenida Blasco Ibáñez, 21 46010, Valencia (España). E-mail: Maria.J.Baguena@uv.es

**ABSTRACT.** Background: Head and neck cancer represents a heterogeneous group of diverse etiology being tobacco and alcohol two risk factors particularly relevant. These addictive habits will overlap certain personal characteristics that make up a maladaptive personality in these patients and characteristics different from other carcinomas patients and the general population, as manifested studies conducted by various authors (Aarstad, Aarstad and Olofsson, 2008; Aarstad, Heimdal, Aarstad and Olofsson, 2002; Dubey, Arora, Gupta and Kumar, 2010). In this study we aim to explore the personality and substance use (alcohol and tobacco ) in patients with head and neck cancer, checking whether there are differences between the experimental and control groups in the dimensions of neuroticism, extraversion, openness to experience, agreeableness, conscientiousness, impulsivity, self control and substance use. Method: The sample consists of a total of 220 subjects divided into two groups: the experimental group patients with head and neck cancer (GCCC) (N = 114) and control subjects group of the general population (GC) (N = 106). Both groups completed a questionnaire prepared ad hoc in which data identifying social, demographic, substance type is collected, a reduced version of the NEO Five-Factor Inventory, NEO-FFI (Costa and McCrae, 1992; adapted to Castilian by Avia, Sanz, and Sánchez Bernardos 1997 version), the Barratt Impulsiveness Scale version 11 or BIS-11 (Barratt, 1995) and the Scale of Selfcontrol by Grasmick, Tittle, Bursik and Arneklev (1993). The design used is descriptive cross. Results: Statistically significant differences between the experimental and control groups were observed in the variables: openness to experience and cordiality, cognitive and motor impulsiveness, risk-seeking, preference for easy tasks, preference for physical activities, unstable temperament and substance abuse (alcohol and tobacco). Conclusions: It has been observed that patients differ from the control group because of their high consumption of alcohol and tobacco. They are also characterized by greater cognitive and motor impulsiveness, increased warmth and less open to experience.

*Keywords:* personality, substance abuse, head and neck cancer, patients

### **Introducción**

La expresión cáncer de cabeza y cuello (en adelante, CCC) hace referencia a numerosos tipos de cáncer que, generalmente, comienzan a desarrollarse en las células escamosas localizadas en las superficies húmedas y mucosas del interior de la cabeza y el cuello aunque pueden desarrollarse también en las glándulas salivares. La literatura destaca como factores de riesgo más relevantes en este tipo de cáncer, el consumo de tabaco y alcohol (Pöschl y Seitz 2004; Tirado y Granados, 2007).

La literatura con respecto a las variables objeto de estudio en el presente trabajo es escasa. Así, Aarstad et al. (2002), exploraron las dimensiones de personalidad (según el modelo de Eysenck) en un grupo de personas con CCC, comparándolo con un grupo control de sujetos sanos (población general). Los resultados señalaron que los pacientes con CCC mostraban niveles significativamente más elevados en neuroticismo y psicoticismo, lo cual afectaba la calidad de vida de éstos.

Otro estudio que manifiesta diferencias en personalidad entre pacientes con CCC y la población general es el de Aarstad et al. (2008) en el que valoraron la calidad de vida percibida en función de la personalidad y las estrategias de afrontamiento. Los pacientes con CCC puntuaron más alto en neuroticismo que la población general. Hallaron, una relación negativa significativa entre las puntuaciones en neuroticismo y calidad de vida. Deduciendo que dicha dimensión de personalidad es el predictor más preciso de calidad de vida.

Otro ejemplo es el trabajo de Dubey et al. (2010), en el que se compara la estructura de personalidad (según el Modelo de Costa y McCrae) en pacientes con un consumo elevado de alcohol (sin diagnóstico de enfermedad oncológica) con un grupo control formado por personas con un consumo moderado. Los resultados sugieren que los pacientes con elevado consumo de alcohol puntuaban más alto en neuroticismo ( $p=0,000$ ), más bajo en responsabilidad ( $p=0,000$ ) y más bajo en apertura a la experiencia ( $p=0,032$ ) en comparación con los que bebían alcohol moderadamente. Asimismo, una estructura de personalidad caracterizada por una frecuencia elevada de emociones negativas; de modo que el consumo de alcohol podría ser utilizado como estrategia de afrontamiento ante situaciones problemáticas, como las generadas por el CCC.

De acuerdo con la literatura revisada, el cáncer de cabeza y cuello representa un grupo heterogéneo y de diversa etiología siendo el tabaco y el alcohol dos factores de riesgo especialmente relevantes. A estos hábitos adictivos se le solapan determinadas características personales que conforman una personalidad desadaptativa en estos pacientes. Por ello, el objetivo del presente trabajo pretende estudiar la personalidad y el consumo de sustancias (alcohol y tabaco) en pacientes con CCC, comprobando si existen diferencias entre el grupo de pacientes y el grupo control de personas no enfermas, en las dimensiones de: *Neuroticismo*, *Extraversión*, *Apertura a la experiencia*, *Cordialidad*, *Escrupulosidad*, *Impulsividad*, *Autocontrol* y consumo de sustancias.

## Método

### *Participantes*

La muestra fue de 220 sujetos distribuidos en dos grupos. El grupo experimental contaba con 114 pacientes con cáncer de cabeza y cuello ( $N= 114$ ): el 28,1% eran mujeres ( $n=32$ ) y el 71,9% hombres ( $n=82$ ) con una media de edad de 59,78, con un 65,8% casados o en pareja. El grupo control estaba constituido por 106 sujetos que no padecían CCC: el 29,2% eran mujeres ( $n=31$ ) y el 70,8% eran hombres ( $n=75$ ), cuya media de edad era de 58,75, con un 74,5% casados o en pareja.

Los criterios de inclusión de los sujetos del grupo experimental fueron: 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; en tratamiento activo o en seguimiento; mayores de edad.

### *Instrumentos*

Ambos grupos cumplieron un *questionario elaborado ad hoc* en el que se recogen datos de identificación de tipo socio-demográfico y nivel de consumo de sustancias.

Para valorar la personalidad de los participantes se utilizaron los siguientes instrumentos:

### **Inventario NEO reducido de Cinco Factores, NEO-FFI**

Fue elaborado por Costa y McCrae (1992); versión adaptada al castellano por Avia, Sanz, y Sánchez Bernardos (1997). Este instrumento es la versión abreviada del NEO-PI-R (1992). Se compone de 60 ítems que permite la evaluación de cinco factores: Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Cordialidad y Escrupulosidad.

El cuestionario ha obtenido buenos niveles de fiabilidad en población española, oscilando la consistencia interna de todas las escalas entre 0,71 y 0,83 (Aluja, García, Rossier y García, 2005).

### **Escala de Impulsividad de Barratt, versión 11 o BIS-11 (Barratt, 1995).**

La 11ª versión de la Escala de Impulsividad de Barratt adaptada a nuestro medio por Oquendo et al. (2001). Está compuesta por 30 ítems con 4 opciones de respuesta. Se obtienen 3 subescalas: Impulsividad Motora, Impulsividad Cognitiva, Ausencia de Planificación. Y con la suma de las 3 subescalas, una medida de impulsividad total.

Se han realizado estudios, demostrando poseer buenas propiedades psicométricas (Carrillo, Otero y Romero, 1993).

### **Escala de Autocontrol de Grasmick et al. (1993)**

Se utilizó la Escala de Autocontrol de Grasmick et al. (1993), adaptada por Romero, Gomez-Fraguela, Luengo y Sobral (2003). Consta de 24 ítems, en los que los sujetos deben señalar su grado de acuerdo/desacuerdo. Se obtienen cinco factores: Búsqueda de riesgo impulsiva, Preferencia por tareas simples, Egocentrismo, Preferencia por actividades físicas, Temperamento inestable. Además, una puntuación total de la escala.

En el estudio original de Grasmick et al. (1993) la consistencia interna (alpha de Cronbach) para los 24 ítems fue de 0,80.

### *Procedimiento*

Los médicos oncólogos fueron los encargados de remitir a la investigadora principal la muestra de pacientes de cáncer de cabeza y cuello (cuyo diagnóstico y tratamiento es el único criterio de inclusión fijado para este grupo). Informaron a los pacientes sobre las características y objetivos de la investigación para colaborar en ella. Los que aceptaron participar en el estudio, concertaron cita con la psicóloga para cumplimentar los cuestionarios con la ayuda de ésta.

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

### *Diseño*

Se trata de un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, para la consecución del objetivo de esta investigación, en el cual la valoración se realiza en un único momento temporal, habiendo contado con un grupo experimental y otro de control para llevar a cabo la comparación entre ambos.

### **Resultados**

A continuación se presentan en la Tabla 1 los resultados de la fiabilidad (calculado el alpha de Cronbach).

Tabla 1  
*Análisis de la Fiabilidad de los instrumentos*

	Nº ítems	Rango	M	DT	$\alpha$
<b>NEOFFI</b>					
Neuroticismo	12	0 – 48	16,19	6,84	0,80
Extraversión	12	0 – 48	29,10	7,81	0,82
Apertura a la experiencia	12	0 – 48	23,43	8,20	0,79
Cordialidad	12	0 – 48	33,67	6,23	0,71
Escrupulosidad	12	0 – 48	33,88	7,08	0,82
<b>Barratt</b>					
Impulsividad cognitiva	8	0 – 32	14,01	4,55	0,38
Impulsividad motora	10	0 – 40	15,23	6,75	0,71
Impulsividad no planeada	12	0 – 48	14,81	5,99	0,53
<b>Grasmick</b>					
Búsqueda de riesgos	7	0 – 7	2,06	1,54	0,57
Preferencias por tareas fáciles	5	0 – 5	2,15	1,51	0,61
Centrado en sí mismo	4	0 – 4	0,69	0,87	0,42
Preferencias por actividades físicas	4	0 – 4	2,53	1,34	0,69
Temperamento volátil	4	0 – 4	1,43	1,20	0,60

En cuanto a los niveles de fiabilidad de los cuestionarios utilizados en el presente estudio, se han encontrado unos niveles aceptables en todas las subescalas del *NEOFFI* (*neuroticismo*  $\alpha=0,80$ , *extraversión*  $\alpha=0,82$ , *apertura*  $\alpha=0,79$ , *cordialidad*  $\alpha=0,71$ , *escrupulosidad*  $\alpha=0,82$ ), un nivel aceptable en la escala de *impulsividad motora* de la *Escala BIS-11* ( $\alpha=0,71$ ) y unos niveles de fiabilidad moderados en tres subescalas de la *Escala de Autocontrol de Grasmick* (*preferencia por tareas fáciles*  $\alpha=0,61$ , *preferencia por tareas físicas*  $\alpha=0,69$ , *temperamento volátil*  $\alpha=0,60$ ).

A continuación se exploran las diferencias en las dimensiones de personalidad, entre ambos grupos mediante un análisis de diferencia de medias (Tabla 2).

En la Tabla 2 se observan diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y el control, en las variables: *apertura a la experiencia* ( $t=-6,53$ ; con un nivel de significación de  $p=0,001$  y un tamaño del efecto muy fuerte,  $d=0,89$ ) y *cordialidad* ( $t=2,95$  con una  $p=0,01$  y un tamaño del efecto moderado  $d=0,40$ ), *impulsividad cognitiva* ( $t=2,02$ , con una  $p=0,05$  y un tamaño del efecto débil  $d=0,27$ ) y *motora* ( $t=3,73$  con una  $p=0,001$  y un tamaño del efecto moderado  $d=0,50$ ), *búsqueda de riesgos* ( $t=2,30$  con una  $p=0,05$  y un tamaño del efecto débil  $d=0,31$ ), *preferencia por tareas fáciles* ( $t=2,93$  con un nivel de significación  $p=0,01$  y un tamaño del efecto débil  $d=0,40$ ), *preferencias por actividades físicas* ( $t=5,34$  con una  $p=0,001$  y un tamaño del efecto fuerte  $d=0,72$ ), *temperamento inestable* con tendencia a la significatividad ( $t=1,95$  con una  $p=0,052$  y un tamaño del efecto débil  $d=0,27$ ).

Se calcularon las diferencias en el consumo de sustancias (alcohol y tabaco) entre el grupo experimental y el grupo control. Tras calcular la Chi-2, se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos: carajillos (Chi2 = 52,56, con un nivel de significación de  $p=0,001$ ), vino (Chi2 = 15,68 con una  $p=0,05$ ), cerveza (Chi2 = 44,92, con una  $p=0,001$ ), licor (Chi2 = 32,29, con una  $p=0,001$ ), tabaco (Chi2 =

106,66 con una  $p=0,001$ ) a favor del grupo experimental cuyo consumo es significativamente más elevado que el del grupo control.

Tabla 2

*Diferencia de medias (t) entre grupo CCC y grupo experimental y tamaño del efecto (d)*

	Experimental (N=114)		Control (N=106)		t
	M	DT	M	DT	
<b>NEOFFI</b>					
Neuroticismo	16,60	6,60	15,75	7,09	0,92
Extraversión	29,19	8,07	29,00	7,56	0,18
Apertura a la experiencia	20,26	8,50	26,83	6,33	-6,53***
Cordialidad	34,84	6,32	32,42	5,91	2,95**
Escrupulosidad	34,03	7,06	33,73	7,14	0,31
<b>Barratt</b>					
Neuroticismo	16,60	6,60	15,75	7,09	0,92
Extraversión	29,19	8,07	29,00	7,56	0,18
Apertura a la experiencia	20,26	8,50	26,83	6,33	-6,53***
<b>Grasmick</b>					
Búsqueda de riesgos	2,29	1,65	1,82	1,36	2,30*
Preferencias por tareas fáciles	2,44	1,41	1,85	1,57	2,93**
Centrado en sí mismo	0,71	0,94	0,67	0,79	0,35
Preferencias por actividades físicas	2,98	1,17	2,05	1,40	5,34***
Temperamento volátil	1,58	1,10	1,26	1,28	1,95(0,052)

*Nota.* \* valores significativos  $p < 0,05$ , \*\* valores muy significativos  $p < 0,01$ , \*\*\*valores altamente significativos  $p < 0,001$ .

### Discusión/Conclusiones

De acuerdo con la literatura revisada (Penner, 2009; Tirado y Granados, 2007), se ha hallado que el grupo de enfermos con CCC se caracteriza por un consumo elevado tanto de alcohol como de tabaco, habiéndose encontrado diferencias notables entre nuestros dos grupos explorados.

Con respecto a las características de personalidad, en la línea de Dubey et al. (2010), los pacientes con CCC han obtenido puntuaciones significativamente más bajas en *apertura a la experiencia*, indicando que este grupo se caracterizaría por un menor deseo de novedad y de apertura a lo desconocido con respecto a la población sana. Otra diferencia de los pacientes con CCC es la *cordialidad* lo que podría señalar un cuidado a la hora de guardar una apariencia social positiva. Asimismo, han puntuado más alto los pacientes con CCC en la impulsividad cognitiva y motora, esto manifiesta una baja reflexividad y planificación a la hora de actuar y una mayor búsqueda de riesgos, lo que implica una menor asunción de las consecuencias de éstos. Además, los pacientes con CCC de nuestro estudio, muestran mayor preferencia por las tareas fáciles lo cual podría indicar una tendencia a evitar los retos y mayor preferencia por tareas que implican una actividad física, y evitación de aquellas que impliquen un esfuerzo a nivel mental.

En cuanto al temperamento inestable (con tendencia a la significatividad:  $t=1,95$ ,  $d=0,27$ ) podría indicar una menor regulación emocional que se relacionaría con un

mayor consumo de sustancias como modo de afrontamiento de las situaciones difíciles, tal como señala algunos estudios realizados con dicha variable (Llewellyn, McGurk y Weinman, 2005).

En suma, se ha observado que los pacientes difieren del grupo control por su elevado consumo de alcohol y tabaco. También se caracterizan por una mayor impulsividad cognitiva y motora, una mayor cordialidad, preferencia por tareas fáciles y físicas, mayor búsqueda de riesgos y menor apertura a la experiencia.

### Referencias

- Aarstad, A.K., Aarstad, H.J. y Olofsson, J. (2008). Personality and choice of coping predict quality of life in Head and Neck Cancer patients during follow-up. *Acta Oncologica*, 47(5), 879-890.
- Aarstad, H.J., Heimdal, J.H., Aarstad, A.K. y Olofsson, J. (2002). Personality Traits in Head and Neck Squamous Cell Carcinoma Patients in Relation to the Disease State, Disease Extent and Prognosis. *Acta Otolaryngologica*, 122(8), 892-899.
- Aluja, A., García, O., Rossier, J., y García, L.F. (2005). Comparison of the NEO-FFI, the NEO-FFI-R and an alternative short versión of the NEO-PI-R (NEO-60) in swiss and spanish samples. *Personality and Individual Differences*, 38, 591-604.
- Avia, M. D., Sanz, J., y Sánchez-Bernardos, M. L. (1997). *Versión española del Inventario de Personalidad NEO-Revisado (NEO PI-R) de Paul T. Costa y Robert R. McCrae (1992)* (Versión experimental. Manuscrito no publicado). Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- Barratt E.S. (1995). Impulsiveness and aggression. En J. Monahan, H.J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder: Development in risk assessment* (pp. 61-79). Chicago: The University of Chicago Press.
- Carrillo, MT., Otero, JM., y Romero, E. (1993). Comparison among various methods of assessment of impulsiveness. *Perceptual and Motor Skills*, 77, 567-75.
- Costa P. T. Jr., y Mc Crae, R. R., (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Dubey, Ch., Arora, M., Gupta, S., y Kumar, B. (2010). Five Factor Correlates: A comparison of substance abusers and non-substance abusers. *Journal of the Indian Accademy of Applied Psychology*, 36(1), 107-114.
- Grasmick, H.G., Tittle, C.R., Bursik, R.J., Jr., y Arneklev, B.J. (1993). Testing the core empirical implications of Gottfredson and Hirschi's general theory of crime. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 30, 5-29.
- Llewellyn, C. D., McGurk, M., y Weinman, J. (2005). Are psycho-social and behavioural factors related to health related-quality of life in patients with head and neck cancer? A systematic review. *Oral Oncology*, 41(5), 440-454.
- Oquendo, M. A., Baca-García, E., Graver, R., Morales, M., Montalvan, V., y Mann, J. J. (2001). Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). *European Journal of Psychiatry*, 15, 147-155.
- Penner, J. L. (2009). Psychosocial care of patients with head and neck cáncer. *Seminars in Oncology Cancer*, 25(3), 231-241.
- Pöschl, G., y Seitz, H.K. (2004). Alcohol and Cancer Review. *Alcohol and Alcoholism*, 39(3), 155-165.

Romero, E., Gómez-Fraguela, J.A., Luengo, M.A., y Sobral, J. (2003). The self-control construct in the general theory of crime. An investigation in term of Personality Psychology. *Psychology, Crime and Law*, 9(1), 61-86.

Tirado, L., y Granados, M. (2007). Epidemiología y Etiología del Cáncer de la Cabeza y el Cuello. *Cancerología*, 2, 9-17.