

**DIFERENCIAS EN LAS DIMENSIONES DEL PATRÓN DE CONDUCTA
TIPO C EN PACIENTES ONCOLÓGICOS Y POBLACIÓN GENERAL
COLOMBIANA**

ANA CAROLINA AMAYA ARIAS

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE HISTORIA
ESPECIALIZACIÓN EN TEORÍAS, MÉTODOS Y TÉCNICAS EN
INVESTIGACIÓN SOCIAL
BUCARAMANGA
2008**

**DIFERENCIAS EN LAS DIMENSIONES DEL PATRÓN DE CONDUCTA
TIPO C EN PACIENTES ONCOLÓGICOS Y POBLACIÓN GENERAL
COLOMBIANA**

ANA CAROLINA AMAYA ARIAS

Trabajo de Grado

**Dirigido por:
Dr. Jairo Gutiérrez**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE HISTORIA
ESPECIALIZACIÓN EN TEORÍAS, MÉTODOS Y TÉCNICAS EN
INVESTIGACIÓN SOCIAL
BUCARAMANGA
2008**

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	7
1. PERSONALIDAD	9
1.1. TEORÍAS FACTORIALES	13
1.1.1. 16 PF (Sixteen Personality Factors)	14
1.2. TEORÍAS PSICBIOLÓGICAS	17
1.2.1. Dimensión de extroversión-introversión	22
1.2.2. Dimensión de neuroticismo	22
1.2.3. Dimensión de psicoticismo	23
2. PATRÓN DE CONDUCTA TIPO C Y SU RELACIÓN CON EL PROCESO DE SALUD- ENFERMEDAD	24
2.1. PATRÓN DE CONDUCTA TIPO C	24
2.1.1. Papel de la expresión emocional en el desarrollo y progresión del Cáncer	29
3. METODOLOGÍA	33
3.1. PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	33
3.1.1. OBJETIVO GENERAL	33
3.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
3.2. DISEÑO	34
3.3. HIPÓTESIS	34
3.4. PARTICIPANTES	34
3.5. INSTRUMENTOS	36
3.6. PROCEDIMIENTO	36
4. RESULTADOS	37
4.1. CONFIABILIDAD	37
4.2. CORRELACIÓN PCTC Y CECS	38
4.3. COMPARACIÓN DE MEDIAS CON POBLACIÓN NACIONAL	39
5. CONCLUSIONES	46
6. APORTES Y LIMITACIONES	49
7. REFERENCIAS	50
ANEXOS	52

RESUMEN

TÍTULO: DIFERENCIAS EN LAS DIMENSIONES DEL PATRÓN DE CONDUCTA TIPO C EN PACIENTES ONCOLÓGICOS Y POBLACIÓN GENERAL COLOMBIANA *

AUTOR: Ana Carolina Amaya Arias **

PALABRAS CLAVES: Personalidad, Tipo c, Control emocional, represión emocional, evaluación, comparación, paciente oncológicos, población sana

Los estudios sobre el Patrón de Conducta Tipo C han suscitado un variado número de investigaciones, en las cuales se ha afirmado que dicho patrón está relacionado con el cáncer. Igualmente el control emocional ha estado citado como la dimensión más importante dentro del Tipo C de personalidad.

El objetivo de la presente investigación es determinar si los pacientes oncológicos difieren significativamente de la población general en las dimensiones que conforman el patrón de conducta Tipo C (Amaya y Gordillo, 2004)¹, a partir de una muestra de 35 pacientes diagnosticados con cáncer, del Centro Oncológico de Bucaramanga. La investigación es de tipo cuantitativo con diseño descriptivo- comparativo transeccional. Para evaluar el constructo Tipo C se utilizó el Cuestionario de Personalidad Tipo C (PCTC).

Posteriormente se realizó el análisis diferencial de los resultados obtenidos por los pacientes oncológicos en cada una de las dimensiones que lo conforman y la población general colombiana, y finalmente se correlacionaron los resultados del Cuestionario de Patrón de Conducta Tipo C y la Escala Courtauld de Control Emocional (CECS) y cada una de sus subescalas.

Los resultados muestran diferencias significativas entre el Patrón de Conducta Tipo C y las dimensiones que lo componen (Necesidad de Armonía, Racionalidad, Comprensión y No expresión emocional) entre los pacientes oncológicos y la población general; además de esto, se encontró correlación significativa con el CECS y sus subescalas, el control de la ira mostró una correlación significativa con el patrón de conducta Tipo C.

* Proyecto de grado

** Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Historia. Luis Ignacio González Ramírez

ABSTRACT

TITLE: DIFERENCIAS EN LAS DIMENSIONES DEL PATRÓN DE CONDUCTA TIPO C EN PACIENTES ONCOLÓGICOS Y POBLACIÓN GENERAL COLOMBIANA *

AUTHOR: Ana Carolina Amaya Arias **

KEY WORDS: Personality, Type c, emotional Control, emotional repression, evaluation, comparison, patient oncológicos, population cures

The studies on the Type C Pattern of Behavior have raised a variety of investigations, in which it has been argued that this pattern is related to cancer. Likewise, the emotional control has been cited as the most important dimension within the C-type personality.

The purpose of this investigation is to determine whether cancer patients differ significantly from the general population in the dimensions that make up the Type C pattern (Amaya and Gordillo, 2004), based on a sample of 35 patients with cancer, in the Bucaramanga Cancer Center. The research is a quantitative type with transectional descriptive-comparative design. To assess the Type C Construct was used the Type C Personality Test (PCTC).

Subsequently differential analysis was conducted on the results obtained by patients in each one of dimensions and the general Colombian population, and finally correlated the results of the Type C Behavior Test and the Emotional Control Courtauld Scale (CECS), with its subscales.

The results show significant differences between the Type C Pattern of Behavior and its dimensions (Need for Harmony, Rationality, no emotional expression and Understanding) between cancer patients and the general population, in addition to this, was found significant correlation with the CECS and its subscales, the anger control showed a significant correlation with the Type C pattern.

* Project of degree

**Faculty of Human Sciences. School of History. Jairo Gutierrez

INTRODUCCIÓN

El interés por el estudio de la estructura de la personalidad ha promovido multiplicidad de investigaciones que han intentado identificar los elementos que la componen y cómo estos se integran para permitir su funcionamiento; dichas investigaciones se han desarrollado desde distintas perspectivas: dinámicas, humanistas, cognitivas, factoriales y psicobiológicas, entre otras; así que en la actualidad se cuenta con varias propuestas de la estructura de la personalidad dentro de las que se encuentran el modelo de 16 factores de Catell (1993), el modelo psicobiológico del temperamento y carácter de Cloninger (1993) y la aproximación psicobiológica de Eysenck (1970); quienes postulan que la personalidad esta compuesta por patrones conductuales específicos y que puede tener una base biológica, la cual podría tener influencia sobre los sistemas nervioso, endocrino e inmunitario.

Diversas investigaciones han mostrado la relación entre la forma como las personas se comportan y su proceso de salud- enfermedad a lo largo de la vida. Una de esas líneas de investigación se ha encaminado a estudiar la forma como los patrones de conducta se relacionan con la tendencia a padecer ciertos tipos de cáncer, especialmente cáncer hormonodependiente, en estas investigaciones se ha hallado evidencia que apoya la hipótesis que las personas que sufren estos tipos de cáncer, presentan características conductuales específicas en la forma como se relacionan con los otros y en el manejo de sus emociones; sin embargo, en nuestro país, se han realizado pocas investigaciones en este campo.

Además de esto, en la perspectiva del estudio del proceso salud – enfermedad se han presentado algunos cambios a lo largo de la historia, que a su vez han revertido en nuevas tendencias de investigación. Estos cambios se deben, entre otras cosas, a los pocos frutos logrados al tratar de explicar a partir de un modelo exclusivamente biomédico, porqué unos sujetos enferman y otros no; al aumento en la incidencia y prevalencia de los trastornos crónicos (que en muchas ocasiones tiene que ver con los estilos de vida y conductas de los individuos); y el aumento de los costos en el ámbito de la salud, que ha promovido el interés por la prevención y la promoción de la salud, más que el sólo tratamiento de la enfermedad (Sender, Valdés, Riesco, Martín, 1995). De esta forma, entidades mundiales como la Organización Mundial de la Salud, invierten ahora parte de su presupuesto en investigaciones orientadas al entendimiento de la etiología de las enfermedades y a apoyar programas encaminados a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En este marco de ideas, la psicología, como ciencia que se especializa en el estudio del comportamiento y pensamiento humano (dentro de los que se incluyen, las cogniciones, conductas, emociones y la personalidad, entre otras), ha tenido un papel importante, en tanto que provee un saber que puede ayudar a entender el mantenimiento en los individuos de conductas de riesgo y que en

muchas ocasiones llevan a enfermar, así como la comprensión de cómo ciertos patrones conductuales pueden considerarse en sí mismos como factores de riesgo para ciertas enfermedades.

Es en este último punto en el que se enfoca la propuesta de investigación. Desde hace mucho tiempo se ha pensado que las emociones juegan un papel en la iniciación y progresión de varias enfermedades, sin embargo, más allá de las respuestas emocionales aisladas, el enfoque actual se centra en el entendimiento holístico de los factores biopsicosociales.

En este sentido, las investigaciones en torno al patrón de conducta tipo C han estado encaminadas, en los últimos años, a determinar cuál es el factor real de riesgo de este patrón conductual que podría estar relacionado con el desarrollo de ciertos tipos de cáncer. El objetivo de la presente investigación está encaminado a determinar si los pacientes oncológicos y las personas sanas difieren significativamente en las dimensiones que conforman el patrón de conducta Tipo C, así como establecer si es en la dimensión Control Emocional donde se presentan las mayores diferencias.

1. PERSONALIDAD

El vocablo "personalidad" (del latín, persona, máscara) se aplicó originalmente para designar a los personajes que representaban los antiguos actores al hablar a través de una máscara. Cada máscara, con determinada expresión, simbolizaba cierto carácter. En este sentido el término denotaría una sistematización de los tipos psicológicos.

Existe gran desacuerdo alrededor de la definición del término personalidad, pues aunque todos los autores coinciden en que su estudio es de gran importancia para la psicología, hasta el momento no existe un concepto unificado de tal término; por ejemplo Allport (1977) publicó una lista que contiene más de cincuenta definiciones del mismo, esta cantidad de significados lo atribuye en parte a que personalidad es una de las palabras más abstractas de nuestro lenguaje y que como cualquier otra palabra abstracta que sufre un uso excesivo, permite un amplio abanico de connotaciones a costa de su significado denotativo.

Sin embargo, generalmente la personalidad está definida como: pautas de pensamiento, percepción y comportamiento relativamente fijas y estables, profundamente enraizadas en cada sujeto. La personalidad es el término con el que se suele designar lo que de único, de singular, tiene un individuo, las características que lo distinguen de los demás; la personalidad también implica previsibilidad sobre cómo actuará y cómo reaccionará una persona bajo diversas circunstancias.

Al adentrarse en el estudio de la personalidad se encuentran diversas definiciones que resaltan las posturas de los diferentes autores y los aspectos claves que desde sus enfoques son más importantes; como señala Bandura (1977) "las visiones acerca de la naturaleza humana influyen sobre los aspectos del funcionamiento humano que serán estudiados con mayor profundidad y cuáles quedarán sin examinar" de esta manera se encuentran tantas definiciones de personalidad como posturas teóricas o concepciones de la naturaleza humana existen.

Sanz (2003) recomienda que el acercamiento al concepto personalidad debe hacerse desde "la red nomológica generada por la propia psicología" y que este puede realizarse desde tres líneas complementarias.

La primera consiste en agrupar en categorías las diferentes definiciones propuestas con el objetivo de encontrar los criterios de base que llevaron a su postulación, entre estas categorías se encuentran las definiciones aditivas u ómnibus las cuales entienden a la personalidad como la suma de todas las características que posee y definen a una persona. La siguiente categoría esta constituida por las definiciones configuracionales-integradoras que acentúa el carácter organizado y estructurado que presentan tales atributos.

Dentro de las definiciones jerárquicas se encuentran aquellas que enfatizan la organización de las relaciones entre los atributos de la personalidad donde unos tienen preponderancia sobre otros. Otra de las categorías es aquella en la que se presentan las definiciones en términos de ajuste, las cuales aluden a aspectos del individuo que le aseguran un cierto equilibrio con el medio (Sanz, 2003).

Las definiciones basadas en la distintividad conciben a la personalidad como lo esencial del individuo. Por último se encuentran las definiciones basadas en la estabilidad, las cuales se refieren a las características psicológicas estables, que se pueden identificar en la persona a lo largo del tiempo.

Estas estrategias de agrupación en categorías llevan a considerar a la personalidad como un concepto que hace alusión a la “organización jerárquica, estable y única de todas las características psicológicas que posee un individuo, que determina su ajuste al medio y le hace diferente de los demás” (Sanz, 2003). En la tabla 1 se presentan ejemplos de las definiciones agrupadas en cada categoría.

Tabla 1. Ejemplos de las definiciones de personalidad de acuerdo con cada categoría.

CATEGORÍA	DEFINICIONES
Aditivas u Ómnibus	La personalidad es la suma total de los patrones de conducta actuales o potenciales de un organismo, en tanto que determinados por la herencia y el ambiente; se originan y desarrollan mediante la interacción funcional de los cuatro sectores principales en los que tales patrones de conducta están organizados: el sector cognitivo, el sector conativo, el sector afectivo y el sector somático. (Eysenck, 1947, p 23)
Configuracionales-integradoras	Personalidad es la organización dinámica dentro del individuo de aquellos sistemas psicofisiológicos que determinan sus ajustes únicos a su ambiente (Allport, 1937, p 48)
Jerárquicas	La personalidad se entiende como un modelo jerárquico conformada por un sistema que tiene cuatro niveles, siendo el más inferior el de los actos o las cogniciones que ocurren aisladamente. En el segundo nivel se tienen los actos o cogniciones habituales. El tercer nivel es el de los rasgos, definidos en términos de Intercorrelaciones significativas entre conductas habituales diferentes. El cuarto y último nivel es el de los tipos, factores de orden superior o dimensiones de personalidad. Estos se definen en términos de intercorrelaciones observadas entre rasgos (Eysenck, 1990, p 244).
Ajuste	Personalidad designa los patrones típicos de conducta (incluidos los pensamientos y las emociones) que caracterizan la adaptación del individuo a las situaciones de su vida (Mishell, 1979, p 1)
Distintividad	La personalidad de un individuo es su patrón único de rasgos (Guilford, 1959, p.5)
Estabilidad	El término personalidad hace alusión a aquellas propiedades permanentes de los individuos que tienden a diferenciarlos de los demás (Pervin 1998, p 20)

La siguiente línea de análisis consiste en extraer de las diferentes definiciones las características y atributos que con más frecuencia aparecen dentro de estas

y no aparecen con mucha frecuencia en la definición de otros conceptos, tales serían los atributos pertinentes al concepto de personalidad.

Bermúdez (1985c) y Sánchez-Bernardos (1991) (citados en Sanz, 2003) han seguido esta línea de análisis, el primero de los autores aisló un conjunto de cinco características de las definiciones de personalidad resumidas así:

1. La personalidad abarca toda la conducta.
2. La personalidad hace referencia a características que son relativamente consistentes y duraderas.
3. El concepto de personalidad resalta el carácter único de cada individuo.
4. Carácter inferido de la personalidad.
5. No implica juicio de valor.

Para Sánchez-Bernardos (citado en Sanz, 2003) es posible aislar 7 atributos pertinentes de las definiciones de personalidad:

1. La personalidad es una propiedad del individuo.
2. El concepto se refiere a características de naturaleza psicológica (sentimientos, pensamientos o conductas manifiestas).
3. Está revestido de un halo de generalidad, ya que las conductas, sentimientos o pensamientos se ponen de manifiesto en una gran variedad de contextos.
4. Se refiere a atributos que distinguen a una persona de otra.
5. Hace referencia a características relativamente permanentes de la persona.
6. Se refiere a un principio de unicidad e integración del individuo que integra las inconsistencias aparentes.
7. Conlleva una nota de funcionalidad o disfuncionalidad que hace referencia a conceptos relacionados como los de salud mental o ajuste psicológico.

Al comparar la lista de atributos con las características de cada una de las categorías anteriormente expuestas se encuentra que estas son muy similares y además que los dos autores coinciden en que las definiciones se refieren a la unicidad y estabilidad de las características y a la necesidad de tener en cuenta la totalidad de las conductas psicológicas.

La última de las líneas de análisis propuestas conlleva la comparación del concepto de personalidad con otros conceptos relacionados, como carácter,

temperamento e identidad personal con el objetivo de extraer aquellas características que los diferencian.

El término carácter se refiere al valor de lo ético y volitivo en el ser humano siguiendo a Sanz el carácter sería la suma de los valores permanentes de una persona en su sentido de lo que es justo e injusto, bueno o malo y que se refleja en sus decisiones y elecciones sobre lo que se debe hacer, en ese sentido el término carácter ha sido tomado como un elemento de la personalidad que hace alusión a los aspectos de ésta que están más determinados por la socialización y los factores socioculturales.

El concepto de temperamento ha estado ligado desde la teoría humoral con las diferencias interindividuales estables que dependen del sustrato biológico y las cuales a partir del siglo XIX se restringieron a los aspectos emocionales, este concepto se encuentra vinculado con las teorías de rasgos, las cuales buscan una aproximación de corte biológico que permita descubrir las bases neuroanatómicas o funcionales de la conducta. En este sentido el temperamento sería otro de los elementos de la personalidad junto con el carácter pero que conlleva los aspectos biológicos de esta y dentro del cual aparecerían las características de orden formal de la conducta como la reactividad y movilidad entre otros.

En cuanto al concepto de identidad personal que al parecer comparte características con el de personalidad, según Sanz, no sería más que uno de los constructos que forman parte de este último y que hace referencia a la conciencia de unidad, totalidad y continuidad que se va desarrollando en el ser humano a lo largo de su ciclo vital.

Al realizar el análisis de las definiciones del concepto de personalidad Sanz propone una definición de personalidad que a su juicio reúne las características necesarias para que abarque la mayoría de aspectos encontrados a través de tal análisis, de forma que para dicho autor la personalidad sería un *“constructo que hace referencia a la organización dinámica y única de todas las características psicológicas de la persona que dan coherencia a su conducta”* (Sanz, 2003).

En últimas la definición que cada autor e investigador asuma depende del énfasis en los aspectos que su línea de estudio propone para el acercamiento a la personalidad, por esto, para lograr entender el porque de cada uno de los énfasis en las muchas definiciones, se debe conocer las teorías desde las cuales han sido propuestos y los diferentes factores que se tienen en cuenta en cada una de ellas.

Para efectos del presente estudio se tendrán en cuenta básicamente dos teorías de personalidad: la teoría Factorial y la teoría Psicobiológica, pues el cuestionario objeto de estudio fue desarrollado a partir del modelo factorial y está ligado con las teorías psicobiológicas de la personalidad en el sentido que está diseñado para medir un patrón conductual que al parecer está relacionado con la incidencia de Cáncer.

A continuación se presenta las teorías mencionadas.

1.1. TEORÍAS FACTORIALES

La orientación de estas teorías es principalmente cuantitativa o empírica; se centra en la medición de la personalidad en términos de características psicológicas específicas del individuo denominadas *rasgos*.

La suposición básica del punto de vista de rasgo es que la gente posee predisposiciones para comportarse de una manera particular, las cuales forman patrones conductuales que dan estructura a la personalidad.

El rasgo puede definirse como el elemento perceptible, relativo y constante respecto del cual un individuo es diferente a otro; es considerado una variable diferenciadora individual; unos pueden determinarse por la herencia, otros por el ambiente; unos están relacionados con motivos y son dinámicos y otros se relacionan con la capacidad y con el temperamento (Pervin, 1999).

El método básico utilizado para aislar los factores es el análisis factorial, su supuesto básico es que las puntuaciones obtenidas por los sujetos en las diferentes pruebas o sus conductas, no varían entre sí de manera aleatoria o al azar sino que las variaciones en estos comportamientos podrían reducirse a unas grandes pautas de covariación que podrían explicar todas esas variaciones particulares de los comportamientos.

Uno de los principales representantes de esta teoría es Raymond Cattell quien define la personalidad como “aquello que nos dice lo que una persona hará cuando se encuentre en una situación determinada” (Cattell, 1972). Cattell trasladó su definición de personalidad a la siguiente fórmula:

$$R = f(S:P)$$

Donde R, la naturaleza y magnitud de la respuesta (conducta) de una persona es decir, lo que dice, piensa o hace, es función de S, la situación estimulante en que se encuentra y de P, la naturaleza de su personalidad. Así partiendo de la conducta se puede inferir la personalidad, al igual que si se conocen ya los rasgos de la personalidad se puede inferir la probable respuesta que será emitida.

Este autor centró su investigación en los factores de la persona, puesto que los estímulos y las respuestas pueden ser medidos a través de situaciones experimentales que el investigador puede controlar; Cattell postuló como elemento estructural básico el *Rasgo*, el cual definió como una tendencia a reaccionar, relativamente permanente y amplia, que por sus características de estabilidad y permanencia permitirán la predicción de conductas en situaciones determinadas. Sosteniendo que un rasgo fundamental es una “especie de influencia unitaria de la personalidad, que afecta a estructuras completas de respuestas” (Cattell, 1972) y que posiblemente tienen una unidad funcional o

una cierta independencia en su desarrollo y acción, lo cual los hace conceptos útiles para desarrollar en torno a ellos la teoría y la experimentación de la personalidad.

De acuerdo con su teoría, los rasgos se dividen en tres modalidades: habilidades, rasgos temperamentales y rasgos dinámicos. La habilidad se refiere a la capacidad que permite a un individuo responder a una situación con un objetivo claro; un rasgo temperamental se refiere a la forma que presenta la conducta, es decir al ritmo, forma, persistencia, entre otros. El rasgo dinámico se refiere a las motivaciones o intereses y el tipo de metas que son importantes para la persona. Cattell también distinguió entre rasgos superficiales y rasgos fuentes; los rasgos superficiales son los grupos de respuestas conductuales manifiestas que parecen estar unidas pero que al ser analizadas estadísticamente no covarían, los rasgos fuente por el contrario varían simultáneamente formando dimensiones unitarias que constituirían los bloques fundamentales de la personalidad (Engler, 1996).

Al parecer, los rasgos fuente tienen influencia estructural sobre la personalidad, determinando probablemente la conducta. Según Cattell los rasgos pueden tener su origen en la herencia y/o en el ambiente; utilizando el método llamado M.A.VA. (múltiple Abstract Variance Análisis), ha intentado medir que cantidad de influencia se debe a cada una de estas dos variables (Cattell, 1972), a partir del manejo de ecuaciones simultáneas.

Otro método utilizado por Cattell en su investigación es el análisis factorial, con el cual, a partir de numerosos análisis de datos, logró aislar 16 factores que posteriormente propuso como estructura de la personalidad. Tales datos fueron obtenidos a través de tres fuentes: Los datos-V, que incluyen datos objetivos de sucesos en la vida y valoraciones de observadores así como de personas cercanas; los datos-Q, obtenidos a través del uso de autoinformes; y datos objetivos, los cuales implican situaciones conductuales a escala, en las cuales el participante no está consciente de la relación entre la respuesta y la característica de la personalidad que se está midiendo, lo que según Cattell, garantiza la objetividad de tales pruebas, definida gracias al criterio de que *“el sujeto no sabe en que aspecto de su conducta se le esta evaluando”* (Cattell, 1972).

Para medir los 16 factores propuestos el autor desarrollo un inventario de personalidad, el cual se explicará con detalle a continuación.

1.1.1. 16 PF (Sixteen Personality Factors). Cattell retoma los trabajos sobre el contenido del lenguaje natural de la lengua inglesa y los atributos de la personalidad realizado por Allport y Odbert hacia 1936, con lo cual inicia el desarrollo del 16PF, sometiendo el listado de 18000 palabras obtenido por estos autores a una reducción del número de adjetivos, mediante la eliminación de sinónimos (Cattell y cols. 1993); gracias a este método, logró disminuir la cantidad a 171 términos que abarcaban la totalidad de la lista original. Basados en esta lista, un grupo de estudiantes universitarios, evaluó a sus compañeros. Los resultados fueron intercorrelacionados y sometidos a un análisis factorial, logrando una reducción a 12 rasgos que explicaban la

variabilidad de los descriptores empleados. Estos 12 rasgos fueron transformados en ítems de elección múltiple, que constituyeron un inventario que al ser factorizado nuevamente arrojó 16 factores, dando origen al 16 PF.

Cattell postuló como estructura de la personalidad los 16 rasgos encontrados en su análisis factorial, los cuales fueron inicialmente designados con las letras del alfabeto, organizadas según la varianza que explicaba cada uno de ellos y siguiendo un orden de importancia. (Cattell 1972, pag 74). En la tabla 2 se presentan cada una de las dimensiones y sus descripción para puntajes altos y bajos.

Tabla 2. Descripción de las 16 dimensiones de la estructura de personalidad propuesta por Cattell. (Adaptada de Cattell, 1993)

DIMENSION	DESCRIPCIÓN	POLO POSITIVO	POLO NEGATIVO
Factor A Afabilidad	Mide el carácter gregario del Individuo; el grado en que la persona busca establecer contacto con otras personas porque encuentra satisfactorio y gratificante el relacionarse con éstas.	Cálida, afable, generosa y atenta a los demás.	Fría, impersonal y distante.
Factor B Razonamiento	Mide inteligencia con base al predominio del pensamiento abstracto o del pensamiento concreto; considerando el predominio del abstracto como característico de una persona de inteligencia mayor y el concreto como indicador de una inteligencia menor	Abstracta	Concreta
Factor C Estabilidad	Está relacionado con la estabilidad emocional de la persona y la manera en que se adapta al ambiente que le rodea	Emocionalmente estable, adaptada y madura	Reactiva y normalmente cambiante
Factor E Dominancia	Mide el grado de control que tiende a poseer la persona en sus relaciones con otros seres humanos; se determina en términos de si es dominante o es sumiso	Dominante, asertiva y competitiva	Deferente, cooperativa y evita los conflictos
Factor F Animación	Está relacionado con el nivel de entusiasmo evidente en contextos sociales.	Animosa, espontánea, activa y competitiva	Seria, reprimida y cuidadosa
Factor G Atención a Normas	Mide la internalización de los valores morales.	Atenta a las normas, cumplidora y formal	Inconformista, indulgente
Factor H Atrevimiento	Mide la reactividad del sistema nervioso con base en la tendencia de la persona de un dominio parasimpático o simpático.	Atrevida segura en lo social, emprendedora	Tímida, temerosa y cohibida

Factor I Sensibilidad	Se utiliza para medir el predominio, ya sea de los sentimientos o del pensamiento racional, en la persona en su toma de decisiones	Sensible, sentimental	Objetiva, poco sentimental
Factor L Vigilancia	Indica el grado en que una persona se muestra confiado en los demás y en sus intenciones en su polo positivo mientras que en su polo negativo se indica la tendencia a estar vigilante y a ver en los demás intenciones de hacerle daño.	Vigilante, suspicaz, escéptica y precavida	Confiada, sin sospechas, adaptable
Factor M Abstracción	Indican si la persona centra sus intereses en cosas prácticas, en el ambiente y sus exigencias o si esta mas dirigida a la imaginación y al ensimismamiento.	Abstraída, imaginativa e idealista	Practica, realista
Factor N Privacidad	Describe en que grado las personas se ocultan, prefiriendo no mostrarse tal como son.	Privada, calculadora, discreta	Abierta, genuina, llana y natural
Factor O Aprensión	Describe el nivel de preocupación, culpabilidad e inseguridad	Aprensiva, insegura y preocupada	Segura, despreocupada y satisfecha
Factor Q1 Apertura al cambio	Explora la orientación psicológica hacia el cambio	Abierta al cambio, experimental y analítica	Tradicional y apegada a lo familiar
Factor Q2 Autosuficiencia	Mide el grado de dependencia de la persona	Autosuficiente, individualista y solitaria	Seguidora y se integra en el grupo
Factor Q3 Perfeccionismo	Explora los esfuerzos del individuo por mantener una congruencia entre su yo ideal y su yo real; moldeándose de acuerdo con patrones establecidos y aprobados por la sociedad.	Perfeccionista, organizada y disciplinada	Flexible y tolerante con el desorden o las faltas
Factor Q4 Tensión	Mide las sensaciones desagradables que tienden a acompañar la excitación del sistema nervioso autónomo; comúnmente conocida como tensión nerviosa	Tensa, enérgica, impaciente e intranquila	Relajada, placida y paciente

Cattell ha analizado posteriormente los 16 rasgos fundamentales, con el objetivo de hallar agrupamientos entre ellos en factores de segundo orden, que permitan explorar las posibles bases comunes a las 16 dimensiones de personalidad. El primer factor de segundo orden del 16PF ha sido denominado *Extraversión*, este factor se deriva de la combinación de los factores primarios A+, F+, H+ N- y Q2+. De la combinación de los factores primarios O+, Q4+, C+, y L+ surge el factor de segundo orden que mide el nivel de *Ansiedad*.

El tercer factor de segundo orden, *Dureza*, se basa en la combinación de los factores I-, M-, A-, Q1-. El cuarto factor de segundo orden surge de los factores E+, H+, Q1+, L+, denominado *Independencia*. En el quinto y último factor de

segundo orden se observa una combinación entre los factores F- G+ M- y Q3+ denominado *Autocontrol*. (Cattell, 1993).

Cattell ha presentado varias pruebas de la estabilidad de la estructura de personalidad que propuso, basándose en factorizaciones que se han realizado en diferentes edades y culturas, en las cuales se han obtenido los mismos factores, por ejemplo los estudios de correlación llevados a cabo por Digman, en Hawai, Koch en las escuelas de Enfermeras de Chicago; Howarth, en Canadá; Hundleby en E:U: y Pawlik en Viena, todos estos realizados con personas adultas, Cattell (1972).

Así también, al traducir el cuestionario a otros idiomas, correlacionarlo y analizarlo aparecen los mismoS rasgos fundamentales. Por ejemplo la factorización del cuestionario 16 PF en Italiano, Francés y Japonés presenta claramente el afectotímico-sizotímico, el Dominante-Sumiso, La Fuerza del Yo o cualquiera de los 16 o mas rasgos temperamentales (Cattell, 1972).

En resumen, Según Cattell la personalidad debe ser estudiada holísticamente, es decir, teniendo en cuenta todas las variables que pueden tener una influencia sobre la conducta, dentro de los que estarían, los estados de ánimo, los roles sociales, las motivaciones y metas, entre otros. De igual forma considera que cada uno de los rasgos fundamentales que componen la personalidad debe ser estudiado separadamente, pues al agruparlos en rasgos de segundo orden se puede perder gran parte de su potencial descriptivo y predictivo, que es uno de los objetivos primordiales al desarrollar investigaciones en esta área.

1.2. TEORÍAS PSICOBIOLOGICAS

Las teorías psicobiológicas se interesan básicamente por estudiar las bases neurobiológicas de la personalidad, combinando el método experimental y correlacional; quienes trabajan bajo esta orientación sostienen que no existe un hecho físico o de la conducta sin algún hecho neurológico subyacente, por lo que intentan buscar las bases de tipo neuronal, fisiológico, bioquímico, entre otras, de los patrones de conducta observables (Eysenck 1970).

Uno de los principales exponentes de esta teoría es Robert Cloninger quien dentro de su modelo psicobiológico, define la personalidad “como la organización dinámica dentro del individuo, de los sistemas psicobiológicos que modulan la adaptación a los cambios del ambiente”. (Cloninger, 1993, 1997). Las diferencias entre individuos en los sistemas adaptativos involucrados en la recepción, procesamiento y almacenamiento de la información de las experiencias serán los que definan la personalidad en general, por lo que los rasgos de personalidad se entenderán como patrones estables de percibir, relacionar y pensar acerca de uno mismo, los otros y el mundo en conjunto.

El modelo general psicobiológico de personalidad fue inicialmente basado en una síntesis de la información de estudios con gemelos y familias, estudios de desarrollo longitudinal, estudios neurofarmacológicos y neuroconductuales de aprendizaje en humanos y otros mamíferos, así como estudios psicométricos de personalidad en individuos y parejas de gemelos.

El modelo original describe tres dimensiones de personalidad, que fueron postuladas como genéticamente independientes entre sí. Las dimensiones fueron definidas como Búsqueda de Novedad, Evitación al Daño y Dependencia del Refuerzo, las cuales fueron medidas con un inventario de auto reporte con 100 ítems, llamado Cuestionario Tridimensional de Personalidad (TPQ). Posteriormente el modelo fue extendido para medir 7 dimensiones de la personalidad con la adición de la medida de Persistencia, Autodireccionalidad, Cooperatividad, y Autotrasendencia. Esta extensión se basó en una síntesis de información sobre desarrollo social y cognitivo, y la descripción del desarrollo de la personalidad en la psicología humanista y transpersonal (Cloninger, 1993).

Según este modelo, la personalidad es un complejo sistema jerárquico que puede descomponerse en dos dimensiones: el Temperamento y el Carácter.

El temperamento es la dimensión de la personalidad con mayor determinación biológica y se refiere a las respuestas emocionales y automáticas que el individuo presenta ante experiencias externas e internas. Cloninger Define al temperamento como “la organización dinámica de los sistemas psicobiológicos que regulan las respuestas automáticas a estímulos emocionales” (Cloninger, 1996). Igualmente, el temperamento se puede expresar en términos de aprendizaje asociativo, el cual se basa en las emociones y se encuentra bien desarrollado en la infancia. Las cuatro dimensiones del temperamento definidas por Cloninger reflejan estructuras heredadas relacionadas con el procesamiento de la información por el sistema de memoria perceptiva, las cuales se denominan: Búsqueda de Novedad (NS), Evitación al Daño (HA), Dependencia del Refuerzo (RD) y Persistencia (P).

El primer factor del temperamento, Búsqueda de Novedad, ha sido descrito como una tendencia hereditaria a la activación o inhibición de comportamientos tales como actividad exploratoria frecuente en respuesta a la novedad, aumento en el acercamiento a las señales de recompensa, las cuales se han encontrado en investigaciones a nivel neurobiológico.

El segundo factor, Evitación al Daño, es definido como una tendencia hereditaria de la inhibición o finalización de conductas, tales como cuidado extremo por anticipación a problemas futuros, pesimismo, anulación de comportamientos por temor a la incertidumbre, timidez ante extraños, y rápido agotamiento. El tercer factor temperamental, Dependencia al Refuerzo, es descrito como una tendencia al mantenimiento o continuación de comportamientos a través de estímulos sociales o de afiliación, es manifestado como sentimentalismo, apego social y dependencia de la aprobación de otros.

El cuarto factor temperamental es la Persistencia, el cual ha sido presentado por el autor en términos de perseverancia a pesar de la frustración y la fatiga, interpretado como la capacidad de llevar a cabo una conducta sin obtener una recompensada inmediata sino trabajar por metas a largo plazo que serán más satisfactorias.

Por otra parte, el carácter es concebido como el conjunto de características de la personalidad que se estructura a lo largo del desarrollo, a través de mecanismos de aprendizaje en el medio sociocultural y que se componen de valores, metas, estrategias de afrontamiento y creencias sobre uno mismo y el entorno (Cloninger, 1997), los cuales están basados en el aprendizaje interno de las intuiciones y el autoconcepto acerca de sí mismo, otras personas y otros objetos. El autoconcepto varía de acuerdo con la magnitud con la cual la persona identifica su yo como: 1. un individuo autónomo, 2. una parte integral de la humanidad, 3. una parte integral del universo en conjunto. Cada aspecto del autoconcepto corresponde a uno de las tres dimensiones del carácter llamadas autodirectividad, cooperatividad y autotrasendencia, respectivamente (Cloninger, 1993).

La Autodirectividad se refiere a la autodeterminación y “fuerza de voluntad”, o la habilidad de autocontrol, regulación y conducta adaptada para el ajuste a las situaciones en acorde con las metas y valores escogidos individualmente. Según Cloninger. La Autodirectividad parece ser el mayor determinante de la presencia o ausencia de desordenes de personalidad, en el sentido que las personas con desordenes de personalidad parecen no poseer la capacidad necesaria para dirigir sus esfuerzos en pro de sus objetivos.

El segundo factor del carácter es la Cooperatividad, que fue formulado para diferenciar sujetos que se identifican y aceptan a otras personas. Este factor describe aspectos del carácter relacionados con “auto-aceptación” vs agresión y hostilidad autocentrada. Cloninger ha encontrado que un bajo puntaje en cooperatividad contribuye substancialmente a la probabilidad de desordenes de personalidad concomitantes. El tercer factor del carácter es la Autotranscendencia, que se refiere al concepto que el individuo tiene del universo como un todo, está relacionado con la espiritualidad e involucra un estado de “conciencia unitiva “ en el cual cada cosa es parte de una totalidad (Cloninger 1993).

Con el objetivo de medir estas siete dimensiones de la personalidad, Cloninger, desarrolló un inventario de personalidad denominado Inventario de Temperamento y Carácter (TCI), el cual está compuesto por 107 ítems de la versión del Cuestionario Tridimensional de la Personalidad (TPQ), mencionado anteriormente, que mide las dimensiones del temperamento y 119 ítems del inventario de carácter que mide las dimensiones de Autodirectividad, Cooperatividad y Autotrasendencia.

Estas medidas fueron evaluadas en una muestra de 212 estudiantes universitarios, eliminando preguntas que tuvieron frecuencias de respuesta extremas. El TCI con 226 ítems, fue aplicado a una muestra de 300 adultos, 150 mujeres y 150 hombres, con preguntas que se responden verdadero o

falso, el cual mide las 7 dimensiones de la personalidad; del análisis de este cuestionario se obtuvieron datos estadísticos, que según el autor, soportan la fiabilidad y estructura de estas siete dimensiones (Cloninger, 1993). A continuación se presentan en las tablas 3 y 4, las características con las cuales se definirían las personas según su puntuación en cada una de las dimensiones.

Tabla 3. Descriptores de los individuos según su puntuación (baja o alta) en las dimensiones del temperamento. (Adaptada de Cloninger, 1997)

DIMENSIÓN DEL TEMPERAMENTO	DESCRIPTORES DE VARIANTES EXTREMAS	
	ALTAS	BAJAS
Evitación al Daño	Pesimistas Temerosos Tímidos (Reservados) Fatigables	Optimistas Osados Extrovertidos Enérgicos
Búsqueda de Novedad	Exploradores Impulsivos Extravagantes Irritables	Reservados Rígidos Frugales Estoicos
Dependencia de Refuerzo	Sentimentales Abiertos Cálidos Simpáticos	Críticos Distantes Aislados Independientes
Persistentes	Trabajadores Determinados Ambiciosos Perfeccionistas	Perezosos Distantes Sin logros

Tabla 4. Descriptores de los individuos según su puntuación (baja o alta) en las dimensiones del Carácter. (Adaptada de Cloninger, 1997)

DIMENSIÓN DEL CARÁCTER	DESCRIPTORES DE VARIANTES EXTREMAS.	
	ALTAS	BAJAS
Auto- dirección	Responsables Determinados Ingeniosos Auto- aceptación Disciplinado	Culposos Sin objetivos Ineptos Vanos (fútiles) Indisciplinados
Cooperatividad	Tendencia a animar Empáticos Que ayudan Compasivos Sigue Principios	Intolerantes Insensibles Hostiles Vengativos Oportunistas
Auto- trascendencia	Se olvida de sí mismo Transpersonal Espiritual Culto Idealista	Inimaginativo Controlador Materialista Posesivo Práctico.

En resumen, Cloninger postula una estructura de la personalidad con la cual da cuenta, tanto de la influencia biológica como de la ambiental, en el sentido que las dimensiones temperamentales parecen estar más influidas por la genética y las del carácter por el aprendizaje medioambiental, destacándose que el autor considera que ellas siempre están en intercorrelación y se afectan mutuamente, con lo que se abre la posibilidad de las variadas configuraciones de personalidad que se observan en los individuos.

Otra de las teorías psicobiológicas más influyentes en el estudio de la personalidad ha sido la postulada por Eysenck, quien define la personalidad como la suma total de patrones conductuales y potenciales del organismo, determinados por la herencia y por el medio social; la cual se origina y desarrolla a través de la interacción funcional de cuatro factores principales dentro de los cuales están organizados estos patrones de conducta: El sector cognoscitivo (inteligencia), el sector conativo (carácter), sector afectivo (temperamento), y el sector somático (constitución) (Cueli, 1990).

Eysenck, con el objetivo de descubrir relaciones entre las variables de personalidad y las variables experimentales y teóricas, ha llevado a cabo multitud de investigaciones en las que ha usado tres métodos principalmente: 1. Observación de diferencias individuales en una determinada tarea experimental. 2. Análisis de las pautas de conducta de una muestra de personas, elegidas al azar, en su comportamiento cotidiano con la intención de obtener una tipología sistemática basada en estas observaciones y en el tratamiento estadístico de las mismas, a través de este método se pretenden identificar las principales dimensiones de la personalidad; 3. Toma un rasgo de personalidad hipotético, lo conceptualiza en términos de alguna variable propia del campo experimental para luego realizar experimentos a través de los que intenta descubrir si esta identificación era factible (Eysenck 1970).

De acuerdo con Eysenck se pueden considerar 4 niveles de organización de la personalidad (Eysenck, 1959):

1. Respuestas específicas: se observan una vez, pudiendo ser o no características del sujeto.
2. Respuestas habituales: conjunto de respuestas que tienden a ocurrir bajo circunstancias similares.
3. Hábitos organizados en Rasgos o factores de primer orden, constructos basados en las intercorrelaciones existentes en una serie de respuestas habituales.
4. Organización de rasgos en tipos generales o de segundo orden, esta organización se basa en las correlaciones existentes entre varios grupos de rasgos, los cuales serían independientes unos de otros; por lo tanto sería el último nivel de organización de las dimensiones de la personalidad.

Eysenck asegura que la personalidad es heredada y le da un valor del 75% al aspecto genético, sustentando esta hipótesis en los estudios realizados a nivel de la corteza cerebral y niveles de activación (Eysenck, 1970).

Las bases biológicas actúan de forma que predisponen al individuo a responder de cierta manera a la estimulación ambiental, pero el tipo de conducta resultante dependerá del medio en que se encuentra el sujeto.

Con los datos obtenidos de sus investigaciones experimentales y a través de la utilización del análisis factorial, ha construido un modelo de personalidad que se caracteriza por tres dimensiones:

1.2.1. Dimensión de extroversión-introversión: La formulación general de Eysenck acerca de la teoría que relaciona la extroversión-introversión con el sistema de Activación de la formación reticular supone un nivel de excitación más alto en los introvertidos y un nivel de inhibición más alto en los extrovertidos (Eysenck, 1970).

Las personas que muestran un comportamiento introvertido tienen características tales como umbrales sensoriales bajos, umbral bajo de inhibición, capacidad de trabajo máxima logrado ante los valores más bajos del input del estímulo, umbrales de estimulación baja para las drogas estimulantes.

1.2.2 Dimensión de neuroticismo: En esta dimensión el neuroticismo o vulnerabilidad para la neurosis, implica una baja tolerancia al estrés, sea física, como en las situaciones dolorosas, o sea psicológica, como en las situaciones conflictivas o de frustración (Eysenck, 1970).

La relación existente entre neuroticismo y estrés es muy marcada, de tal modo que puntajes altos en neuroticismo pueden ser indicadores de vulnerabilidad al estrés.

Los rasgos predominantes en esta dimensión son: sugestionabilidad, falta de persistencia, lentitud en pensamiento y acción, poca sociabilidad y tendencia a reprimir hechos desagradables.

Este autor afirma que la inteligencia puede ser considerada un factor general en el área cognitiva, y la introversión-extroversión un factor general en el área emocional, así mismo el neuroticismo puede ser tomado como factor general en el área de motivación y esfuerzo; igualmente estima que por lo menos en parte, el neuroticismo puede considerarse defecto de la capacidad del individuo para persistir en la conducta motivada (Eysenck, 1970).

A nivel causal, parece ser que las diferencias que presentan los individuos a lo largo de esta dimensión vienen medidas por las diferencias genéticas en la excitabilidad y labilidad del sistema nervioso autónomo. Es decir aquellos sujetos que presentan valores altos en esta dimensión están constitucionalmente predispuestos a reaccionar de manera intensa en su sistema nervioso autónomo.

1.2.3 Dimensión de Psicoticismo: plantea que el psicoticismo puede considerarse como una tercera dimensión general de la personalidad. En la caracterización del psicoticismo-normalidad, los psicóticos son menos fluentes, tienen un resultado pobre en pruebas de adición continua y en dibujo de espejo, son más indecisos con relación a las actitudes sociales, muestran una concentración muy débil, tienen memoria muy pobre y los niveles de aspiración poco adaptados a la realidad.

Las características más importantes de los sujetos con puntuaciones altas en psicoticismo, es que son personas solitarias, problemáticas, que están buscando constantemente sensaciones y son amantes de cosas extrañas y poco usuales.

Las puntuaciones altas en psicoticismo suelen correlacionar positivamente con medidas de rasgos como inmadurez, irresponsabilidad, oposición a la autoridad, independencia, dificultad para ser gobernado. Tienden a ser sujetos poco cooperativos, con puntuaciones pobres de vigilancia, con dificultades para mantener la atención, tienden a infravalorar a las otras personas, y por ser especialmente autoritarios, sus producciones artísticas son extravagantes.

Eysenck diseñó un inventario de personalidad, denominado Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI), el cual evalúa las tres dimensiones de personalidad anteriormente descritas, a este inventario se le ha anexado una escala de Sinceridad, que pretende identificar a los sujetos que tienden a responder en un sentido deseable (Eysenck, 1972).

En resumen el trabajo de dicho autor se encaminó hacia la búsqueda de bases biológicas para las dimensiones propuestas teóricamente y aisladas a través de estudios empíricos y el desarrollo de instrumentos que permitan medir tales dimensiones.

Luego de la presentación de las teorías de la personalidad más relevantes para la presente investigación, se hará una descripción de los principales hallazgos acerca del patrón de conducta Tipo C, así como su probable relación con el proceso de salud-enfermedad, la cual ha sido ampliamente referenciada en la literatura.

2. PATRÓN DE CONDUCTA TIPO C Y SU RELACIÓN CON EL PROCESO DE SALUD- ENFERMEDAD.

Como se mencionó anteriormente en la perspectiva del estudio del proceso salud – enfermedad se han presentado algunos cambios a la largo de la historia, que a su vez han revertido en nuevas tendencias de investigación. Desde hace mucho tiempo se ha pensado que las emociones juegan un papel en la iniciación y progresión de varias enfermedades, y la aparición de las aproximaciones psicoanalíticas en los inicios del siglo anterior alentaron esta visión. Freud argumentó que los síntomas somáticos podían resultar de conflictos emocionales crónicos, proceso que él llamó histeria de conversión. Igualmente, Alexander insistió que la represión de la emoción encuentra una salida en el deterioro de las funciones vegetativas (Gross, 1989). Sin embargo, más allá de las respuestas emocionales aisladas, el enfoque actual se centra en el entendimiento de los factores biopsicosociales.

Es así como el concepto de patrón de conducta toma fuerza en esta nueva comprensión del proceso salud – enfermedad, ya que como lo señalan Sender y cols. (1995, pág. 42), “se trata de una configuración observacional que reúne variables situacionales, rasgos de personalidad, respuestas fisiológicas, creencias, actitudes y otra serie de elementos heterogéneos que covarían juntos, y permiten dar un nombre a una configuración, para ponerla a prueba en la investigación epidemiológica”.

Dentro de estos patrones conductuales hay dos, que han tomado especial fuerza en las investigaciones, dado que son los que presentan mayor soporte en los hallazgos y se relacionan de forma más sistemática con algunas enfermedades, estos son el patrón de conducta Tipo A y Tipo C que se han relacionado con la enfermedad coronaria y el cáncer respectivamente. Se expondrá a continuación el segundo por cuanto es el que nos interesa en el presente trabajo y las investigaciones que se han llevado a cabo alrededor del mismo.

2.1. PATRÓN DE CONDUCTA TIPO C

El concepto de que el cáncer puede estar relacionado de algún modo con el estrés u otros factores psicológicos es probablemente uno de los más antiguos en la historia de la medicina. Hace 2000 años Galeno escribió en su libro “Los tumores” que las mujeres melancólicas eran más susceptibles que aquellas con temperamento sanguíneo a desarrollar cáncer, (Greer y Watson, 1985; Grossarth-Maticek, Eysenck, Boyle, Heeb, Costa, y Diel 2000). Además de esto, desde mediados del siglo pasado, el soporte de la importancia de los factores psicológicos en la génesis, desarrollo y crecimiento de los tumores malignos estuvo ampliamente estudiado y descrito.

Algunas de estas investigaciones hablaban de un mayor riesgo de desarrollar cáncer inmediatamente después de crisis vitales, por lo que se relacionó el cáncer con el estrés y la depresión.

Sin embargo, al tratar de probar estas hipótesis los estudios mostraban resultados contradictorios, en donde en algunos casos sí se encontraba relación entre cáncer y depresión/estrés y en otros casos no, por lo que las investigaciones se fueron especializando para tratar de determinar cuál era el factor real que aumentaba el riesgo de desarrollar cáncer en los individuos. Así, autores como Pettingale (1985); Kneier y Temoshok (1984); Grossarth-Maticek, Siegrist y Vetter (1982); Cox y MacKay (1982); y Greer y Watson (1985), inician una amplia investigación alrededor de este tema en las décadas de los años setenta y ochenta.

En 1985, Greer y Watson proponen un modelo psicobiológico hipotético, en su artículo describen dos componentes de éste modelo: 1. Las características comportamentales del modelo que median las reacciones de estrés y 2. Los concomitantes biológicos de dicho modelo comportamental. La hipótesis principal desarrollada es que los factores psicológicos que describen pueden promover el desarrollo del cáncer.

Según estos autores, hay dos problemas sobresalientes en cualquier modelo psicobiológico de cáncer: 1. que es necesario identificar las respuestas psicológicas particulares y confirmar su ocurrencia más frecuente en quienes desarrollan cáncer y, 2. que estas respuestas necesariamente deben estar asociadas con cambios físicos que se consideren contribuyen al desarrollo del cáncer.

El modelo presentado por los autores muestra un patrón de respuesta psicológica, denominado Tipo C, que aparece como característico de pacientes con cáncer y en el cual pueden observarse variables importantes para evaluar, entre las que se encuentran: supresión de emociones (especialmente el enojo) y conformismo – complacencia. Según su propuesta, la supresión de la emoción parecer tener concomitantes biológicos particulares, dentro de los que estarían, el incremento de la excitación autonómica y de las respuestas endocrinas e inmunológicas durante el estrés.

Sus afirmaciones se basan en estudios como el realizado por Pettingale (1985), en donde el autor mostró una asociación entre los niveles de IgA y la tendencia a suprimir el enojo en un grupo de pacientes con tumores de mama benignos y malignos. Y estudios que mostraban una asociación entre el aumento en la actividad electrodérmica durante el estrés experimental y pacientes con cáncer de mama, con puntajes altos en deseabilidad social, sugiriendo una relación entre la dimensión de la conducta Tipo C denominada complacencia social/conformismo y el incremento de la activación autonómica.

Así, desde el comienzo de las investigaciones se perfilan en el patrón de conducta Tipo C unos rasgos que parecen proveer un mayor riesgo de sufrir cáncer (de igual forma que se considera que el factor realmente perjudicial del de la conducta Tipo A, es la hostilidad), dentro de los cuales el más estudiado ha sido la inhabilidad para expresar las emociones, específicamente aquellas que se consideran negativas, como la ira (Cox y MacKay, 1982) y una

inadecuada descarga emocional, está es la hipótesis que más ha avanzado desde las primeras investigaciones.

En 1985, Grossarth-Maticek, Bastiaans y Kanazir realizan una importante investigación en Yugoslavia, en donde evalúan la relación de los factores de riesgo psicosocial de mortalidad, en un estudio prospectivo de 1353 habitantes de Crvenka. 619 de estos murieron entre 1966 y 1976. Los autores encontraron entre otras cosas que de todas las 38 muertes por cáncer de pulmón, todos tenían altos puntajes en Racionalidad/Antiemocionalidad (R/A), un factor relacionado con la supresión de la agresión, en el cual las personas tienden a actuar de forma racional en todas las situaciones evitando la descarga emocional y la expresión de emociones negativas. Teniendo en cuenta estos hallazgos, afirmaron que las variables psicosociales son un predictor importante de la mortalidad y decisivamente modifican el efecto de los factores de riesgos físico, como fumar.

En este estudio, la incidencia de cáncer fue 40 veces mayor en las personas que respondieron positivamente 10 u 11 de las preguntas del cuestionario de R/A (diseñado por los autores en un estudio anterior) que en el resto de sujetos que respondieron 3 en promedio, lo que muestra el poder predictivo de esta variable, sobretodo si tenemos en cuenta que el estudio no fue retrospectivo, sino prospectivo, en donde los datos se recogieron entre 1965 y 1966, cuando los sujetos no mostraban ningún signo físico, y la mayoría de las muertes ocurrieron 5 a 10 años después.

Los autores argumentan que esta conducta Racional/antiemocional aumenta el estrés psicosocial, el cual a su vez incrementa los niveles de circulación de corticoides y esteroides en general (a través de una vía neuroendocrina que involucra el córtex cerebral, hipotálamo, pituitaria, el córtex adrenal y las gónadas). El estrés incrementa además los niveles de plasma corticoide y esteroide que puede influenciar la "iniciación" de células malignas inactivas, así como deteriorar la competencia inmunológica de los organismos a través de los elevados niveles de corticoides que disminuyen la "vigilancia" inmunológica, lo que puede resultar en la promoción del cáncer; además de esto, es probable que también pueda modular la actividad de enzimas (microsomal) por incremento de los niveles de corticoides y esteroides gonadales, los cuales se ha encontrado que juegan un papel importante en la producción de carcinógenos químicos (endógeno- epóxidos). (Grossarth-Maticek, Bastiaans y Kanazir, 1985).

En general, el patrón de conducta Tipo C fue descrito por Temoshok y Heller (1983) desde sus estudios iniciales, como cooperativo y apacible, no asertivo, paciente, inexpresivo en cuanto a emociones negativas (particularmente la ira) y sumiso con las autoridades externas; más concretamente, este estilo de afrontamiento fue definido por los autores como opuesto al patrón de conducta Tipo A, es decir que los patrones de conducta Tipo A y Tipo C se encontraría en los extremos de un gradiente en el cual se encuentra un patrón de conducta Tipo B en algún punto intermedio, que sería más relajado, equilibrado, lo que llevaría a menor riesgo de enfermedad.

De manera similar Grossarth-Maticek y Eysenck (1990) reportaron que las personas propensas al cáncer de mama tienden a ser demasiado cooperativas, apaciguadas, inasertivas, pacientes, evitan los conflictos, buscan ser armoniosas, sumisas, defensivas, reprimen la expresión de las emociones y son inhábiles para manejar el estrés interpersonal, esto las lleva a experimentar sentimientos de desesperación e impotencia, lo que produce altos niveles de cortisol y deficiencias inmunitarias.

Sin embargo, posteriormente Temoshok, junto con Dreher (1992), escriben un libro en el que recopilan las investigaciones realizadas, y proponen el patrón de conducta Tipo C como un estilo de afrontamiento, más que un tipo de personalidad o un patrón conductual. Según los autores este estilo de afrontamiento se desarrolla desde edades tempranas, gracias al aprendizaje de maneras específicas para afrontar las condiciones adversas. Así, los individuos con conducta Tipo C aprenderían una forma específica de afrontar dichas situaciones, asegurándose de no correr riesgos en sus relaciones sociales, de manera que intentan mantener relaciones armoniosas, lo que los lleva a ser complacientes, sumisos y no expresar sus emociones negativas.

En estudios posteriores, sin embargo, autores como Andreu e Ibáñez (1993) encuentran resultados contradictorios, a partir de los cuales argumentan que: "Parece que la dependencia, la depresión y la baja emocionalidad negativa (aspectos todos ellos vinculados con el constructo de personalidad Tipo C), deben ser entendidas mas bien como diferentes respuestas emocionales a la enfermedad que como características psicológicas premórbidas".

Esto debido a que en sus hallazgos aunque la variable dependencia era mucho mas alta en el subgrupo con cáncer, sin embargo, en relación con la edad y con el desarrollo de la enfermedad, parece que se debía más a éstas y no a que fuese una características premórbida. De igual forma Bleiker y Van Der Ploeg y cols. (1995), en una investigación prospectiva en la que aplicaron cuestionarios de personalidad a 9705 mujeres entre 1989 y 1990, de las cuales 131 fueron diagnosticadas con cáncer entre 1990 y 1994, encontraron sólo una asociación muy débil entre la escala de antiemocionalidad y riesgo de desarrollar cáncer de seno, este hallazgo no fue significativo lo que no les permitió dar soporte a la hipótesis de que los factores de personalidad tienen incidencia en el riesgo de desarrollar cáncer de seno.

Vemos entonces como, igual que con el patrón de conducta Tipo A, hay investigaciones que no apoyan la hipótesis, otras que la contradicen, y otras que simplemente no aportan datos concluyentes. Además, como lo muestra Fernández-Ballesteros y Ruiz (1997) ni siquiera existe acuerdo en la naturaleza de estas variable; mientras unos autores consideran que se trata de "estilos de afrontamiento" frente a la ansiedad (por ejemplo, Temoshock y Dreher, 1992, mencionados anteriormente), otros sostienen que, mas bien pueden ser considerado un estilo o patrón comportamental de anti-emocionalidad o supresión emocional (Greer y Watson, 1985, por ejemplo).

A este respecto, Fernández- Ballesteros y Ruíz (1997), consideran que "los elementos que conforman ambas escalas (refiriéndose a las escalas de Racionalidad y Necesidad de Armonía, comportamientos del patrón de

conducta Tipo C) expresan comportamientos muy específicos referidos a situaciones también específicas, todas ellas relativas al mundo interpersonal; además de esto, dichas escalas parecen mantener un carácter altamente monofactorial por lo que nos inclinamos a pensar que estamos hablando de estilos interpersonales más que de tipos de personalidad"; y finalmente refiriéndose a la postura de que son mecanismos de defensa, agregan que: "Ya que racionalidad y tendencia a la armonía se están evaluando a través de autoinformes y que el sujeto responde a los distintos reactivos verbales de manera consciente parece más lógico pensar que nos encontramos ante estilos de comportamiento interpersonal que, si bien pueden ser producidos de manera automática, son aspectos que el sujeto puede informar como pertenecientes a sí mismo y por tanto, en rigor no deberían ser considerados como mecanismos de defensa".

Sin embargo, como se mencionó anteriormente, se podría agregar que dentro de esta constelación del patrón de conducta Tipo C, se encuentra no sólo la forma de interrelacionarse, sino también la forma de enfrentarse al mundo, es decir de estilos específicos de afrontamiento.

A partir de la década de los 80's, se han realizado investigaciones más especializadas, en donde se intenta especificar el componente real de riesgo del patrón de conducta Tipo C, así como relacionarlo con los factores de riesgo físico. Dentro de esta línea de investigación se encuentra el trabajo realizado por Grossarth-Maticek, Eysenck, Boyle, Heeb, Costa, y Diel (2000), un estudio prospectivo, en el cual evaluaron una variedad de factores de riesgo físicos y psicológicos para el cáncer de mama en 8053 mujeres, en el año 1973; 15 años después, en 1985, investigaron las causas de muerte. Encontraron que ambos factores (tanto físicos como, psicosociales) fueron predictores altamente significativos. En esta investigación los autores realizaron también una intervención terapéutica en un grupo de 72 mujeres con altos puntajes en los factores de riesgo psicológico para el cáncer con el fin de evaluar la posibilidad de evitar o por lo menos disminuir el riesgo de cáncer de mama por medio de terapia psicológica.

Aunque en sus hallazgos, los factores de riesgo físico por sí mismos, fueron más predictivos que los factores de riesgo psicológicos solos, encontraron que ambos interactuaban para crear un efecto sinérgico al predecir la mortalidad. Los factores de riesgo físico fueron evaluados mediante un cuestionario de 25 ítems, dando un punto a cada ítem, en donde se incluían aspectos como fumar, factores genéticos (presencia de cáncer de seno en la familia), edad de la primera menstruación, número de hijos, lactancia, consumo de alcohol, entre otros. Para evaluar el riesgo psicológico, aplicaron un cuestionario sobre personalidad-estrés que contenía seis escalas correspondientes a seis tipos de personalidad propensas a diferentes tipos de enfermedad.

Cuando los autores hablan del efecto sinérgico de la combinación de los factores de riesgo físico y psicológico, se refieren a que ante iguales niveles de riesgo físico, el riesgo se multiplica (no solo se suma) en las mujeres con mayores niveles de riesgo psicológico, es decir que cuando el riesgo psicológico está presente, se necesitan menos factores de riesgo físico para

producir cáncer que cuando no está presente. Además de esto se encontró que la terapia psicológica llevada a cabo con mujeres que desde el principio tenían alto riesgo psicológico de desarrollar cáncer de mama, redujo el número de incidencias.

Con base en estos resultados los autores concluyen que: “Los factores de riesgo físico predicen las muertes futuras por carcinoma de mama con una considerable exactitud; los factores de riesgo psicológico (como estrés, personalidad) predicen la muerte futura por cáncer de mama con un grado menor de exactitud; sin embargo, los factores de riesgo físico y psicológico interactúan sinérgicamente (sus efectos se multiplican); los efectos profilácticos de la psicoterapia (entrenamiento autónomo) sugieren que los factores de riesgo psicológico son causales y no solamente agentes estadísticos en la producción de cáncer de mama” (Grossarth-Maticek y cols., 2000).

Basados en este tipo de hallazgos, se considera entonces, que el estudio de los factores de riesgo psicológico es relevante en la comprensión del desarrollo del cáncer de mama, ya que puede contribuir a desarrollar programas de prevención del mismo. Como se ha señalado en repetidas ocasiones, parece que el factor que con mayor probabilidad predice el desarrollo de cáncer es la expresión emocional, por lo que se ha considerado por diversos autores como el núcleo del patrón de conducta tipo C; razón por la cual se dedicará un apartado para mostrar los hallazgos en esta temática.

2.1.1. Papel de la expresión emocional en el desarrollo y progresión del Cáncer. En 1982, Grossarth-Maticek y cols., publican un estudio longitudinal realizado con 1353 habitantes de Yugoslavia, entre 1965 a 1975, en el cual mostraron que ser un Receptor Pasivo de represión estaba asociado con incidencia subsiguiente de cáncer y que los Emisores Activos de represión interpersonal normalmente eran sujetos con experiencias de enfermedad cardiovascular o circulatoria. Las hipótesis de su estudio eran las siguientes:

Los sujetos con una comunicación interpersonal caracterizada por la sumisión, no agresividad, auto-degradación y susceptible a las señales represivas de otras personas dominantes en su grupo de afiliación, tienen un mayor riesgo de desarrollo cáncer en el futuro, comparados con los sujetos sin estas características.

Los sujetos con una comunicación interpersonal caracterizada por una competitividad activa, con esfuerzos por mantener el control sobre la interacción interpersonal y con una influencia y represión sobre otras personas, tienen un alto riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares o circulatorias en el futuro, comparados con sujetos sin estas características.

Lo novedoso de esta investigación está en el hecho de diferenciar tanto aquellos sujetos que son emisores, como a aquellos que son receptores de represión emocional, así como relacionar este factor con los patrones de conducta antes visto, de forma que los sujetos con patrón de conducta Tipo A serían emisores de represión y los sujetos con patrón de conducta Tipo C serían receptores. Como se mencionó, sus hallazgos apoyan las hipótesis, lo

cual empieza a mostrar un camino a seguir para el estudio del control y la represión emocional.

El primer paso era desarrollar instrumentos que evaluaran este constructo. En 1983, Watson y Greer, desarrollan un cuestionario, para medir el control emocional. El objetivo era evaluar la magnitud que reportan los individuos en el control de la ira, ansiedad y humor depresivo. Los ítems de este cuestionario se derivaron de las repuestas dadas en una entrevista clínica semi-estructurada (basada en la Escala Courtauld de Control Emocional - CECS) con pacientes a las que se les iba a practicar una biopsia de seno. La forma final de la escala quedó conformada por 21 ítems (7 en cada subescala).

De igual forma, Grossarth-Maticek y cols. (1985, citados en López y cols., 2002, y en Van Der Ploeg y cols. 1989), basados en el estudio realizado en Yugoslavia por ellos mismos, desarrollaron una escala para evaluar el constructo que ellos denominaron Racionalidad- Antiemocionalidad (RA-E), un factor relacionado con el control o supresión de la ira. En 1989, Van Der Ploeg y cols. ponen a prueba este constructo al traducir la escala desarrollada por Grossarth-Maticek al inglés, y convertirla en una prueba de lápiz y papel (ya que originalmente se desarrolló como entrevista oral) realizándole los respectivos análisis de validez y confiabilidad, para luego aplicarla, en un segundo estudio, a pacientes con cáncer.

En su primer estudio los autores encuentran que aunque la escala de RA-E de Grossarth-Maticek está representada por un solo factor, sus hallazgos no apoyan este punto de vista, ya que en sus resultados se obtuvo un instrumento más sensible, que indicaba dos factores, uno respecto a las acciones “racionales y razonables”, y uno “a tratar de entender a la gente”, ambos a pesar de los sentimientos negativos que pudieran tener los individuos, y expresan que estos factores implícitamente requieren la supresión y represión de sentimientos hostiles, irritación e ira, o al menos el control de la ira por medio de conducta racional, tratando de mantener buenas relaciones con los otros. Además agregan que es el control o supresión de la ira, más que la ausencia de ira lo que parece ser importante y estar en el núcleo del concepto.

Una de las líneas de investigación ha sido comparar a los pacientes con cáncer con las paciente con enfermedades cardiovasculares, esto debido que aunque en un principio se consideró que el opuesto del patrón de conducta Tipo A, era el Tipo B, ahora se considera que al patrón Tipo A y Tipo C son los polos extremos de un continuo de estilos comportamentales (sobretudo interpersonales) y de afrontamiento, donde el tipo B sería un punto intermedio.

Estudios como el realizado por Temoshok y Kneier (1984), en el que miden los niveles de represión de emociones negativas, en este caso específico la ansiedad, a partir de la discrepancia entre la ansiedad reportada y la mostrada fisiológicamente a través de medidas electrodérmicas en respuesta a la ansiedad provocada en un procedimiento experimental; en este estudio encontraron que el grupo con melanoma fue significativamente más represivo en estas medidas, mientras que los pacientes con enfermedad cardiovascular fueron menos represivos.

Debido a que estas diferencias en la postura defensiva fueron independientes de la severidad de la enfermedad, los autores sugieren que ello no era solamente un artificio de las diferencias en la ansiedad relacionada con la enfermedad y que además: “es más lógico asumir que cuando las personas son diagnosticadas con una enfermedad esto no presupone un cambio precipitado de sus maneras usuales de afrontamiento al estrés, o que repentinamente desarrolle un nuevo patrón, ya que las personas usualmente movilizan sus recursos y defensas existentes”. De acuerdo con esta línea de razonamiento, los pacientes con melanoma pueden haber tenido una tendencia premórbida a la represión, mientras que los cardiovasculares pueden haber tenido una tendencia premórbida a expresar más su ansiedad.

Sin embargo, para muchos autores es confuso el significado que se le da a “expresión emocional” (Gross, 1989), ya que se confunden los términos de control y represión emocional. De forma que, según Gross podría sugerirse que la discusión de expresión emocional se clarificaría si “respuesta emocional” fuera contrastada con “no respuesta emocional” y la anterior fuera dividida entre expresión emocional y no expresión emocional. La última de esta subdivisión, “no expresión emocional”, puede también ser dividida, entre Supresión (en la cual conscientemente se inhiben los componentes expresivos de una respuesta emocional) y Represión (en la cual uno no es consciente de las repuestas fisiológicas al responder emocionalmente).

Según Pennebaker (1985, citado en Emmons y King, 1990) la falta de expresión per se no es patógena. Mas bien, de acuerdo con el autor, la falta de expresión emocional unida al deseo de expresar las emociones, es la combinación fatal. Este autor acuñó la frase “inhibición activa” para referirse al proceso de “impedirse intencionalmente a sí mismo acciones deseadas”.

Sin embargo, las investigaciones, no son concluyentes aún a este respecto, aunque parecen dirigirse más en la línea de que es el control (o supresión) consiente de las emociones el factor que más riesgo trae sobre la salud de los individuos (Fernández-Ballesteros, 1998; Watson y cols., 1984; Gross, 1989; Emmons y King, 1990), más específicamente con un mayor riesgo de desarrollar cáncer.

En esta investigación, nos basamos en la adaptación y estandarización en población colombiana realizadas por Amaya y Gordillo (2004) de un instrumento diseñado para evaluar el Patrón de Conducta Tipo C (PCTC), por las investigadoras López, Ramírez, Esteve y Anarte en España (2002). Para elaborar dicho instrumento las autoras se apoyaron en un análisis realizado en conjunto a diferentes escalas que se han utilizado tradicionalmente para evaluar componentes de dicho patrón conductual, las escalas utilizadas fueron: La escala Courtauld de Control Emocional (CECS) de Watson y Greer (1983), escala de Racionalidad y Antiemocionalidad (RA-E) de Grossarth-Maticek et al. (1985), escala de Defensividad Emocional (R/ED) y escala de Necesidad de Armonía (N/H) de Spielberg (1988), escala de Expresión y control Emocional (EEC) de Bleiker y cols. (1995), y finalmente 20 ítems del Inventario Breve de Reacciones Interpersonales de Grossarth-Maticek y Eysenck (1990), 10 ítems

pertencientes a la escala Tipo 1, proclive al cáncer, y 10 pertenecientes a la escala Tipo 5, proclive al cáncer y a la depresión.

En un análisis factorial inicial las autoras encontraron 5 factores en los cuales se agrupaban 45 ítems de los 98 iniciales, dichos factores fueron denominados así:

1. Control Emocional: con ítems alusivos al grado en que los individuos utilizan la razón y la lógica para evitar emociones socialmente consideradas como negativas.
2. Represión Emocional: con ítems cuyo contenido se refería a la inhibición de la expresión de emociones consideradas socialmente como negativas.
3. Racionalidad: con ítems que hacían referencia al uso de la razón y la lógica como modo general de enfrentarse al mundo.
4. Necesidad de Armonía: con ítems indicativos de la inclinación del individuo a velar por el equilibrio en sus reacciones interpersonales.
5. Comprensión: con ítems que se referían al grado en que las personas intentan ponerse en el lugar de los demás y entenderlos a pesar de sentir emociones negativas suscitadas por los mismos.

Luego de los análisis realizados con este instrumento, las autoras eliminaron algunos ítems que disminuían la consistencia interna de la prueba, quedando una escala final de 26 ítems que se agrupan en los cinco factores expuestos anteriormente.

3. METODOLOGÍA

3.1. PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El presente estudio se sitúa dentro de la línea de investigación de psicooncología; en el cual se busca describir y comparar los resultados obtenidos por pacientes oncológicos y sujetos sanos frente al Patrón de Conducta Tipo C y determinar si de los componentes de este, es el Control Emocional aquel que cobra mayor relevancia. De esta manera, la presente investigación se dirige a lograr los siguientes objetivos:

3.1.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar si los pacientes oncológicos y las personas sanas difieren significativamente en las dimensiones que de acuerdo a los resultados obtenidos por Amaya, Gordillo y Restrepo (2006) conforman el patrón de conducta Tipo C.

3.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Realizar una entrevista estructurada a una muestra de pacientes con cáncer con el fin de obtener datos socio-demográficos.
2. Aplicar el Cuestionario de Patrón de Conducta Tipo C (PCTC) y la Escala Courtauld de Control Emocional (CECS) a pacientes oncológicos.
3. Realizar análisis diferenciales de los resultados obtenidos por los pacientes oncológicos en cada una de las dimensiones que conforman el patrón conductual y la población colombiana, según los resultados obtenidos por Amaya y Gordillo (2006).
4. Realizar correlaciones entre el Cuestionario de Patrón de Conducta Tipo C (PCTC) y la Escala Courtauld de Control Emocional (CECS) y cada una de sus subescalas.

3.2. DISEÑO

Estudio descriptivo - comparativo transeccional. Como explica Hernández Sampieri (2003), las investigaciones descriptivas buscan especificar

propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice, comparativo en tanto que se busca comparar los datos obtenidos en dos grupos diferentes.

Por ultimo, se concluye que la investigación se realizará bajo el diseño transeccional a partir del cual se “Recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (o describir comunidades, eventos, fenómenos o contextos).” (Hernández Sampieri, 2003).

De esta forma, se busca que la descripción y comparación de los resultados obtenidos por pacientes oncológicos y sujetos sanos frente al Patrón de Conducta Tipo C, se logre en el lapso de tiempo estipulado para ello, donde los datos recolectados mediante las técnicas que se emplearán se recopilen en un único momento del proceso terapéutico que realiza la población objeto de estudio.

3.3. HIPÓTESIS

Con base en la revisión teórica, se plantearon las siguientes hipótesis en el presente estudio:

1. Los resultados en las dimensiones que componen el Patrón de conducta Tipo C, medido a partir de la escala PCTC, adaptada y estandarizada por Amaya y Gordillo (2004) para población colombiana, se diferenciarán significativamente entre la población sana y los pacientes oncológicos.
2. Los resultados obtenidos por los pacientes oncológicos en el cuestionario Patrón de conducta Tipo C (PCTC) se correlacionarán de forma significativa con los obtenidos en la Escala de Control Emocional (CECS).

3.4. PARTICIPANTES

El Cuestionario de Patrón de Conducta Tipo C (PCTC) y la Escala Courtauld de Control Emocional (CECS) fue aplicado a una muestra de 35 pacientes oncológicos, bajo una muestra no probabilística de sujetos - tipo, es decir que se aplicaron los instrumentos solamente a aquellos pacientes que cumplían con ciertos criterios de inclusión como tipo de cáncer y deseo voluntario de participar en el estudio. En la tabla 5 se muestran las principales características de esta muestra.

Tabla 5. Datos sociodemográficos de la muestra (frecuencias y porcentajes)

N = 35		F (%)
SEXO	Hombres	7 (20%)
	Mujeres	28 (80%)
EDAD (M = 54,23; DT = 11,33)	30 a 39 años	4 (11,4%)
	40 a 49 años	7 (20,0%)
	50 a 59 años	10 (28,6%)
	60 o más	14 (40%)
PROCEDENCIA	Santander Rural:	15 (42,9%)
	Santander Urbano:	9 (25,7%)
	Fuera de Santander Rural:	4 (11,4%)
	Fuera de Santander Urbano:	7 (20%)
OCUPACIÓN	Hogar	19 (54,3%)
	Empleado	5 (14,3%)
	Trabajador Independiente	9 (25,7%)
	Religiosa	2 (5,7%)
NIVEL EDUCATIVO	Analfabeta	5 (14,3%)
	Primaria Incompleta	13 (37,1%)
	Primaria Completa	9 (25,7%)
	Bachillerato Incompleto	5 (14,3%)
	Bachiller	1 (2,9%)
	Técnico/ Tecnólogo	1 (2,9%)
Postgrado	1 (2,9%)	
ESTADO CIVIL	Solteros	3 (8,6%)
	Casados	14 (40%)
	Unión Libre	4 (11,4%)
	Separados	8 (22,9%)
	Viudos	4 (11,4%)
	Célibes	2 (5,7%)
TIPO DE DIAGNÓSTICO	CA Mama	14 (40%)
	CA Útero	10 (26,8%)
	CA Sistema digestivo	8 (22,9%)
	CA Próstata	1 (2,9%)
	CA Ganglios	1 (2,9%)
	CA Tiroides	1 (2,9%)

El tipo de diagnóstico que se incluyó dentro de la muestra se definió a partir de investigaciones anteriores que han mostrado que el patrón de conducta Tipo C se considera un factor de riesgo solo para aquellas neoplasias relacionadas con el sistema psiconeuroinmunoendocrino, además de esto se incluyeron algunos cánceres del sistema digestivo, por sugerencia de los oncólogos del Centro Oncológico, quienes consideran que este grupo también puede presentar este patrón conductual y porque además está bien reportado en las investigaciones que las emociones afectan el funcionamiento del sistema digestivo.

Los resultados obtenidos por este grupo de pacientes oncológicos fue comparado con los resultados obtenidos por la muestra de 1001 sujetos

(población sana) con la cual se hizo la estandarización del instrumento en Colombia, (Amaya y Gordillo 2004).

3.5. INSTRUMENTOS

Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

El Cuestionario que evalúa el constructo de Patrón de Conducta Tipo C adaptado y estandarizado en población colombiana por Amaya y cols. (2006). Esta escala está compuesta por 23 ítems que se agrupan en 4 factores de la siguiente forma: 10 ítems en No expresión emocional, 4 en Racionalidad, 3 en Necesidad de armonía y 6 en Comprensión. Las respuestas a dichos ítems se califican con uno (1) o cero (0), donde *Sí* es uno (1) y *No* es cero (0); con excepción de los ítems que puntúan inverso y que pueden verse en el Anexo 1.

La Escala Courtauld de Control Emocional (CECS) de Watson y Greer (1983) adaptada al castellano por Anarte y cols (2001), la cual consta de 21 ítems, que se agrupan en tres subescalas: Control de la Ira, Control de la Preocupación y Control de la Tristeza (cada una con 7 ítems). Al igual que en el caso anterior, las respuestas a dichos ítems se califican con uno (1) o cero (0), donde *Sí* es uno (1) y *No* es cero (0); con excepción de los ítems que puntúan inverso y que pueden verse en el Anexo 2.

Para conocer el formato tal y como fue aplicado a los participantes ver Anexo 3.

3.6. PROCEDIMIENTO

El estudio se realizó con pacientes del Centro Oncológico de Bucaramanga, quienes conocían la naturaleza del estudio y permitieron a la investigadora abordar a los mismos. El cuestionario fue heteroaplicado; así, en los casos donde se dificultara la comprensión de las instrucciones o de los ítems se aclaraban las inquietudes y se leían las preguntas para que las personas pudieran contestar correctamente.

La captación de los sujetos se hizo en las instalaciones del centro de salud. A las personas se les abordaba explicándoles el carácter de la investigación así como la confidencialidad de los datos suministrados.

Para garantizar el carácter voluntario de la investigación, se llenó el formato de consentimiento informado (Ver Anexo 4) el cual leían los pacientes antes de contestar los cuestionarios y si estaban de acuerdo se procedía a iniciar el ejercicio de aplicación por parte de la investigadora. Una vez aplicados los cuestionarios, los datos recopilados fueron analizados a partir del programa estadístico SPSS 15.0.

4. RESULTADOS

4.1 CONFIABILIDAD

Para realizar el análisis de confiabilidad se calculó el índice Alpha de Cronbach para determinar la consistencia interna de las pruebas; en el cuestionario de personalidad Tipo C (PCTC) se encontró un Alpha de **0,713** el cual indica un alto nivel de correlación entre los ítems que integran la prueba, para esta prueba no se hicieron más análisis por cuanto el estudio de su confiabilidad y validez ya se había realizado en un estudio anterior (Amaya y cols. 2006).

En cuanto a la Escala Courtauld de Control Emocional (CECS) se hizo el cálculo de homogeneidad, encontrándose un Alpha de Cronbach de 0,805; para esta escala se calcularon además las correlaciones entre cada ítem y el puntaje total de la prueba y el Alpha si se eliminara cada ítem, los resultados se muestran en la tabla 6.

Tabla 6. Correlaciones de los ítems con puntaje total de la prueba y Alpha de Cronbach si se elimina el elemento.

Ítems	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
item1ce1	,316	,801
item2ce1	,463	,792
item3ce1	-,272	,836
item4ce1	,233	,808
item5ce1	,553	,786
item6ce1	,741	,786
item7ce1	,653	,783
item1ce2	,434	,793
item2ce2	,463	,792
item3ce2	,554	,785
item4ce2	,436	,793
item5ce2	,000	,807
item6ce2	-,030	,813
item7ce2	,436	,793
item1ce3	,351	,798
item2ce3	,761	,779
item3ce3	,741	,786
item4ce3	,622	,782
item5ce3	,438	,793
item6ce3	,000	,807
item7ce3	-,184	,816

Como puede observarse en la tabla 6, hay tres ítems que se correlacionaron de forma negativa con la prueba y que al ser eliminados mejorarían la consistencia interna de la misma; estos ítems comparten una redacción similar (“Cuando está bravo.. echa fuera su mal humor”, “Cuando está preocupado.. echa fuera esa preocupación”, “Cuando está triste.. echa fuera la tristeza”) la cual puede presentar diferencias socio-culturales de interpretación y ponen de manifiesto que no se acomodan bien al objeto de medición de esta escala. De esta forma se decidió eliminar los ítems de cada una de las subescalas y calcular un nuevo Alpha para la prueba resultante con 18 ítems, el resultado obtenido fue de **0,856**; un índice de homogeneidad bastante alto, que indica una alta correlación entre los ítems.

Al calcular la confiabilidad para cada subescala del CECS (con 18 ítems) se encontró que el Alpha oscilaba entre 0,766 y 0,789; los Alpha de cada subescala se muestran en la Tabla 7.

Tabla 7. Alpha para cada una de las subescalas del CECS

Nombre de la escala	Alpha
Control de la ira	0,766
Control de la preocupación	0,789
Control de la tristeza	0,772

De acuerdo con la anterior tabla se puede ver como las tres subescalas tienen un muy buen nivel de consistencia interna.

El nivel de confiabilidad encontrado en ambos cuestionarios (PCTC= 0,713 y CECS=0,856) son altos, si tenemos en cuenta que en las pruebas de personalidad suelen aceptarse valores superiores a 0.60 (Aiken, 1995), pues no trabajamos con objetos susceptibles de ser medidos directamente, sino que se trata de constructos que son medidos indirectamente a partir de conductas observables o de autorreportes.

4.2 CORRELACIÓN PCTC Y CECS

Con el fin de determinar la relación entre el Patrón de conducta Tipo C y el Control Emocional se realizó una correlación entre los cuestionarios aplicados en la muestra de pacientes oncológicos, para la cual se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson.

Al realizar la correlación, entonces, entre las escala PCTC y el CECS, encontramos, como se observa en la tabla 8, que la correlación fue de 0,396, la cual es significativa al 0,05, lo que representa una correlación media entre los dos cuestionarios.

Tabla 8. Resultados de la correlación entre los puntajes obtenidos por los pacientes oncológicos en el Cuestionario PCTC y la Escala CECS y sus subescalas.

	Correlación con puntaje total PCTC
CECS	0,396*
Subescala Control de la ira	0,526**
Subescala Control de la preocupación	0,129
Subescala Control de la tristeza	0,303

* Significativo al 0.05; **Significativo al 0.01

Como muestra la tabla 8, la subescala Control de la ira muestra una correlación importante y significativa, y aunque la correlación de la subescala Control de de la tristeza muestra una correlación media con la escala PCTC, esta no alcanza a ser significativa, posiblemente por el reducido tamaño de la muestra.

4.3 COMPARACIÓN DE MEDIAS CON POBLACIÓN NACIONAL

Con el fin de determinar si se presentaban diferencias significativas, entre los resultados obtenidos en el cuestionario PCTC por los pacientes oncológicos y los datos que se observan en la tabla 9, obtenidos con población colombiana (Amaya y Gordillo 2004)¹, se hizo un proceso de comparación de medias.

Tabla 9. Descriptivos estadísticos del PCTC en Población Colombiana

	N	Media	Desviación estándar
PCTC	1001	11.82	4.66

Estos análisis se realizaron con la prueba t para una muestra, el resultado puede verse en la tabla 10 y 11.

Tabla 10. Estadísticos descriptivos del PCTC para la muestra de pacientes oncológicos

	N	Media	Desviación estándar
Total PCTC	35	15,83	3,839

Tabla 11. Prueba t para una muestra, comparación con la media nacional.

	Valor de prueba = 11.82					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Total PCTC	6,178	34	,000**	4,009	2,69	5,33

Como puede observarse en la tabla 11, el resultado de la Prueba t para la diferenciación de medias fue de 6,178, con un nivel de significancia del 0.00, lo cual permite afirmar que existe una diferencia significativa entre los datos obtenidos en la muestra de pacientes oncológicos y los obtenidos en la población colombiana.

Además de esto se calcularon las diferencias entre los resultados obtenidos en cada una de las subescalas que componen el cuestionarios PCTC (Na, Ra, Co, y Nee), para las primeras tres se realizaron Chi – cuadrados teniendo en cuenta las frecuencias esperadas y las frecuencias observadas, esto debido a que están compuestas por un número reducido de ítems y para la subescala No expresión emocional (Nee) se realizó una prueba t para una muestra, ya que ésta última sí cuenta con los suficientes ítems para aplicar este estadístico. Los resultados se muestran en las tablas 12 a la 19.

Tabla 12. Estadísticos para la muestra de pacientes oncológicos, subescala No expresión emocional

	N	Media	Desviación estándar
Total Nee	35	7,29	2,674

Tabla 13. Prueba t para una muestra, comparación con la media nacional, subescala No expresión emocional.

	Valor de prueba = 4.94					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Total PCTC	5,189	34	,000**	2,346	1,43	3,26

El resultado de la Prueba t para la diferenciación de medias de la subescala No expresión emocional fue de 5,189, con un nivel de significancia del 0.00, lo cual permite afirmar que existe una diferencia significativa entre los datos obtenidos en la muestra de pacientes oncológicos y los obtenidos en la población colombiana en esta dimensión del Patrón de conducta Tipo C.

Para el cálculo del Chi cuadrado inicialmente se computaron las frecuencias esperadas en cada categoría de las subescalas basado en las proporciones obtenidas a nivel nacional.

Tabla14. Frecuencias esperadas y observadas en la subescala Necesidad de Armonía

	Necesidad de Armonía			
	Categoría	N observado	N esperado	Residual
1	0	2	12,0	-10,0
2	1	7	9,0	-2,0
3	2	8	9,0	-1,0
4	3	18	5,0	13,0
Total		35		

Tabla 15. Chi-cuadrado según las frecuencias esperadas y observadas, subescala Na.

	Necesidad de Armonía
Chi-cuadrado(a)	42,689
gl	3
Sig. asintót.	,000**

Tabla 16. Frecuencias esperadas y observadas en la subescala Racionalidad

	Racionalidad			
	Categoría	N observado	N esperado	Residual
1	0	10	4,0	6,0
2	1	6	5,0	1,0
3	2	2	7,0	-5,0
4	3	2	8,0	-6,0
5	4	15	11,0	4,0
Total		35		

Tabla 17. Chi-cuadrado según las frecuencias esperadas y observadas, subescala Ra.

	Racionalidad
Chi-cuadrado(a)	18,726
gl	4
Sig. asintót.	,001**

Tabla 18. Frecuencias esperadas y observadas en la subescala Comprensión

	Comprensión			
	Categoría	N observado	N esperado	Residual
1	0	1	3,0	-2,0
2	1	3	4,0	-1,0
3	2	4	6,0	-2,0
4	3	1	6,0	-5,0
5	4	5	7,0	-2,0
6	5	14	6,0	8,0
7	6	7	3,0	4,0
Total		35		

Tabla 19. Chi-cuadrado según las frecuencias esperadas y observadas, subescala Co₂

	Comprensión
Chi-cuadrado(a)	22,988
gl	6
Sig. asintót.	,001**

Los resultados que observados en las tablas 15, 17 y 19 muestran como en las tres subescalas se presentan diferencias significativas entre los puntajes esperados y los obtenidos por el grupo de pacientes oncológicos.

4.3.1 Comparación de Medias Según Variables Socio-demográficas

Además de las variables socio-demográficas descritas en el apartado sobre participantes (edad, género, procedencia, ocupación, nivel educativo, estado civil y tipo de diagnóstico) a los sujetos se les preguntó si antes de recibir el diagnóstico (3 años antes) habían tenido algún tipo de pérdida importante en su

vida, que sintieran los había afectado emocionalmente (esto con el fin de evaluar duelo) y si era así, qué tipo de pérdida había sido.

Las frecuencias a este respecto se muestran en la tabla 20.

Tabla 20. Tabla de frecuencias y porcentajes de duelo antes del diagnóstico

N = 35		F (%)
Duelo antes del diagnóstico	Si	22 (62,9%)
	No	13 (37,1%)
Tipo de Duelo	Muerte familiar de primer grado	7 (20,0%)
	Muerte familiar segundo grado	4 (11,4%)
	Separación o divorcio	3 (8,6%)
	Pérdida de bienes	2 (5,4%)
	Otros	6 (17,1%)

La tabla muestra que la mayor parte de los participantes había tenido un duelo importante antes del diagnóstico, lo cual es de esperarse según la edad promedio del grupo (54 años), de modo que lo que se buscaba era calcular si existía una diferencia significativa en los resultados de los cuestionarios en estos grupos; de esta forma se aplicó una prueba t para determinar si existía diferencia significativa entre aquellos que habían tenido algún tipo de duelo y los que no y en el primer grupo se aplicó una Anova para determinar si existía diferencia significativa según el tipo de pérdida que habían sufrido, los resultados se muestran a continuación:

Tabla 21. Resultados en las medias y desviaciones estándar en la escala CECS y el cuestionario PCTC, según la variable “Duelo antes del diagnóstico”

Escala	Duelo antes del diagnóstico	Media	Desviación estándar	N
PCTC	Si	15,23	4,27	22
	No	16,85	2,82	13
CECS	Si	13,23	4,47	22
	No	14,38	2,18	13

Como puede observarse en la tabla 21, y según los resultados obtenidos en para el cuestionario PCTC en la prueba de Levene ($F=1,93$; $p = 0.176$) y en la Prueba t ($t(33) = -1,214$; $p = 0.233$); y los resultados obtenidos para la escala CECS en la prueba de Levene ($F=2,17$; $p = 0.150$) y en la Prueba t ($t(33) = -0,870$; $p = 0.390$); puede afirmarse que no se presenta una diferencia significativa, ni en las medias, ni en las varianzas en estos grupos, en ninguna de las dos escalas.

En cuanto a la variable “Tipo de Duelo”, se realizó una Anova para determinar si existían diferencias significativas entre los grupos en los puntajes obtenidos en las dos escalas; los resultados se muestran a continuación:

Tabla 22. Resultados de Anova entre grupos según variable “Tipo de Duelo”

Escala		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
PCTC	Inter-grupos	46,340	4	11,585	,583	,679
CECS	Inter-grupos	25,399	4	6,350	,274	,891

Como puede verse en la tabla 22, si se tiene en cuenta los resultados en la prueba F, no se presentan diferencias significativas entre los grupos.

Para determinar si existía diferencia significativa en los resultados obtenidos al comparar las variables socio-demográfica se aplicaron Anovas para las variables rango de edad, ocupación, estado civil, procedencia y tipo de diagnóstico; los resultados se pueden ver a continuación:

Tabla 23. Anovas realizados para las variables demográficas: Rango de Edad, Ocupación, Estado Civil, Procedencia y Tipo de Diagnóstico.

Escala		Rango de Edad	Ocupación	Estado Civil	Procedencia	Tipo de Dx
PCTC	Prueba F	0,795 (gl1= 3, gl2= 31)	0,682 (gl1= 3, gl2= 31)	0,787 (gl1= 5, gl2= 29)	0,830 (gl1= 3, gl2= 31)	0,697 (gl1= 5, gl2= 29)
	Nivel de sig.	0,506	0,570	0,567	0,488	0,630
CECS	Prueba F	1,514 (gl1= 3, gl2= 31)	0,245 (gl1= 3, gl2= 31)	1,267 (gl1= 5, gl2= 29)	2,459 (gl1= 3, gl2= 31)	0,430 (gl1= 5, gl2= 29)
	Nivel de sig.	0,230	0,864	0,305	0,081	0,824

Si se tiene en cuenta los resultados en las pruebas F y los niveles de significancia, puede afirmarse que no se presentan diferencias significativas en ninguno de los grupos.

En cuanto a la variable género, se realizó la comparación mediante el uso de prueba t. Los resultados de las medias y desviaciones estándar según género pueden verse en la tabla 24.

Tabla 24. Resultados en las medias y desviaciones según género.

Escala	Género	Media	Desviación estándar
PCTC	Mujeres	16,25	3,78
	Hombres	14,14	3,84
CECS	Mujeres	13,71	3,89
	Hombres	13,43	3,59

El resultado de la Prueba t para la diferenciación por género en el cuestionario PCTC fue de 1,313, con un nivel de significancia del 0,198, y para la escala CECS fue de 0,176, con un nivel de significancia del 0,861; lo que no representa una diferencia significativa en las medias obtenidas por género en ninguna de las dos pruebas.

5. CONCLUSIONES

Atendiendo a los objetivos planteadas para el presente estudio, en primer lugar se encontró que el PCTC, aplicado a muestra de pacientes oncológicos, presentó un nivel de homogeneidad bastante alto (.713), y aunque mostró diferencias en el nivel de confiabilidad en las subescalas Necesidad de Armonía (Na) y Racionalidad (Ra), pues el KR20 para la subescala Na en la muestra fue 0,55 mientras que para la población colombiana fue de 0,63 y para la subescala Ra en la muestra fue 0,91 y en la población colombiana fue de 0,67; para las otras dos subescalas la confiabilidad es bastante similar en los dos estudios, y es importante tener en cuenta que la homogeneidad en este caso se calcula para determinar la confiabilidad de la prueba en la muestra, pero que para determinar la homogeneidad de la prueba en sí, se debe hacer con muestras grandes como lo fue la realizada a nivel nacional, por lo que dichos resultados son más acertados.

Al realizar los análisis de confiabilidad para la escala CECS se eliminaron 3 ítems por cuanto se correlacionaban de forma negativa con el resto de la prueba y disminuían la homogeneidad de la misma; probablemente el funcionamiento inadecuado de los ítems en nuestra población se deba principalmente a su redacción "Echa fuera..." ya que este podrían interpretarse como un esfuerzo por mostrar a los otros las emociones, o bien como un esfuerzo individual de deshacerse de la emoción sin que nadie lo note y según la manera como lo interprete cada persona cambia totalmente el sentido del ítem.

Finalmente, eliminando estos ítems, la escala CECS presentó un índice de homogeneidad alto (.805), así como cada una de sus subescalas con Alphas que oscilaba entre .766 y .789. Estos resultados nos permiten continuar con los análisis planteados para este estudio por cuanto evidencian un buen funcionamiento de las escalas en la muestra de pacientes oncológicos.

Se ha mostrado a través de varias investigaciones (por ejemplo, Grossarth-Maticek y cols., (1985); Grossarth-Maticek y Eysenck, (1990) que el patrón de conducta Tipo C tiene una serie de características, como son la inexpressión de emociones consideradas socialmente negativas, el autosacrificio, la necesidad de mantener relaciones armoniosas, la comprensión y la racionalidad; de igual manera se ha encontrado que los pacientes oncológicos reportan puntuaciones mas altas en las dimensiones de racionalidad, necesidad de armonía y control emocional, Temoshok y Kneier, (1984); Grossarth-Maticek y cols.(1985); Fernández-Ballesteros y cols., (1998); Bleiker y cols., (1995); Van Der Ploeg y cols., (1989); Greer y Watson, (1985) y López y cols., (2002), y que son estas dimensiones las que mejor discriminan a los pacientes con cáncer de las personas sanas.

Por otro lado, como afirma Van Der Ploeg y cols. (1989), la racionalidad colaboraría en el control de las emociones que es usado con el propósito de mantener relaciones armoniosas con los otros, por lo que se podría pensar que estas dimensiones se interrelacionan para conformar el Patrón de Conducta Tipo C.

En el presente estudio se encontraron diferencias significativas entre el Patrón de Conducta Tipo C y cada una de las dimensiones que según Amaya y cols. (2004) lo componen (Necesidad de Armonía, Racionalidad, Comprensión y No expresión emocional) entre los pacientes oncológicos y la población nacional, lo cual brinda soporte a los hallazgos encontrados en las investigaciones antes mencionadas y apoya la hipótesis planteada en este estudio que considera que existe diferencia significativa entre los pacientes con cáncer y la población sana en estas dimensiones.

Es de observar que al igual que en otras investigaciones la No expresión emocional (referida al control de las emociones negativas: ira, preocupación y tristeza) mostró una diferencia significativa entre la población colombiana y los pacientes oncológicos; esta ha sido postulada como la característica más relevante de este patrón conductual, así, autores como Cox y MacKay (1982) y Van Der Ploeg y cols. (1989), afirman que el control de las emociones y la inhabilidad para expresarlas sería lo que al parecer puede considerarse el núcleo del constructo Tipo C.

De igual forma, al realizar la correlación entre la escala de control emocional y el cuestionario de patrón de conducta tipo c, se encontró una correlación significativa entre estos. En varias investigaciones se ha mostrado que al parecer este eje puede ser el que está relacionado con el proceso salud-enfermedad, por ejemplo Cox y Mackay (1982), encontraron que una descarga emocional inapropiada puede estar relacionada con el desarrollo de ciertos tipos de cáncer, al igual que autores como Fernández-Ballesteros, (1998); Watson, Pettingale y Greer, (1984); Gross, (1989); Emmons y King, (1990), quienes a través de sus investigaciones han reportado que el control (o supresión) consciente de las emociones aparece como el factor que más se relaciona con el riesgo de desarrollar algunos tipos de cáncer.

Además de esto, se considera que entre las emociones negativas, el control de la ira u hostilidad es aquel que al parecer podría relacionarse en mayor medida con las repercusiones en salud y al realizar las correlaciones entre las subescalas de la escala CECS y el cuestionario PCTC se encontró que solamente el control de la ira mostraba una correlación alta y significativa.

Teniendo en cuenta estos hallazgos, en el presente estudio, se considera que si los patrones de conducta aparecen como factor de riesgo para la salud, este riesgo probablemente radique en el manejo de la expresión emocional y sus efectos fisiológicos (especialmente de la ira), tanto si no se permite tal expresión como si se da de manera muy acentuada. Esto concuerda con las afirmaciones hechas por autores como Greer y Watson (1985); Grossarth-Maticek y cols. (1985); Grossarth-Maticek y Eysenck (1990); quienes reportan que la no expresión emocional puede tener efectos directos sobre respuestas

fisiológicas que probablemente pueden aparecer como desencadenantes de procesos mórbidos; al igual, se ha reportado que la expresión emocional desahogada, característica del patrón Tipo A, se relaciona con procesos fisiológicos los cuales pueden llevar al aumento en el riesgo de infarto del miocardio o angina de pecho.

En cuanto a las variables socio-demográficas, se encontró que ninguna de estas mostraba diferencias significativas en las medias por lo que se descartan posibles errores de medida por género, edad, ocupación, nivel educativo, estado civil o procedencia.

Es importante anotar que la variable tipo de diagnóstico (tipo de CA) tampoco mostró diferencias significativas en las medias, entre sus categorías, lo cual puede evidenciar que al igual que el Patrón de Conducta Tipo C puede ser un factor de riesgo para la formación de cánceres hormonodependientes también puede serlo para otros tipo de cáncer como los relacionados con el sistema inmunológico y sistema digestivo por cuanto el funcionamiento de estos dos sistemas tienen una directa relación con los estados emocionales.

Además de esto, la variable incluida para determinar si haber sufrido una pérdida importante (es decir un proceso de duelo) interfería en los resultados obtenidos en el Patrón de Conducta tipo C se descartó por cuanto estos grupos tampoco mostraron diferencias significativas, ni siquiera teniendo en cuenta el tipo de pérdida sufrida por los pacientes.

Esto apoya la idea que más que haber tenido que vivir situaciones difíciles o duelos dolorosos, es el manejo de las emociones (por ejemplo en estos eventos) lo que podría estar relacionado con el desarrollo de ciertos tipos de cáncer.

6. APORTES Y LIMITACIONES

La presente investigación ofrece aportes a las líneas de investigación en psicooncología en cuanto provee datos que permiten aumentar el cuerpo de conocimientos referentes al patrón de Conducta Tipo C y a su eje central, el cual es relevante en esta área, ya que se ha relacionado en diversas ocasiones como un posible factor de riesgo para sufrir ciertos tipos de cáncer.

Como en todas las investigaciones se presentan limitaciones que son importantes tener en cuenta en el momento de proponer y realizar futuros estudios. Entre ellas, una de las limitaciones encontradas en la presente investigación es el reducido tamaño de la muestra por cuanto se considera importante hacer futuras investigaciones que incluyan una mayor cantidad de pacientes oncológicos e ir ampliando la gama de diagnósticos incluidos para establecer con si hay otro tipo de neoplasias con las que se relacionaría el Patrón de Conducta Tipo C.

7. REFERENCIAS

Aiken, L. (1995). *Test Psicológicos y Evaluación*. Octava Edición: Prentice Hall. México.

Anarte, M.T.; Zarazaga, R.E.; Maestre, C.R.; López, A.E.; Amorós, F.J. (2001) *Adaptación al Castellano de la Escala Courtauld de Control Emocional en Pacientes con Cáncer*. *Psicothema*. Vol. 13 (4). Pág. 636 – 642.

Andreu, Y.; Ibáñez, E. (1993). *Un Estudio Casi-Prospectivo sobre Personalidad Tipo C*. *Boletín de Psicología*. Vol. 40. Pág. 37-51.

Allport, G. (1977) *La personalidad: su configuración y desarrollo*. Barcelona: Herder.

Amaya, A. C.; Gordillo L. D. (2004) *Estandarización y Validación del Cuestionario PCTC en una Muestra de Población General Colombiana: Aportes Empíricos al Patrón de Conducta Tipo C*. Trabajo de Grado para optar al título de psicólogas. Universidad Nacional de Colombia: Departamento de Psicología.

Amaya, A. C.; Gordillo L. D; Restrepo, M. (2006) *Validación del Cuestionario PCTC en Población Colombiana*. *Avances en Medición*. Vol. 4 Pág. 91-112.

Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood cliffs, NJ: Prentice Hall.

Bleiker, E.; Van Der Ploeg, H.M.; Ader, H.J.; Van Daal, W.A.J.; Hendriks, J.H.C.L. (1995, En prensa). *Personality Traits of Women with Breast Cancer: Before and After Diagnosis*. *Psychological Reports*.

Cattell, R. B. (1972). *El Análisis Científico de la Personalidad*. Barcelona: Fontanella.

Cattell, H. B. (1993). *Lo Profundo de la Personalidad. Aplicación del 16 PF*. México: Manual Moderno.

Cloninger, C.R., Dragan, M.S., Thomas, R. P. (1993). *A Psychobiological Model of Temperament and Character*. *Archive Genetics of Psychiatry*. Vol 50. Pag 975-990.

Cloninger, C.R. (1996). *Mapping genes for human personality*. *Nature Genetics*. Vol 12.Pag 3-4.

Cloninger, C. R. Dragan, M. S. (1997). *Integrative Psychobiological Approach to Psychiatric Assessment and Treatment*. Psychiatry. Vol 60, Pag 120-141.

Cox, T.; MacKay, C. (1982). *Psychosocial Factors and Psychophysiological Mechanisms in the Aetiology and Development of Cancers*. Social Science and Medicine. Vol. 16. Pág. 381-396.

Cueli, J. (1990). *Teorías de la personalidad*. México: Trillas.

Emmons, R. A.; King, L. A. (1990) *Conflict over Emotional Expression: Psychological and Physical Correlates*. Journal of Personality and Social Psychology. Vol 58 (5). Pág. 864 –877.

Engler, B. (1996). *Introducción a las Teorías de la Personalidad*. México: Mc Graw Hill.

Eysenck, H.J. (1959). *Estudio Científico de la Personalidad*. Buenos Aires: Paidós.

Eysenck, H.J. (1970). *Fundamentos Biologicos de la personalidad*. Barcelona: Fontanella.

Fernández-Ballesteros, R.; Ruiz, M.A. (1997). *Personalidad y Cáncer: Hans J. Eysenck, un Rebelde con Causa*. Revista de Psicología General y Aplicada. Vol. 50 (4). Pág. 447– 464.

Fernández-Ballesteros, R. (1998). *Emotional Expression in Healthy Women and Those With Breast Cancer*. British Journal of Health Psychology. Vol. 3. Pág. 41-50.

Greer, S.; Watson, M. (1985). *Towards a Psychobiological Model of Cancer: Psychological Considerations*. Social Science and Medicine. Vol. 20 (8). Pág. 773-777.

Gross, J. (1989) *Emotional Expression in Cancer Onset and Progression*. Social Science and Medicine. Vol. 28 (12) Pág. 1239-1248.

Grossarth-Maticek, R.; Stegrist, J.; Vetter, H. (1982). *Interpersonal Repression as a Predictor of Cancer*. Social Science and Medicine. Vol. 16. Pág. 493-498.

Grossarth-Maticek, R.; Bastiaans, J.; Kanazir, D.T. (1985). *Psychosocial Factors as Strong Predictors of Mortality from Cancer, Ischaemic Heart Disease and Stroke: The Yugoslav Prospective Study*. Journal of Psychosomatic Research. Vol. 29 (2). Pág. 167-176.

Grossarth-Maticek, R.; Eysenck, H.J. (1990). *Personality, Stress and Disease: Description and Validation of a New Inventory*. Psychological Reports. Vol. 66. Pág. 355-373.

Grossarth-Maticek, R.; Eysenck, H.J.; Boyle, G.J.; Heeb, J.; Costa, S.O.; Diel, L.J. (2000). *Interaction of Psychosocial and Physical Risk Factors in the Causation of Mammary Cancer, and Its Prevention through Psychological Methods of Treatment*. Journal of Clinical Psychology. Vol. 56 (1). Pág. 33-50.

Kneier A.W.; Temoshok, L. (1984) *Repressive coping reactions in patients with malignant melanoma as compared to cardiovascular disease patients*. Journal of Psychosomatic Research. Vol. 28. Pág. 145-155.

López, A; Ramírez, C.; Esteve, R.; Anarte, M. (2002). *El Constructo de Personalidad Tipo C: Una Contribución a su Definición a Partir de Datos Empíricos*. Psicología conductual. Vol. 10 (2). Pág. 229 – 249.

Pettingale, K.W. (1985) *Towards a psychobiological model of cancer: biological considerations*. Social Science and Medicine. Vol. 20 Pág. 779-787.

Pervin, L.A. (1999). *Personalidad, Teoría e Investigación*. México: Manual Moderno.

Sanz, J. (2003). *Psicología de la personalidad*. Inédito.

Sender, R; Valdés M.; Riesco, N; Martín M.J. (1995) *El Patrón A de Conducta y su Modificación Terapéutica*. Barcelona: Martínez roca.

Spielberg, C.D. (1988). *Rationality/Emotional Defensiveness Scale and Need for Harmony: preliminary test manuals*. University of South Florida, Tampa: Center for Research in Behavioral Medicine and Health Psychology.

Temoshok, L.; Heller, B.W.. (1983). *Introducing the "Type C" Constellation into Psychosocial Oncology: Theory, Measurements, and Evidence for Validity*. Manuscript Submitted for Publication.

Temoshok, L.; Kneier, A.W. (1984). *Repressive Coping Reactions in Patients with Malignant Melanoma as Compared to Cardiovascular Disease Patients*. Journal of Psychosomatic Research. Vol. 28 (2). Pág. 145-155.

Temoshok, L.; Dreher, H. (1992). *The Type C Connection: The Behavioral Links to Cancer and Your Health*. Estados Unidos: Random House.

Van Der Ploeg, H.M.; Kleijn, W.C.; Mook, j.; Van Donge, M.; Pieters, A.M.J.; Leer, J-W. (1989). *Rationality and Antiemotionality As a Risk Factor for Cancer: Concept Differentiation*. Journal of Psychosomatic Research. Vol. 33 (2). Pág. 217-225.

Watson, M.; Greer, S. (1983). *Development of a Questionnaire Measure of Emotional Control*. Journal of Psychosomatic Research. Vol. 27 (4). Pág. 299-305.

Watson, M.; Greer, S.; Pettingale, K.W. (1984). *Emotional Control and Autonomic Arousal in Breast Cancer Patients*. Journal of Psychosomatic Research. Vol. 28 (6). Pág. 462-474.

Anexo 1

Tabla 28. Agrupación de los ítems por subescalas (Tomado de Amaya y Gordillo, 2004)

NECESIDAD DE ARMONÍA
<ul style="list-style-type: none"> ♣ Por agradar a las personas que me importan, estoy dispuesto/a a renunciar a cualquier cosa. ♣ Por hacer felices a las personas que quiero, estoy dispuesto/a a entregar todo lo que haga falta. ♣ Por mantener buenas relaciones con las personas que me importan, estoy dispuesto/a a ceder todo lo que haga falta.
RACIONALIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ♣ Hago las cosas dejándome llevar por el corazón * ♣ Actúo guiado/a por la cabeza (razón). ♣ Actúo dejándome llevar por el corazón y no por la cabeza * ♣ Actúo usando la cabeza y no me dejo llevar por mis impulsos
COMPRENSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ♣ Aunque alguien me hiera profundamente, sigo tratando bien a esa persona y “me pongo en su pellejo” para comprender por qué me ha hecho eso. ♣ Intento comprender a los demás aunque me caigan mal. ♣ Cuando alguien hace algo que vaya en contra de mis intereses, o en contra mía, a mi me resulta muy difícil “ponerme en su pellejo” y comprenderlo * ♣ Soy comprensivo/a, incluso con la gente que me cae mal. ♣ Justifico a los demás, aunque hagan cosas en contra de mis intereses, o en contra mía. ♣ Cuando alguien me hiere en lo más profundo, a mi me resulta imposible comprenderlo y tratarlo justamente *
NO EXPRESIÓN EMOCIONAL
<ul style="list-style-type: none"> ♣ Cuando estoy bravo/a, me controlo y no muestro mi disgusto. ♣ Cuando me encuentro de mal ánimo, me controlo y no muestro mi estado de ánimo. ♣ Cuando me siento agresivo/a, me descontrolo y lo demuestro * ♣ Cuando me siento con rabia, me controlo y no muestro mi agresividad ♣ Cuando estoy disgustado/a disimulo mi enfado ♣ Cuando estoy preocupado/a, me controlo y no muestro mi preocupación. ♣ Cuando estoy triste, disimulo la tristeza. ♣ Cuando estoy disgustado/a por algo, intento disimular poniendo buena cara. ♣ Cuando estoy triste, intento disimular que estoy triste. ♣ Cuando estoy preocupado/a, disimulo la preocupación.
*Puntuación invertida

Anexo 2

Tabla 29 Agrupación de los ítems por subescalas (Adaptado de Anarte y cols (2001))

CONTROL DE LA IRA: Cuando está bravo:
<ol style="list-style-type: none">1. Se queda como si no pasara nada2. Se calla para no discutir3. Echa fuera su mal humor4. Le cuenta a alguien que está enfadado/a *5. Intenta que los demás no se den cuenta para no montar una escena6. Intenta que se le quite el enfado7. Intenta disimular poniendo buena cara
CONTROL DE LA PREOCUPACIÓN: Cuando está preocupado:
<ol style="list-style-type: none">1. Deja que los demás se den cuenta de que está preocupado/a *2. Se queda como si no pasara nada3. Se encierra en sí mismo/a y no dice nada4. Habla con alguien y le cuenta lo que le pasa *5. Intenta que se le quite la preocupación6. Echa fuera esa preocupación7. Le dice a alguien que está preocupado/a *
CONTROL DE LA TRISTEZA: Cuando está triste
<ol style="list-style-type: none">1. Se calla y no dice nada de que está triste2. Intenta disimular que está triste3. Se hace el/la duro/a4. Se queda como si no pasara nada5. Deja que los demás se den cuenta de que está triste *6. Intenta que se le quite la tristeza7. Echa fuera la tristeza
*Puntuación invertida

Anexo 3

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD TIPO C

Nombre: _____
Sexo: _____ Edad: _____ Procedencia: _____
Ocupación: _____ Estudios: _____
Estado civil: _____
Diagnóstico: _____
Pérdida o duelo importante antes del diagnóstico: _____

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una serie de afirmaciones que describen la forma como algunas personas sienten, piensan o actúan. Frente a cada afirmación encontrará un espacio donde debe contestar con un SI o un NO.

Lea cada afirmación y decida si se aplican a su forma de sentir, pensar o actuar la mayor parte de las veces, si es así, marque con una equis (X) en el espacio que corresponde al SI, si considera que no se aplica a su forma de sentir, pensar o actuar, marque con una equis (X) en el espacio correspondiente al NO.

Trate de contestar a las afirmaciones de forma espontánea, no emplee mucho tiempo para pensar su respuesta, y conteste a cada una de las afirmaciones sin dejar espacios en blanco.

Recuerde que no existen respuestas "buenas" ni "malas" ya que esta no es una prueba de conocimientos, sino de diferentes formas de actuar; no conteste pensando en lo que sería "bueno" o más deseable, sino en lo que realmente corresponde a su forma de sentir, pensar o actuar.

Si tiene alguna inquietud por favor pregúntele al examinador.

1.	Hago las cosas dejándome llevar por el corazón.	SI	NO
2.	Aunque alguien me hiera profundamente, sigo tratando bien a esa persona y "me pongo en su pellejo" para comprender por qué me ha hecho eso.	SI	NO
3.	Por agradar a las personas que me importan, estoy dispuesto/a a renunciar a cualquier cosa.	SI	NO
4.	Cuando estoy bravo/a, me controlo y no muestro mi disgusto.	SI	NO
5.	Intento comprender a los demás aunque me caigan mal.	SI	NO
6.	Cuando estoy disgustado/a disimulo mi enfado.	SI	NO
7.	Cuando me encuentro de mal ánimo, me controlo y no muestro mi estado de ánimo	SI	NO
8.	Cuando alguien hace algo que vaya en contra de mis intereses, o en contra mía, a mi me resulta muy difícil "ponerme en su pellejo" y comprenderlo.	SI	NO
9.	Actúo guiado/a por la cabeza (razón).	SI	NO
10.	Por hacer felices a las personas que quiero, estoy dispuesto/a a entregar todo lo que haga falta.	SI	NO
11.	Cuando me siento agresivo/a, me descontrolo y lo demuestro.	SI	NO

12.	Cuando estoy triste, disimulo la tristeza.	SI	NO
13.	Actúo dejándome llevar por el corazón y no por la cabeza.	SI	NO
14.	Soy comprensivo/a, incluso con la gente que me cae mal.	SI	NO
15.	Por mantener buenas relaciones con las personas que me importan, estoy dispuesto/a a ceder todo lo que haga falta.	SI	NO
16.	Cuando estoy disgustado/a por algo, intento disimular poniendo buena cara.	SI	NO
17.	Actúo usando la cabeza y no me dejo llevar por mis impulsos.	SI	NO
18.	Cuando estoy preocupado/a, me controlo y no muestro mi preocupación.	SI	NO
19.	Justifico a los demás, aunque hagan cosas en contra de mis intereses, o en contra mía.	SI	NO
20.	Cuando me siento con rabia, me controlo y no muestro mi agresividad.	SI	NO
21.	Cuando estoy triste, intento disimular que estoy triste.	SI	NO
22.	Cuando estoy preocupado/a, disimulo la preocupación.	SI	NO
23.	Cuando alguien me hiera en lo más profundo, a mi me resulta imposible comprenderlo y tratarlo justamente.	SI	NO

ESCALA COURTAULD DE CONTROL EMOCIONAL

Cuando está bravo/a:			
1.	Se queda como si no pasara nada	SI	NO
2.	Se calla para no discutir	SI	NO
3.	Echa fuera su mal humor	SI	NO
4.	Le cuenta a alguien que está enfadado/a	SI	NO
5.	Intenta que los demás no se den cuenta para no montar una escena	SI	NO
6.	Intenta que se le quite el enfado	SI	NO
7.	Intenta disimular poniendo buena cara	SI	NO

Cuando está preocupado/a:			
1.	Deja que los demás se den cuenta de que está preocupado/a	SI	NO
2.	Se queda como si no pasara nada	SI	NO
3.	Se encierra en sí mismo/a y no dice nada	SI	NO
4.	Habla con alguien y le cuenta lo que le pasa	SI	NO
5.	Intenta que se le quite la preocupación	SI	NO
6.	Echa fuera esa preocupación	SI	NO
7.	Le dice a alguien que está preocupado/a	SI	NO

Cuando está triste			
1.	Se calla y no dice nada de que está triste	SI	NO
2.	Intenta disimular que está triste	SI	NO
3.	Se hace el/la duro/a	SI	NO
4.	Se queda como si no pasara nada	SI	NO
5.	Deja que los demás se den cuenta de que está triste	SI	NO
6.	Intenta que se le quite la tristeza	SI	NO
7.	Echa fuera la tristeza	SI	NO

Anexo 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TESTS PSICOLOGICOS

Yo, _____, por voluntad propia doy mi consentimiento para participar en el proyecto de investigación “Diferencias en las dimensiones del Patrón de Conducta Tipo C en pacientes oncológicos y sujetos sanos” que conduce Ana Carolina Amaya Arias, identificada con C.C. 37'724.987 de Bucaramanga.

Recibí explicación clara y completa de la naturaleza general y el propósito de la investigación y las razones específicas por las que se me somete a ésta. También recibí información sobre el tipo de prueba y la forma en que se utilizarán los resultados.

Estoy consciente de que quizás no es posible que la persona que aplica la prueba me explique todos los aspectos de ésta. También entiendo que puedo dar por terminada mi participación en cualquier momento sin ninguna consecuencia negativa para mí.

Declaro que conozco mi derecho a que se guarde la confidencialidad de este material.

Firma de la persona que presenta la prueba

Fecha

Firma de la persona que aplica la prueba