



EVALUACIÓN DEL PATRÓN DE CONDUCTA TIPO C Y SU RELACIÓN CON EL CONTROL EMOCIONAL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

TYPE C BEHAVIOR PATTERN EVALUATION AND ITS RELATIONSHIP WITH EMOTIONAL CONTROL IN CANCER PATIENTS

Ana Amaya & Elica Parra*

Universidad Manuela Beltrán - FOSCAL

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue evaluar las dimensiones del patrón de conducta Tipo C (Amaya & Gordillo, 2004) y su relación con el control emocional en pacientes oncológicos, a partir de una muestra de 35 pacientes, de ambos géneros, diagnosticados con cáncer. Se utilizó un diseño descriptivo- correlacional transversal. Para evaluar las variables se utilizaron el Cuestionario de Personalidad Tipo C (PCTC) y la Escala Courtauld de Control Emocional (CECS). Se realizó el análisis de los resultados obtenidos y correlación del PCTC y el CECS. Los resultados muestran puntajes altos en las dimensiones necesidad de armonía, comprensión y no expresión emocional; además de esto, se encontró correlación significativa con el CECS y sus subescalas, el control de la ira y la tristeza mostraron una correlación significativa con el patrón de conducta Tipo C.

Palabras claves: Cáncer, Control Emocional, Patrón de Conducta Tipo C.

ABSTRACT

The purpose of this investigation was to assess the dimensions that make up the Type C pattern (Amaya & Gordillo, 2004) and its relationship with emotional control, based on a sample of 35 patients with cancer. The research method was quantitative type with transectional descriptive- correlational design. To assess the variables was used the Type C Personality Test (PCTC) and the Emotional Control Courtauld Scale (CECS). Subsequently analysis was conducted on the results obtained and finally correlated the results of the PCTC and CECS. Results shows high levels in Need for Harmony, Understanding and Non emotional expression, in addition to this, was found significant correlation with the CECS and its subscales, the anger and sadness control showed a significant correlation with the Type C pattern.

Key words: Cancer, Emotional Control, Type C Pattern of Behavior.

*Ana Carolina Amaya Arias es Psicóloga, Especialista en Investigación Social y docente del programa de psicología de la Universidad Manuela Beltrán, sede Bogotá (Colombia); Elica Parra Jácome es Psicóloga Especialista en Psicología Clínica y de la Salud. Psicóloga de la Clínica de Dolor Aliviar Ltda-FOSCAL. Bucaramanga, Colombia. Las autoras agradecen al Centro Oncológico de la ciudad de Bucaramanga por permitir realizar la investigación en su institución.

La correspondencia en relación con este artículo debe dirigirse al Email de Contacto anaamaya@hotmail.com - ana.amaya@umb.edu.co - elicabpj@hotmail.com

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN. RECIBIDO: abril 10 de 2010 APROBADO: agosto 22 de 2010

INTRODUCCIÓN

En los últimos treinta años, el interés por los estilos de conducta ha tenido una gran repercusión en el ámbito de la salud, generando un número creciente de investigaciones en torno a ciertas características de personalidad que podrían mediar el desarrollo y progresión de algunas enfermedades.

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 de 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 que apunten a identificar estos factores como un posible riesgo.

Uno de los constructos más estudiados ha sido el Patrón de Conducta Tipo C (PCTC). El término fue acuñado por primera vez por Morris y Greer (1980, citado en Watson & Greer, 1983), para referirse a un

estilo de comportamiento que se caracteriza por una supresión de emociones ante situaciones estresantes.

Esta posición orienta el patrón de conducta Tipo C como un rasgo de personalidad premórbida que se asocia a un mayor riesgo de desarrollar una neoplasia (Eysenck, 1994, citado por Vinaccia, Arango & Cano, 2006).

Recientemente varios estudios especifican el Patrón de Conducta Tipo C como una respuesta de contención emocional particular de cara al estrés, esto es, se trataría de sujetos que muestran una inadecuada expresión emocional especialmente ante situaciones estresantes (Andreu, 1998), constituyendo así un conjunto de actitudes y comportamientos relacionados funcionalmente, que se concretan en un estilo de interacción paciente, pasivo, apacible, actitud poco asertiva, conformista y de extrema cooperación y control de la expresión de las emociones negativas, en particular, de las indicadores de agresividad (Temoshok & Dreher, 1993, citadas en Torres, 2006).

Es así como muchos investigadores han aportado diversas conceptualizaciones; al respecto Greer y Watson (1985) señalan que "...la supresión de emociones, especialmente cuando existe enfado, se constituye en un aspecto central de este patrón de conducta" (p.774).

Igualmente, Eysenck (1996) resume las características del comportamiento de los sujetos que presentan un como "...sumamente cooperativos, pasivos, evitadores de conflictos, supresores de emociones como ira o ansiedad, que usan la represión como mecanismo de afrontamiento, rígidos y con mayor predisposición a experimentar desesperanza y depresión" (p.168).

Este estilo de personalidad, caracterizado por la supresión de emociones, ha sido asociado con el inicio y la progresión del cáncer. La relación entre supresión emocional y cáncer no es reciente, diversos autores (Kissen & Eysenck, 1962; Kissen, Brown & Kissen, 1969, citados en Eysenck, 1996) han señalado que los individuos proclives al cáncer presentan bajas emociones negativas; encontrando que un bajo neuroticismo y una menor conciencia autónoma eran predictivas del cáncer de pulmón.

De la misma manera, otros autores (Watson, Greer & Pettingale, 1984) han encontrado que niveles bajos de neuroticismo y ansiedad también predecían el cáncer de mama. Sin embargo, fueron Morris y Greer (1980, citados en Greer & Watson, 1985), quienes emplearon el término de Tipo C para referirse a un patrón de conducta propenso a desarrollar cáncer, definiéndolo como un estilo de comportamiento caracterizado por la supresión de emociones ante situaciones estresantes.

Investigaciones posteriores han sido tan numerosas como diversas. Así, en un estudio prospectivo Grossarth-Maticek, Bastiaans y Kanazir (1985) realizan una importante investigación en Yugoslavia, en donde evalúan la relación de los factores de riesgo psicosocial de mortalidad con 1353 habitantes de Crvenka, 619 de estos murieron entre 1966 y 1976.

Los autores encontraron, entre otras cosas, que de las 38 personas que fallecieron 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 las diversas situaciones, evitando la descarga emocional y la expresión de emociones negativas.

De igual manera, los autores anteriores 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, según los autores, produce altos niveles de cortisol y deficiencias inmunitarias.

Quizás uno de los aportes más relevantes sea el de Temoshok (1983), quien propone el modelo procesual de estilo de afrontamiento y cáncer, donde el foco de

atención se centra en el tipo de respuesta que las personas emiten ante situaciones o acontecimientos vitales estresantes. Los tres factores psicológicos propuestos por la autora como fundamentales en la progresión del cáncer, bien individualmente o en combinación, son: a) estilo de afrontamiento tipo C; b) la expresión emocional; c) y el desamparo/desesperanza.

Según Temoshok, los tres actúan aunque en distintos momentos, tanto en la inclinación como en la progresión y recurrencia del cáncer. Hasta el momento el modelo procesual explica el estilo de afrontamiento de acuerdo a ciertos factores psicológicos, pero no sustenta cómo dichos factores se correlacionan, especialmente, frente a lo encontrado en otras investigaciones donde la dimensión expresión emocional juega un papel importante en los pacientes con cáncer y cómo estos mismos factores están determinados en pacientes sanos.

Igualmente en el Patrón de Conducta Tipo C se identifican aspectos de vulnerabilidad psicosocial relacionadas con mayores pérdidas emocionales y acontecimientos vitales negativos (Bermúdez, Olivares & Garde, 1999). Este patrón se corresponde con las respuestas de frustración, inhibición, sumisión y derrota sustentadas por el sistema periventricular o inhibidor de la acción, que es el subsistema nervioso-central

que regula la psicobiología del estrés (Valdés, 1990, citado por Torres, 2006).

En suma, el aspecto central del patrón comportamental o personalidad Tipo C lo constituye un amplio número de características, entre ellas con depresión, sentimientos de indefensión y desesperanza, deseo de complacer y buscar la armonía en las relaciones interpersonales, incluso en perjuicio de sus propios derechos y necesidades, bajos niveles de neuroticismo y ansiedad, cooperación, poca asertividad, deseos de agradar, con dificultades para expresar emociones negativas, con mayores pérdidas emocionales y acontecimientos vitales negativos. (Sebastián & León, 2008).

Tanto en los primeros estudios como en los más recientes, con mayor soporte metodológico los resultados empíricos obtenidos en el campo apuntan hacia un perfil del sujeto tipo C - o en otras palabras, de la persona con mayor riesgo de incidencia y/o progresión más rápida del cáncer- como una persona cálida y cordial; caracterizada por la supresión de las emociones negativas y, en particular, de la ira. (Sebastián & León, 2008).

Para muchos autores, es confuso el significado que se le da a “expresión emocional” ya que se confunden los términos de control y represión emocional. Según Gross (1989) 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 & King, 1990) la falta de expresión per se no es patógena. Más 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 et al. 1984; Gross, 1989; Emmons & King, 1990), más específicamente con un mayor riesgo de desarrollar cáncer.

Watson, Greer y Rowden (1991) realizaron un estudio donde las variables conductuales adscritas al patrón de conducta Tipo C se analizaron en un grupo de mujeres

(N= 359) con cáncer de mama en estadio precoz. Las relaciones entre el control emocional, la adaptación al cáncer y la morbilidad psicológica fueron examinadas. Los resultados indicaron una asociación altamente significativa entre las calificaciones de la tendencia a controlar las reacciones emocionales y una actitud fatalista hacia el cáncer. Una asociación significativa entre el control de la ira y una actitud de impotencia.

La morbilidad psicológica fue vinculada también con el tipo de ajuste con el cáncer. Los datos se interpretan en términos de un modelo de proceso de las respuestas psicológicas que sugiere que el control emocional (un componente importante del patrón de conducta Tipo C) el fatalismo, la impotencia y la morbilidad psicológica están vinculados.

Más recientemente, Sebastián y León (2008) examinan la relación entre personalidad tipo C, o propensa al cáncer, y desarrollo del cáncer de mama, mediante dos de sus características más consistentes: la falta de expresión de emociones negativas (o racionalidad) y la necesidad de armonía. A una muestra de 480 mujeres, de edades comprendidas entre los 20 y 68 años, que habían asistido a revisión mamaria se les administró la escala de Racionalidad/Defensividad Emocional y la escala de Necesidad de armonía, ambas de Spielberger (1988).

La recolección de datos se realizó antes de que las mujeres fueran informadas sobre su diagnóstico (diseño cuasi prospectivo, ya que la enfermedad podría estar presente). Los datos muestran que las pacientes con cáncer de mama obtuvieron puntuaciones más altas en ambas escalas que las mujeres con patología benigna o con mamas normales ($p < .01$).

En el contexto local, Torres (2006) realizó un estudio con el objetivo de determinar la relación entre el patrón de conducta Tipo C y el cáncer de mama a través de un diseño analítico observacional de casos y controles. La autora estableció tres grupos de variables: demográficas, médicas y factores de riesgo, incluyendo en estas últimas el patrón Tipo C para tres grupos: a) mujeres con cáncer de mama, b) mujeres con cáncer de cérvix, y c) mujeres sanas. La variable de respuesta 'tener cáncer de mama' estaba determinada según los resultados, por los antecedentes familiares de la enfermedad, haber recibido terapia de reemplazo hormonal, los antecedentes de cáncer de endometrio u ovario y la edad de las participantes.

La autora concluyó, que el patrón de conducta, tal y como está planteado hasta el momento, se relaciona más con un estilo de afrontamiento hacia la enfermedad, que como un tipo de personalidad premórbida, y propone nuevos factores con base en las

teorías de los cinco factores y del temperamento y carácter.

En otra investigación Amaya, Gordillo y Restrepo (2006), establecieron en un estudio realizado en Colombia, que el patrón de conducta Tipo C como factor de riesgo para la salud, probablemente radique en el manejo de la expresión emocional y sus efectos fisiológicos, tanto si no se permite tal expresión como si se da de manera acentuada.

Por tanto, ya que aún no es posible concluir la predominancia del Patrón de Conducta Tipo C en las personas que padecen cáncer y la relación de este con la expresión de las emociones, es importante continuar estudios en este sentido, de esta forma, el objetivo de la presente investigación es evaluar las dimensiones del Patrón de Conducta Tipo C en pacientes oncológicos y determinar la relación entre éste y el control de las emociones.

MÉTODO

Sujetos

El Cuestionario de Patrón de Conducta Tipo C (PCTC) y la Escala Courtauld de Control Emocional (CECS) fueron aplicados a una muestra de 35 pacientes oncológicos, bajo una modelo de 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 1 se muestran las principales características de esta muestra.

Tabla 1

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%)	
	Hogar	19 (54,3%)	
Ocupación	Empleado	5 (14,3%)	
	Trabajador Independiente	9 (25,7%)	
	Religiosa	2 (5,7%)	
	Nivel Educativo	Analfabeta	5 (14,3%)
		Primaria Incompleta	13 (37,1%)

Estado Civil	Primaria Completa	9 (25,7%)
	Bachillerato Incompleto	5 (14,3%)
	Bachiller	1 (2,9%)
	Técnico/ Tecnólogo	1 (2,9%)
	Postgrado	1 (2,9%)
	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%)

Los tipos de diagnóstico que se incluyeron dentro de la muestra se definieron a partir de investigaciones anteriores que han mostrado que el patrón de conducta Tipo C se consideran un factor de riesgo sólo para aquellas neoplasias relacionadas con el sistema psiconeuroendocrino-inmunológico, 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.

Instrumentos

Para evaluar el Patrón de Conducta Tipo C se utilizó la adaptación realizada por Amaya y Gordillo (2004) del Cuestionario que evalúa el constructo de Patrón de Conducta Tipo C, diseñado por las investigadoras López, Ramírez, Esteve y Anarte (2002), este instrumento fue adaptado y estandarizado para población colombiana con una muestra de 1001 sujetos de diversos lugares del país. 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, el tipo de respuesta es dicotómico.

Además se aplicó la Escala Courtauld de Control Emocional (CECS) de Watson y Greer (1983) adaptada al castellano por Anarte et al. (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 el formato de respuestas fue dicotómico.

Procedimiento

El estudio se realizó con pacientes del Centro Oncológico de Bucaramanga, el cuestionario fue heteroaplicado, 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, de manera que aquellas personas que deseaban colaborar con la investigación y cumplían los criterios de inclusión (Tipo de Cáncer) contestaban los cuestionarios. Para garantizar el carácter voluntario se utilizó el formato de consentimiento informado. Una vez aplicados los cuestionarios, los datos recopilados fueron analizados a partir del programa estadístico SPSS.

RESULTADOS

Inicialmente se realizaron análisis de confiabilidad a partir del cálculo del 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 y en la Escala Courtauld de Control Emocional (CECS) se encontró un Alpha de 0,805. El nivel de

confiabilidad encontrado en ambos cuestionarios fueron altos si se tiene en cuenta que en las pruebas de personalidad suelen aceptarse valores superiores a 0.60 (Aiken, 1995), pues no se trabajó 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.

Patrón de Conducta Tipo C

Se presentan a continuación los resultados obtenidos en el cuestionario PCTC y cada una de las subescalas que lo componen, Necesidad de armonía (Na), Racionalidad (Ra), Compresión (Co), y No expresión Emocional (Nee):

Tabla 2

Estadísticos descriptivos del PCTC y sus subescalas para la muestra de pacientes oncológicos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Puntaje Total PCTC	35	0	23	15,83	3,839
Total Na	35	0	3	2,2	0,964
Total Ra	35	0	4	2,17	1,774
Total Co	35	0	6	4,17	1,723
Total Nee	35	0	10	7,29	2,674

Para el análisis de estos resultados se deben tener en cuenta los baremos realizados

luego del proceso de adaptación de la prueba en Colombia por Amaya y Gordillo (2004), en los cuales se encontró que la media para la población general es de 11,82 con una desviación estándar de 4,66 y que para el grupo específico de mayores de 30 años con nivel educativo máximo de tecnología (se elige esta tabla de calificaciones por ser la que concuerda con la población estudiada) un puntaje de 15,83, que obtuvo en promedio el grupo de pacientes, equivale al percentil 70.

Para el puntaje Total del cuestionario PCTC se encontró además una mediana de 16 puntos, lo que indica que el 50% de la población obtuvo puntajes inferiores a este valor. Estos resultados muestran que el promedio en los pacientes con cáncer es superior al que obtuvo la población general, sin embargo los resultados no muestran que se den puntajes altos en todos los pacientes, sino en la mitad de los mismos.

Además de esto, se calcularon las frecuencias en cada uno de los puntajes posibles en cada subescala ya que al tener pocos ítems las medias no permitían un análisis detallado de los resultados obtenidos, los resultados se muestran en las tablas 3, 4, 5 y 6.

Tabla 3

*Frecuencias observadas en la subescala**Necesidad de Armonía*

Categoría de	
Puntaje	N observado
0	2
1	7
2	8
3	18
Total	35

Tabla 4

*Frecuencias observadas en la subescala**Racionalidad*

Categoría de	
Puntaje	N observado
0	10
1	6
2	2
3	2
4	15
Total	35

Tabla 5

*Frecuencias observadas en la subescala**Comprensión*

Categoría de	
Puntaje	N observado
0	1
1	3
2	4
3	1
4	5
5	14

6

7

Total

35

Tabla 6

*Frecuencias observadas en la subescala No**Expresión Emocional*

Categoría de Puntaje	N observado
1	2
2	0
3	1
4	2
5	5
6	2
7	5
8	3
9	4
10	11
Total	35

Según los resultados presentados en las tablas, se evidencia que en la subescala Necesidad de armonía, la mayor parte de los pacientes obtuvo el puntaje más alto, el cual indica una necesidad de mantener buenas relaciones con los otros evitando conflictos y discusiones, en la escala de racionalidad hay un grupo similar en los mayores y menores puntajes lo que indica que no hay en el grupo una tendencia clara a actuar más orientados por la razón que por la emoción.

En la escala de compresión la mayoría obtuvo puntaje por encima de 4 lo que indica una tendencia de los pacientes a ponerse en el lugar del otro aun cuando les hagan daño y buscar siempre comprender sus comportamientos. En cuanto a la escala de

No Expresión emocional, 25 mostraron puntajes iguales o superiores a 6, lo cual indica una tendencia a controlar y no manifestar emociones como la ira y la tristeza.

Control emocional

Las medias y desviaciones estándar obtenidas en la escala de Control Emocional y sus subescalas (Control de la Ira, de la Preocupación y de la Tristeza) se presentan a continuación:

Tabla 7

Estadísticos descriptivos del CECS y sus subescalas para la muestra de pacientes oncológicos

	N	Mínimo	Máximo	Mediana	Desviación estándar
Puntaje Total CECS	35	0	21	16,23	3,647
Control Ira	35	0	7	5,37	1,555
Control Preocupación	35	0	7	4,83	1,723

Control	35	0	7	6,03	1,361
Tristeza					

De acuerdo a los resultados que se ven en la tabla, se evidencia que los pacientes muestran mayor tendencia a ocultar la tristeza y la ira y no tanto las preocupaciones.

Comparación de Medias Según Variables Socio-demográficas

Para determinar si existía diferencia significativa en los resultados obtenidos al comparar las variables socio-demográficas 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 8

ANOVAS realizados para las variables demográficas: Rango de Edad, Ocupación, Estado Civil, Procedencia y Tipo de Diagnóstico

Escala	Prueba	Rango de edad	Ocupación	Estado Civil	Procedencia	Tipo de Dx
PC	F	0,79	0,682	0,787	0,83	0,697
TC	F	5	(g1= 3, g2=3)	(g1= 5, g2=29)	(g1= 3, g2=31)	(g1= 5, g2=29)

31)

Nivel de sign.	0,50	0,57	0,567	0,488	0,63
CE Prueba F	1,51	0,245	1,267	2,459	0,430
CS	4	(gl1=3, gl2=3)	(gl1=5, gl2=29)	(gl1=3, gl2=31)	(gl1=5, gl2=29)
Nivel de sign.	0,23	0,864	0,305	0,081	0,824

Si se tienen 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 9.

Tabla 9
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.

Se determinó la relación entre el Patrón de conducta Tipo C y el Control Emocional a partir del coeficiente de correlación de Pearson. Al realizar la correlación entre las escala PCTC y el CECS encontramos, como se presenta en la siguiente tabla, que la correlación fue de significativa al 0,05, lo que representa una correlación media entre los dos cuestionarios.

Tabla 10
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
Total CECS	0,415*
Subescala Control de la ira	0,543**
Subescala Control de la preocupación	0,107

Subescala Control de la
tristeza 0,356*

Nota: *Significativo al 0.05; **Significativo al 0.01

Como se observa en la tabla 10, la subescala Control de la ira muestra la correlación con el PCTC más alta y significativa al 0,01, se encuentra igualmente una correlación media y significativa al 0,05 con la subescala Control de la tristeza, nuevamente el control de la preocupación no parece relacionarse de forma evidente con este patrón de conducta.

CONCLUSIONES

Atendiendo a los objetivos planteadas para el presente estudio, en primer lugar se encontró que ambas pruebas presentaron un nivel de homogeneidad alto (PCTC= 0.713 y CECS= 0.805). Estos resultados nos permiten continuar con los análisis planteados 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) y 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 más altas en las dimensiones de racionalidad, necesidad de armonía y control emocional, (Temoshok & Kneier, 1984; Grossarth-Maticek et al.1985; Fernández-Ballesteros et al. 1997; Bleiker et al. 1995; Van Der Ploeg et al. 1989; Greer & Watson, 1985 y López et al. 2002), y que son estas dimensiones las que mejor discriminan a los pacientes con cáncer de las personas sanas.

En el presente estudio se encontró que los puntajes obtenidos por los pacientes en el Patrón de Conducta Tipo C son en general más altos que los obtenidos por la población general, lo cual brinda soporte a los hallazgos encontrados en las investigaciones antes mencionadas; se evidenciaron además puntajes altos en las dimensiones que componen éste patrón de conducta, exceptuando la subescala de Racionalidad, difiriendo en esto con los hallazgos anteriores pues no parece ser este uno de los rasgos que mejor describe a esta población.

Es de observar, que al igual que en otras investigaciones la expresión emocional (referida al control de las emociones negativas: ira, preocupación y tristeza) mostró puntajes altos en los pacientes oncológicos, ésta ha sido postulada como la característica más relevante de este patrón conductual, así, autores como Cox y MacKay (1982) y Van Der Ploeg et al. (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, pero se debe tener en cuenta que es más importante el control de la ira y la tristeza que de la preocupación.

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); Emmos 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 el control de la ira mostraba una correlación alta y significativa, sin embargo se deben seguir realizando estudios pues los hallazgos indican que el control de la tristeza también puede ser determinante, y más aún si como lo manifiesta Bermúdez, Olivares y Garde (1999) en el Patrón de Conducta Tipo C se identifican aspectos de vulnerabilidad psicosocial relacionadas con mayores pérdidas emocionales y acontecimientos vitales negativos.

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 y la tristeza), 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 et al. (1985) y 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 sociodemográficas, 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.

REFERENCIAS

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

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*, 4, 91-112.

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*, 13(4), 636-642.

Andreu, Y. (1998) Consideraciones Conceptuales y Metodológicas en la Investigación Sobre el Patrón de Conducta Tipo C. *Análise Psicológica*, 4(XVI), 569-579.

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*.
- Cox, T.; MacKay, C. (1982). Psychosocial Factors and Psychophysiological Mechanisms in the Aetiology and Development of Cancers. *Social Science and Medicine*, 16, 381-396.
- Emmons, R.A. & King, L.A. (1990). Conflict over Emotional Expression: Psychological and Physical Correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 864-877.
- Eysenck, H. (1996). *Personality and Cancer*. En Cooper, C.L. (Ed) Handbook of Stress, Medicine and Health. New York: CRC Press, Pág. 193-216.
- 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*, 3, 41-50.
- Greer, S. & Watson, M. (1985). Towards a Psychobiological Model of Cancer: Psychological Considerations. *Social Science and Medicine*, 20(8), 773-777.
- Gross, J. (1989) Emotional Expression in Cancer Onset and Progression. *Social Science and Medicine*, 28(12), 1239-1248.
- 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*, 29(2), 167-176.
- Grossarth-Maticek, R.; Eysenck, H.J. (1990). Personality, Stress and Disease: Description and Validation of a New Inventory. *Psychological Reports*, 66, 355-373.
- 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*, 10(2), 229-249.
- Watson, M., Greer, S., Rowden, L., Gorman, Ch., Robertson, B., Bliss, J.M. & Tunmore, R. (1991). Relationships Between Emotional Control, Adjustment To Cancer and Depression and Anxiety in Breast Cancer Patients. *Psychological Medicine*, 21, 51-57.
- Sebastián, J. & León, M. (2008). Variables Psicológicas y Cáncer de Mama: un Estudio Cuasipropectivo de la Personalidad Tipo C. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(3), 461-479.
- 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*, 28(2), 145-155.
- Torres, A. (2006). Relación entre el Patrón de Conducta Tipo C y el cáncer de mama. *Universitas Psychologica*, 5(3), 563-573.
- 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*, 33(2), 217-225.
- Vinaccia, S., Arango, C., Erika, C., Tobón, S., Moreno, E. & López, A. (2006). Evaluación del Patrón de Conducta Tipo C y su Relación con la Cognición hacia la Enfermedad en Pacientes Colostomizados con Diagnóstico de Cáncer Colorrectal. *Universitas Psychologica*, 5(3), 575-583.
- Watson, M. & Greer, S. (1983). Development of a Questionnaire Measure of

Emotional Control. *Journal of Psychosomatic Research*, 27(4), 299-305.

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

