

Algunas consideraciones conceptuales y metodológicas en la investigación sobre el patrón de la conducta Tipo C

Y. ANDREU (*)

1. INTRODUCCION

La relación entre personalidad y enfermedad es una cuestión especialmente difícil dada no sólo la complejidad intrínseca a planteamientos como el de la supuesta influencia de variables psicosociales en la aparición y/o progresión de la enfermedad, sino también la derivada de la naturaleza misma de los dos ámbitos a relacionar: personalidad y enfermedad.

Con respecto al ámbito de la *enfermedad* quizá cabría comenzar planteando que nos ubicamos en el contexto de una enfermedad crónica como el cáncer. Enfermedad crónica que frente a las enfermedades infecciosas (a excepción del SIDA) presenta un perfil complejo ya que va a presentar mayores escollos en el establecimiento de un diagnóstico; se muestra, desde luego, más difícil de controlar y son múltiples las causas con que parece vincularse – se apela a variables

relacionadas con el estilo de vida (dieta, ejercicio, cigarrillos), a variables biomédicas tradicionales, e incluso al estrés emocional y a la personalidad (Krantz et al., 1981) -.

La difícil y compleja tarea que ha de afrontar el investigador que pretende determinar las posibles relaciones entre personalidad y enfermedad se hace patente si pensamos que dicho investigador debe ser consciente de que lo que a veces entendemos como una enfermedad puede estar designando múltiples enfermedades – el cáncer, por ejemplo, se refiere a más de 100 patologías específicas que si bien comparten algunas características, difieren con respecto a etiología, manifestación clínica y curso de la enfermedad –; la utilización de un diagnóstico en base a síntomas puede conllevar la inadecuada clasificación de sujetos sanos y enfermos; o, incluso, de que es posible que paralelamente a lo que ocurre en el nivel biomédico, sean distintas las variables psicológicas vinculadas no ya con patologías diferentes, sino con momentos distintos del desarrollo de una misma patología (Contrada et al., 1990). La dificultad en apresar correctamente las múltiples variables en juego se va a traducir en problemas y limitaciones metodológicas que se

(*) Universidad de Valencia, Facultat de Psicologia, Dep. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Avda. Blasco Ibañez, 21, 46010 Valencia, España.

ponen de manifiesto cuando se analizan los trabajos empíricos realizados en el campo.

Por su parte y con respecto al polo de la *personalidad*, la cuestión no resulta tampoco sencilla. Un primer aspecto que cabría plantear es que los trabajos sobre psicología de la personalidad se han mantenido, más o menos, al margen de los estudios sobre enfermedad y salud; mientras que los trabajos empíricos en el campo de la salud y la enfermedad se han realizado de manera independiente a los conocimientos existentes en el marco teórico de la psicología de la personalidad. En efecto, haciendo una revisión rápida de aquellas dimensiones, actualmente vigentes, en el campo de la personalidad (London y Exner, 1978; Báguena y Belloch, 1985; Belloch y Báguena, 1985) cabría destacar las dimensiones Eysenckianas (Extraversión, Neuroticismo, Psicoticismo) y la Búsqueda de Sensaciones de Zuckerman como aquellas para las que se han propuesto correlatos fisiológicos y que, como tales, se perfilarían de especialmente relevantes para el campo que nos ocupa. Sin embargo, estas dimensiones no han encontrado un eco claro en los trabajos empíricos sobre la enfermedad y la salud. Más bien lo que parece haber ocurrido es que mientras los teóricos de la personalidad investigaban las bases biológicas de sus dimensiones, los profesionales de la salud, tanto médicos como psicólogos, se percataban en su quehacer cotidiano de que algunas enfermedades aparecían en determinados tipos de personas; lo que les llevaba a intentar delimitar, de alguna manera, las características personales que acompañaban a las distintas manifestaciones clínicas (Ibañez et al., 1993).

Dejando a un lado la cuestión de que sea el ámbito aplicado en el que surgen tales planteamientos responsable en parte del estado de cosas (Pelechano, 1993), lo cierto es que los estudios sobre personalidad y salud adolecen, en más ocasiones de las deseables, de debilidades a nivel no sólo de diseño, sino también de instrumentos de medida e, incluso, de falta de consenso en el marco de la conceptualización y definición de los constructos a investigar. Es el caso, como se verá más adelante, que las variables investigadas bajo la rúbrica de personalidad Tipo C – siguiendo criterios de elección basados más en observaciones especulativas e influencias externas de otros campos que en elaboraciones teóricas –

configuran una mezcla arbitraria de características que no encajan adecuadamente bajo tal epígrafe.

En otro orden de cosas, el hecho de que los factores de personalidad puedan ser considerados bien como antecedentes de la enfermedad, o bien como variables intermedias o moduladoras de la misma (Ibañez et al., 1993) hace que el panorama de las relaciones entre estos patrones comportamentales y la presencia de enfermedades concretas venga a aportar su grano de arena al complejo panorama que estamos esbozando. En efecto, podemos hablar de la personalidad en cuanto factor de riesgo en la aparición o desarrollo de una enfermedad (personalidad como antecedente) o en la o progresión de la misma (personalidad como variable intermedia) o bien en cuanto que determina los distintos estilos de vida que presentan los individuos (personalidad como variable moduladora). Básicamente, en los dos primeros casos podríamos decir que los efectos de la personalidad sobre la enfermedad son directos; es decir, son los correlatos fisiológicos de la personalidad los que se supone inician o promueven la enfermedad. En contraste, los efectos de la personalidad como variable moduladora serían efectos indirectos; es decir, la personalidad conllevaría la adopción de una serie de hábitos o factores de riesgo que serían los responsables de la aparición de la enfermedad.

2. EL PATRON COMPORTAMENTAL TIPO C: CARACTERIZACION BASICA

Con el telón de fondo descrito, es en 1980 cuando se acuña por primera vez en un trabajo sobre el tema la expresión Personalidad Tipo C. Los autores de dicho trabajo, Morris y Greer, se preguntan por la posible existencia de una personalidad propensa al cáncer. Los sujetos Tipo C serían definidos de manera básica como «emocionalmente contenidos», en particular, de cara al estrés; esto es, se trataría de sujetos que muestran una inadecuada expresión emocional, especialmente ante situaciones estresantes.

Otra autora, Temoshok, (Temoshok y Heller, 1981, resumido en Temoshok y Fox, 1984) desarrolla, asimismo, la noción de un estilo de afrontamiento Tipo C que concibe como el opuesto del patrón de conducta Tipo A. Esta

autora, describe al individuo Tipo C como cooperativo, poco asertivo, paciente, con tendencia a no expresar las emociones negativas (particularmente la ira) y sumiso a la autoridad (Teshok, 1987).

En suma, el aspecto central del patrón comportamental o personalidad Tipo C lo constituye la inexpressión de emociones negativas como miedo, ansiedad y fundamentalmente la ira y, en consecuencia, de las conductas asociadas con tales emociones: conductas hostiles, asertivas, dominantes, etc.

Ahora bien, la investigación sistemática sobre una personalidad propensa al cáncer no sólo se circunscribe a la inexpressión de emociones negativas, sino que – en cuanto deudora de las observaciones de diferentes autores durante los siglos XVII, XVIII y XIX; de los trabajos empíricos pioneros sobre el tema y que adolecen de numerosas debilidades metodológicas; y de influencias externas de otros campos como la epidemiología, la sociología y la psicología industrial – abarca también la exploración de otros conceptos o constructos como son la depresión, la pérdida de una persona significativa, el desamparo/desesperanza y el deficiente apoyo social (Cohen y Wills, 1985).¹

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; con apoyo social deficiente o escaso y que utiliza preferentemente el desamparo/desesperanza como modo de afrontamiento ante el estrés.²

3. LAS POSIBLES VIAS DE ENLACE

Otro aspecto que presenta especial relevancia

¹ Para una revisión del desarrollo histórico del patrón comportamental tipo C ver Le Shan y Worthington (1956); Greer (1983) o Stolbach y Brandt (1988), entre otros.

² Para una revisión detallada del respaldo empírico de los diferentes conceptos asociados con el patrón comportamental Tipo C ver Contrada et al., 1990; e Ibañez et al., 1992.

en el retrato robot del campo que estamos perfeccionando es el de las posibles vías de enlace entre la personalidad y la enfermedad. En efecto, la obtención de datos empíricos – aún sistemáticos – que vinculen la personalidad y la enfermedad sólo podrá ser considerada algo más que una mera asociación cuando pueda contemplarse desde la óptica de un modelo o elaboración teórico-empírica que abarque no sólo a los dos polos de la correlación sino también al proceso que enlaza a ambos. Es así que adquiere especial relevancia la elaboración de modelos teóricos que contemplen la o las posibles vías de influencia de la personalidad en la enfermedad.

De alguna manera se trata de responder a la pregunta por la supuesta viabilidad de una personalidad propensa al cáncer. Dos precisiones son importantes en este sentido.

Una primera consideración se refiere al hecho de que la propuesta de una personalidad propensa al cáncer no conlleva en ninguna medida el supuesto de que los factores psicológicos sean considerados como el principal factor de riesgo, esto es, como causantes del cáncer. El supuesto de base es simplemente que el patrón comportamental Tipo C es un factor de riesgo más y debería por tanto ser contemplado junto a otros factores de riesgo.

Por otra parte, los autores en esta área de investigación asumen un modelo multiestadio del cáncer, en el que la presencia de una célula con DNA alterado, no es sino el primer paso y sugieren que los controles homeostáticos del organismo influyen tanto en la aparición como en la progresión de la enfermedad, así como también apuntan a que los factores psicosociales pueden jugar algún papel en dicho sistema de equilibrio. Más concretamente, la respuesta a la pregunta por cuáles son las vías fisiológicas que establecen el puente o nexo entre las características psicológicas del sujeto y la enfermedad oncológica, apunta a las relaciones entre las variables psicológicas y el sistema inmunológico y vendría, así, de la mano de la Psiconeuroinmunología (Ader, 1981).

La psiconeuroinmunología se basa en el concepto de que toda enfermedad es multifactorial en su origen y en que existen importantes interacciones entre los factores psicológicos (psico), el sistema nervioso central (neuro) y el sistema inmune del organismo que se defiende

contra las agresiones externas y contra las células aberrantes internas (inmunología). El resultado central de la investigación en este marco es que las actividades neurales pueden influir en el sistema inmune, si bien la extensión y especificidad de dicha regulación neural no ha sido aún determinada (Bovbjerg, 1989). De este modo, a través de mecanismos psico-neuro-endocrino-inmunológicos podría explicarse la conexión que parece existir entre los estresores ambientales y la personalidad, por una parte, y el desarrollo de neoplasias por la otra. Si bien los mecanismos por los que el sistema inmunológico juega un papel importante en la defensa contra el cáncer no han alcanzado una comprensión completa y la evidencia es todavía controvertida, la reciente investigación ha enfatizado el amplio papel que pueden desempeñar las defensas inmunes no específicas (las «Natural Killer» o NK) en la protección contra, por lo menos, algunos tipos de cánceres.

4. EL CONCEPTO NUCLEAR DEL PATRÓN COMPORTAMENTAL TIPO C: LA INEXPRESIÓN EMOCIONAL

A la hora de elaborar o conceptualizar lo que hemos caracterizado ya como el constructo nuclear del patrón comportamental tipo C – la baja emocionalidad negativa del paciente con cáncer –, los principales modelos teóricos propuestos³ parecen manejar constructos no siempre coincidentes e, incluso en algún momento, dispares.

Las características básicas del sujeto tipo C manejadas en el modelo del «efecto de inoculación» propuesto por Eysenck (1985) son la *alta estabilidad emocional*, bajo psicoticismo y alta extraversión. No en vano, el autor aplica su modelo básico de personalidad al campo de la psicología oncológica. Así, a partir de los resultados en neuroticismo obtenidos en los pacientes con cáncer, las características de calidez y cordialidad que asume como relacionadas con extra-

versión y las de hostilidad e ira, que vincula con la dimensión de psicoticismo, Eysenck plantea que la persona con riesgo de desarrollar una enfermedad oncológica presenta puntuaciones bajas en factores de personalidad como neuroticismo y psicoticismo (y, probablemente, puntuaciones altas en extraversión).

Otros modelos parecen manejar, sin embargo, el constructo de *inadecuada o inexistente expresión de las emociones negativas*; de manera explícita en el Modelo Psicobiológico de Greer y Watson (1985) e implícitamente en el Modelo Prospectivo de Levy y Wisse (1988).

Para Greer y Watson (1985), el aspecto central de la personalidad Tipo C – conducta Tipo C, en su terminología – incluye la supresión de las respuestas emocionales negativas, en particular de la ira. Esto es, para Greer y Watson, los sujetos son conscientes de las emociones negativas, aunque suprimen las reacciones conductuales.

En una línea similar, Levy y Wise (1988) proponen un modelo en el que se postula un rol causal para el apoyo social percibido. Es dicho apoyo social el que, a través del modelado y refuerzo, va a determinar el tipo de estrategias de afrontamiento que utilice el sujeto en situaciones de estrés, así como la expresión de las emociones en tales situaciones. Un apoyo social óptimo puede proporcionar una mayor probabilidad de que el distrés será enfrentado y resuelto de manera constructiva – mediante estrategias activas de afrontamiento – y, también, facilitar la expresión de dicho distrés en tiempos de crisis – ya que el sujeto aprende la aceptabilidad de la expresión emocional, por lo menos en parte, de las personas significativas de su entorno –.

Por último, algunos modelos parecen manejar como referente de la baja emocionalidad negativa del paciente de cáncer, una *baja o inadecuada experiencia de emociones negativas*. Para los autores que se mueven en estas coordenadas, ya no se trata de que el sujeto suprima las reacciones conductuales, es que ni siquiera llega a ser plenamente consciente de sus emociones negativas. Con planteamientos diferentes esta es la base que subyace al Modelo Procesual de Estilo de Afrontamiento y Homeostasis Psicofisiológica de Temoshok (1987) y al Modelo Bidireccional de Influencia Psicológica de Contrada et al. (1990).

Para Temoshok (1987), el estilo de afronta-

³ Para una exposición detallada de los modelos ver Ibañez et al., 1992.

miento Tipo C, que tiene su origen fundamentalmente en patrones de interacción familiar, opera a partir de la creencia básica de que es inútil e incluso problemático expresar las propias necesidades, miedos o quejas porque, no sólo no serán satisfechas sino que además pueden acarrearle a uno el rechazo de los demás. Así, el estilo tipo C supone anular las necesidades de uno en favor de las de los demás, hasta el punto de que lo que puede empezar como una supresión consciente de síntomas físicos (dolor, fatiga) y psicológicos (soledad, tristeza, temor, ira), termina convirtiéndose en un patrón habitual de ignorar e incluso reconocer tales síntomas. La autora señala que, a pesar de la apariencia adaptativa del estilo de afrontamiento Tipo C, el coste psicológico y biológico de las necesidades insatisfechas es alto. De hecho, del sujeto tipo C puede decirse que se encuentra crónica, aunque inconscientemente, desesperanzado y desamparado y que su estrategia de represión emocional sólo consigue un aumento; nunca un alivio, de la tensión.

Por su parte, para Contrada et al. (1990), el sujeto tipo C se caracterizaría, entre otros aspectos, por un «estilo emocional de evitación» que incluiría: (i) evitación de situaciones que producen una afectividad negativa, (ii) falta de motivación para expresar las emociones a otras personas, con la consiguiente intensificación de este tipo de afecto, (iii) aversión a afrontar acontecimientos conflictivos y (iv) un menor procesamiento de episodios afectivos negativos. En suma, los autores plantean que, al cabo de los años, este sujeto podría haber experimentado menor cantidad de emociones negativas de lo habitual. Este estilo de evitación emocional podría estar vinculado también con una menor tendencia a notar posibles síntomas del cáncer o a buscar un diagnóstico médico; actuando en este sentido la personalidad como variable moduladora.

* * *

En suma pues, son diferentes y, en particular tres, los referentes de la inexpressión emocional del paciente oncológico manejados por los distintos modelos teóricos. Frente a Eysenck, que parece hablar de un sujeto que muestra una genuina estabilidad emocional – es decir, una baja

reactividad emocional tanto a nivel comportamental como fisiológico –; el resto de modelos manejan conceptos en los que hay una discrepancia entre ambos niveles: o bien se supone que el sujeto, de manera consciente o deliberada, inhibe el componente expresivo de la respuesta emocional; o bien se postula que el individuo ni siquiera es consciente del componente fisiológico de dicha respuesta emocional.

En un momento posterior, no obstante, Eysenck (1994) plantea que de los resultados obtenidos con la dimensión de neuroticismo, el subgrupo de interés es aquel que «suprime sus experiencias y sentimientos de fuerte ansiedad y depresión y los niega», con lo cual se situaría en la línea del segundo referente de los citados y éstos se reducirían así a sólo dos.

La utilización de diferentes conceptos y de terminología incluso más variada (baja emocionalidad negativa, inadecuada expresión emocional, etc.) para referirse a la cuestión clave del patrón de conducta tipo C hace que encontremos especialmente interesante recoger las sugerencias de algunos autores que mediante la propuesta de un término genérico o bien de un continuo de estilos de afrontamiento tratan de establecer algún orden en el variopinto panorama presentado por la bibliografía.

La sugerencia de Gross formulada ya en 1989 y que creemos que no ha tenido el eco que merece es la de considerar el término *inexpressión emocional* como un término relativo y genérico. Dicho término abarcaría, según el autor, tanto la «supresión» (uno conscientemente inhibe el componente expresivo de la respuesta emocional) como la «negación» (uno no es consciente del componente fisiológico de dicha respuesta; sinónimo de represión, pero sin sus connotaciones psicodinámicas). En dicho término, el aspecto crítico sería la discrepancia entre la respuesta fisiológica y la conducta expresiva (tanto verbal como psicomotora) de la respuesta emocional; dejando a un lado la cuestión de si tal discrepancia es o no consciente o deliberada.

Por otra parte y unos años más tarde de la presentación inicial de su modelo teórico, Temoshok y Dreher (1992) – en línea con lo que sugieren también Ibañez et al. (1993) – apuesta por la existencia de un continuo de estilos de afrontamiento donde los polos vienen definidos por los

CUADRO 1
El continuo de afrontamiento

TIPO A	TIPO B	TIPO C
- Externalizador	- Expresa la ira y otras emociones de manera apropiada	- Internalizador
- Afrontamiento a través de <i>hostilidad</i> y competitividad	- Capaz de satisfacer sus propias necesidades y responder a las de los demás	- Afrontamiento a través de <i>contemporización y represión emocional</i>
- Egocéntrico		- Abnegado
- Tenso	- Relajado	- Pasivo

(Tomado de Temoshok y Dreher, 1992)

tipos A y C extremos y el centro del continuo lo ocupa el tipo B.

Temoshok y Dreher hacen hincapié en que dicho continuo enfatiza la posibilidad de estilos de afrontamiento intermedios entre los tipos A y B y entre los tipos B y C; esto es, plantea la variabilidad en la intensidad con que se presenta un estilo dado de afrontamiento y, consecuentemente, la variabilidad de su impacto sobre la salud. Ningún estilo manifestado de manera flexible y moderada es en sí mismo patológico, son todos modos saludables de afrontamiento. El problema surge cuando esos estilos Tipo A o Tipo C son distorsionados o excesivos, lo que los convertiría en patológicos y repercutiría en la salud – conceptualizada como un estado de equilibrio –. Así y de la misma manera que una conducta Tipo A extrema conllevaría un mayor riesgo de trastorno cardiovascular, una conducta Tipo C extrema supondría un mayor riesgo de cáncer; mientras que la conducta Tipo B, se asociaría con un riesgo reducido de ambos trastornos.

La formulación de este continuo lleva a Temoshok y Dreher a concluir que el hablar de supresión o represión emocional sería una cuestión de grado; de hecho y según la autora, lo que empieza como una supresión consciente de síntomas físicos y psicológicos puede acabar en un patrón habitual de ignorar e, incluso, reconocer tales síntomas (ver Cuadro 1).

5. LA INVESTIGACION SOBRE PERSONALIDAD TIPO C

Para concluir esta exposición vamos a recoger los comentarios de diferentes autores (Da-Shih Hu Silverfarb, 1988; Temoshok y Heller, 1984; Fox, 1988; Cella y Holland, 1988) que, desde un punto de vista metodológico, analizan las investigaciones sobre una personalidad propensa al cáncer. Se trata de análisis en los que se explicita la heterogeneidad y limitaciones presentes en este tipo de estudios y que han llevado a algunos autores (Temoshok, 1987) incluso a afirmar que lo realmente sorprendente es encontrar cualquier consistencia en la bibliografía.

En primer lugar, podemos decir que la relevancia de los resultados obtenidos en el ámbito de la personalidad Tipo C va a depender, en buena medida, del tipo de diseño de investigación utilizado. La variedad es amplia y siguiendo la clasificación propuesta por Temoshok y Heller (1984), los diferentes diseños se pueden agrupar en las siguientes categorías:

- 1) *Retrospectivos* – Aquellos en los que la evaluación psicológica se realiza después del diagnóstico de cáncer; los sujetos diagnosticados de cáncer y/o que están recibiendo tratamiento médico son comparados con sujetos sanos, es decir, sin cáncer.
- 2) *Cuasi-prospectivos* – Aquellos en los que

la evaluación psicológica se realiza en situación de pre-biopsia; esto es, en sujetos con bultos e lesiones sospechosas y antes de que conozcan su diagnóstico. Posteriormente se comparan los sujetos que han recibido un diagnóstico de cáncer con aquellos que presentan lesiones benignas. Obsérvese que en este tipo de diseños, el tiempo entre la evaluación psicológica de los sujetos y el diagnóstico de cáncer se colapsa en una cuestión de días. Por otra parte, la principal ventaja de un diseño cuasi-prospectivo va ser el número estadísticamente adecuado de diagnósticos de cáncer con un sólo tipo/localización del tumor, dada la evaluación exclusiva de sujetos «en riesgo».

- 3) *Retroprospectivos* – Aquellos que empiezan con los registros de los que murieron de la enfermedad y a la luz de este resultado, analizan los datos obtenidos previamente, por algún otro motivo. La principal ventaja de este tipo de diseño es que evita los altos costes – en particular temporales – inherentes a un diseño genuinamente prospectivo.
- 4) *Prospectivos* – Aquellos en los que la evaluación psicológica se realiza en sujetos sanos; es decir, de manera premórbida. Se trata en este caso del seguimiento de sujetos sanos hasta que son diagnosticados o mueren de cáncer. Este diseño es altamente recomendado dado que elimina la problemática cuestión de los efectos de saber que uno tiene cáncer, o de la influencia somatopsíquica del cáncer, aún estando ausente dicho conocimiento.
- 5) *Longitudinales* – Aquellos en los que la evaluación psicológica se realiza tras el diagnóstico y la variable dependiente es la recurrencia de la enfermedad o la muerte (y no su manifestación clínica). Se explora aquí el comportamiento presente del sujeto, no el pasado. Los autores se hallan interesados en un aspecto sutilmente diferente a los anteriores: cómo diferentes características psicológicas o modos de afrontar la enfermedad se asocian con pronósticos diferentes.

Desde luego, los diseños metodológicamente más débiles de los expuestos son los diseños

retrospectivos. Piénsese que si la evaluación psicológica se realiza tras el diagnóstico de cáncer y es ésta la variable dependiente, puede argumentarse que las características encontradas son consecuencia de las influencias biológicas debidas a la propia enfermedad o al tratamiento (crítica psicósomática) y/o de la respuesta del sujeto ante el conocimiento de la enfermedad; en este último caso, se supone que el saber que uno tiene cáncer, con la consiguiente alteración de la vida que eso supone, provocaría una perturbación emocional responsable de la existencia de sesgos en la evaluación de ciertas variables psicosociales en los pacientes con cáncer.

Dada la problemática intrínseca a un diseño retrospectivo, el resto de diseños intentan operar de manera prospectiva; es decir, la variable dependiente en estos casos (diagnóstico, progresión o muerte) tiene lugar tras la evaluación psicológica. No están con ello superados todos los problemas, sin embargo.

Se argumenta que en los diseños cuasi-prospectivos, el sujeto aunque no conozca su diagnóstico (aspecto en ocasiones también discutible), padece ya la enfermedad; con lo que sigue siendo factible la crítica psicósomática. Por su parte y en los diseños retro-prospectivos (o de «conveniencia», como los bautiza algún otro autor, dado que el objetivo de la evaluación no era la contrastación de una supuesta personalidad Tipo C) nos encontramos con una inadecuación de los instrumentos utilizados, y con muestras frecuentemente sesgadas.

La evidencia empírica más rigurosa procedería así de aquellos estudios que utilizan un diseño longitudinal o un diseño prospectivo, vinculados respectivamente con la progresión de la enfermedad en el primer caso y su incidencia en el segundo. La dificultad evidente que entraña la realización de diseños prospectivos (piénsese que el periodo de seguimiento ha de ser amplio) justificaría, no obstante, su escasa presencia en la bibliografía. Diseños que, además, siguen presentando una debilidad (también presente, por otro lado, en los diseños retroprospectivos): a pesar de lo amplia que haya podido ser la muestra inicial de sujetos, el número limitado de aquellos que serán diagnosticados y/o morirán de cáncer hace que normalmente haya que contemplar agrupados diferentes tipos y/ localizaciones del tumor. Esta mezcla heterogénea de distintos

tipos y/o localizaciones del cáncer presente en no pocos trabajos va a resultar problemática por cuanto que, como ya comentamos en líneas anteriores, tales indicadores conllevan variaciones considerables en cuanto a etiología, incidencia, factores de riesgo, sintomatología, curso, mortalidad y características demográficas.

Además del diferente valor sustantivo de los diseños expuestos de cara a la contrastación empírica de una supuesta personalidad Tipo C, obsérvese también la variabilidad de los mismos en cuanto al grupo de control o comparación utilizado, así como las diferencias en cuanto a la variable dependiente empleada.

Mientras en unos casos, el grupo de comparación está constituido por sujetos sanos, en otros se trata de sujetos con cáncer, pero que se encuentran aparentemente libres de enfermedad, en estadios menos avanzados de la misma o que sobreviven, en el período de seguimiento. Desde luego, parece claro que los resultados – en términos de la fuerza o rango de las posibles diferencias entre los grupos – pueden diferir de estudio a estudio, dependiendo del grupo de comparación utilizado.

Por otro lado, la variable dependiente utilizada en los trabajos, esto es, el frecuentemente aludido *resultado* de la enfermedad, es sinónimo en unas ocasiones de la incidencia del cáncer, y en otras de la progresión o muerte de la enfermedad. En este sentido, Levy (1983) plantea la necesidad de diferenciar la «iniciación» de la «progresión» del cáncer como variables dependientes o medidas criterio. Sostiene la autora que los factores que contribuyen a una u otra pueden ser diferentes, y esto que resulta más claramente reconocible para las variables biológicas y epidemiológicas (por ejemplo en el caso del melanoma), puede ser cierto también para las variables psicosociales. Si fuese tal el caso, sería entonces inadecuado comparar los resultados de los estudios que utilizan como variable dependiente la iniciación con aquellos otros cuya medida criterio es la progresión.

Más interesante nos parece, no obstante, el planteamiento de Da-Shih Hu y Silberfarb (1988) y desde el que la utilización de la incidencia, progresión o muerte como variable dependiente no resultaría problemática. Estos autores plantean que es difícil imaginar la vía por la que el estrés altera el ADN celular, al mismo

tiempo que la psiconeuroinmunología abre diferentes vías por las que puede facilitarse una proliferación celular anormal. Para estos autores y atendiendo a la historia natural de la enfermedad, los factores psicológicos actúan – si es que lo hacen – como potenciadores más que como iniciadores del cáncer; y lo que no tiene sentido es cuestionar si tales factores influyen en el desarrollo o en el pronóstico. Es decir, los factores que afectan a la manifestación clínica de la enfermedad, afectarán probablemente de la misma manera a la progresión de la misma.

6. UNA VISION GENERAL

Son numerosos los autores que han aportado observaciones clínicas y datos de investigación relativos a la supuesta asociación de los factores psicosociales y la incidencia y/o progresión del cáncer. No obstante y a pesar de los esfuerzos, no ha emergido ningún constructo oncológico que cuente con la investigación coordinada y sistemática en la misma línea con que contaría el patrón de conducta tipo A. Una diferencia entre los dos ámbitos de investigación es que en el campo de los trastornos cardiovasculares, la investigación se ha centrado en el constructo tipo A y ello le ha permitido adquirir progresivamente un mayor refinamiento y validez desde que lo introdujeran por primera vez Friedman y Rosenman (1959). A partir de esta observación es posible especular que los esfuerzos más individualistas y las perspectivas de investigación más diversas que caracterizan el campo de la oncología psicosocial pueden estar oscureciendo cualquier aspecto común o básico que exista o, incluso, desalentando la búsqueda de dicho aspecto. Piénsese, por ejemplo, en la diversa conceptualización de la inadecuada expresión emocional del paciente oncológico.

Es también posible, por otro lado, que el campo oncológico en sí mismo sea más complejo que el área cardiovascular. En este caso, la no replicación de resultados e, incluso, los resultados algunas veces contradictorios pueden ser el reflejo de fenómenos muy diferentes y no meramente el resultado artefactual de una investigación descoordinada y metodológicamente problemática. En efecto y como hemos tratado de explicitar en la introducción y apuntamos ya en

otro lugar (Ibañez et al., 1992), el tema de las interacciones entre las variables neuro-endocrino-inmunológicas, es un tema complejo, tanto por la propia naturaleza del campo de estudio, como por el análisis de qué variables psicológicas tienen una cierta especificidad en el campo oncológico. No hay que olvidar, por último, las dificultades intrínsecas a la propia naturaleza de la enfermedad cancerosa – vgr. que el cáncer no es una, sino varias enfermedades y con estadios evolutivos diferentes –.

Desde luego, la evidencia encontrada respecto a la existencia de un perfil psicológico de la persona con mayor riesgo de padecer un cáncer – o de progresar más rápidamente a través de sus estadios –, es sugerente; pero la pretensión de traspasar el umbral de lo atractivo requiere la realización de trabajos capaces de asumir el desafío inherente a un área tan compleja. Son aún numerosas las cuestiones que es preciso abordar y desarrollar antes de que podamos establecer conclusiones rigurosas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ader, R. (1981). *Psychoneuroimmunology*. New York: Academic Press.
- Andreu, Y., & Ibañez, E. (1993). Un estudio quasi-prospectivo sobre Personalidad Tipo C. *Boletín de Psicología*, 40, 37-51.
- Baguena, M. J., & Belloch, A. (1985). *Extraversión, psicoticismo y dimensiones emocionales de la personalidad*. Valencia: Promolibro.
- Belloch, A., & Baguena, M. J. (1985). *Dimensiones cognitivas, actitudinales y sociales de la personalidad*. Valencia: Promolibro.
- Bovbjerg, D. (1989). Psychoneuroimmunology and cancer. In J. C. Holland, & J. H. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology. (Psychological care of the patient with cancer.)* New York/Oxford: Oxford University Press.
- Cassileth, B. R., Lusk, E. J., Miller, D. S., Brown, L. L., & Miller, C. (1985). Psychosocial correlates of survival in malignant disease. *New England Journal of Medicine*, 312, 1551-1555.
- Cella, D. F., & Holland, J. C. (1988). Methodological considerations in studying the stress-illness connection in women with breast cancer. In L. Cooper (Ed.), *Stress and breast cancer*. New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Contrada, R. J., Leventhal, H., & O'Leary, A. (1990). Personality and health. In L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality. Theory and research*. New York/London: The Guilford Press.
- Da-Shih Hu Silberfarb, P. M. (1988). Psychological factors: Do they influence breast cancer? In L. Cooper (Ed.), *Stress and breast cancer*. New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Dattore, P. J., Shontz, F. C., & Coyne, L. (1980). Pre-morbid personality differentiation of cancer and non-cancer groups: A test of the hypothesis of cancer proneness. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 48, 388-394.
- Derogatis, L. R., Abeloff, M. D., & Melisaratos, N. (1979). Psychological coping mechanisms and survival time in metastatic breast cancer. *Journal of American Medical Association*, 242, 1504-1508.
- Eysenck, H. J. (1967). *The biological bases of personality*. Springfield Ill.: C. C. Thomas.
- Eysenck, H. J. (1983). Stress, disease and personality: The «Inoculation Effect». In C. L. Cooper (Ed.), *Stress research*. New York: John Wiley and Sons.
- Eysenck, H. J. (1985). Personality, cancer and cardiovascular disease: a causal analysis. *Personality and Individual Differences*, 6, 535-556.
- Eysenck, H. J. (1994). Cancer, personality and stress: Prediction and prevention. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 16, 167-215.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, M. W. (1985). *Personality and individual differences: A natural science approach*. New York: Plenum Press.
- Friedman, H. S. (1990). Personality and disease: Overview, review and preview. In H. S. Friedman (Ed.), *Personality and disease*. New York: John Wiley and Sons.
- Friedman, M., & Rosenman, R. (1974). *Type A behaviour and your heart*. London: Wildwood.
- Funch, D. P., & Marshall, J. (1983). The role of stress, social support and age in survival from breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 27, 77.
- Greer, S. (1983). Cancer and the mind. *British Journal of Psychiatry*, 143, 535-543.
- Greer, S., & Morris, T. (1975). Psychological attributes of women who develop breast cancer: A controlled study. *Journal of Psychosomatic Research*, 19, 147-153.
- Greer, S., Morris, T., & Pettingale, K. W. (1979). Psychological response to breast cancer. Effect on outcome. *Lancet*, 2, 785-787.
- Greer, S., & Watson, M. (1985). Towards a psychobiological model of cancer: Psychological considerations. *Social Science and Medicine*, 20, 773-777.
- Grisson, T. T., Weiner, B. J., & Weiner, B. A. (1975). Psychological correlates of cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 113.
- Gross, J. (1989). Emotional expression in cancer onset and progression. *Social Science Medicine*, 12, 1248-1989.

- Hagnell, O. (1966). The premorbid personality of persons who develop cancer in a total population investigated in 1947 and 1957. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 125, 846-855.
- Horne, R. L., & Picard, R. S. (1979). Psychosocial risk factors for lung cancer. *Psychosomatic Medicine*, 41, 503-514.
- Ibañez, E. (1989). Psicología oncológica: Un panorama a vuelapluma. In E. Echeburúa (Dir.), *El estrés: Problemática psicológica y vías de intervención*. San Sebastián: Universidad del País Vasco.
- Ibañez, E., Romero, R., & Andreu, Y. (1992). Personalidad tipo C. Una revisión crítica. *Boletín de Psicología*, 35, 49-79.
- Ibañez, E., Andreu, Y., & Dura, E. (1993). Personalidad y salud. In J. M. Zumalabe, & C. Maganto (Dir.), *Tendencias actuales en el estudio y la evaluación de la personalidad*. Servicio Editorial Universidad del País Vasco.
- Jamison, R. N., Burish, T. G., & Wallston, K. A. (1987). Psychogenic factors in predicting survival of breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 5, 768-772.
- Jensen, M. R. (1987). Psychobiological factors predicting the course of breast cancer. *Journal of Personality*, 55, 317-342.
- Kaplan, G. A., & Reynolds, P. (1988). Depression and cancer mortality and morbidity: Prospective evidence from the Alameda County Study. *Journal of Behavioral Medicine*, 11, 1-13.
- Kneier, A. W., & Temoshok, L. (1984). Repressive coping reactions in patients with malignant melanoma as compared to cardiovascular patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 28, 145-155.
- Levy, S. M. (1983). Host differences in neoplastic risk: Behavioral and social contributors to disease. *Health Psychology*, 2, 21-44.
- Levy, S. M., Herberman, R., Lippman, M., & d'Angelo, T. (1987). Correlation of stress factors with sustained depression of natural killer cell activity and predicted prognosis in patients with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 5, 348-353.
- Levy, S. M., Lee, J., Bagley, C., & Lippman, M. (1988). Survival hazards analysis in first recurrent breast cancer patients: Seven-years follow-up. *Psychosomatic Medicine*, 50, 520-528.
- Levy, S. M., & Wise, B. D. (1988). Psychosocial risk factors and cancer progression. In C. L. Cooper (Ed.), *Stress and breast cancer*. New York: John Wiley and Sons.
- Le Shan, L., & Worthington, R. E. (1956). Personality as a factor in the pathogenesis of cancer: A review of the literature. *British Journal of Psychiatry*, 29, 49-56.
- London, H., & Exner, J. E. (1978). *Dimensions of personality*. New York: Wiley.
- Morris, T., & Greer, S. (1980). A «Type C» for Cancer?. *Cancer Detection and Prevention*, 3, 102 (abstract).
- Morris, T., Greer, S., Pettingale, K. W., & Watson, M. (1981). Patterns of expressing anger and their psychological correlates in women with breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 25, 111-117.
- O'Leary, A. (1990). Stress, emotion, and human immune function. *Psychological Bulletin*, 108, 363-382.
- Pelechano, V. (1993). Personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes renales terminales: Planteamiento y primeros resultados. In J. M. Zumalabe, & C. Maganto (Dir.), *Tendencias actuales en el estudio y la evaluación de la personalidad*. Servicio Editorial Universidad del País Vasco.
- Pettingale, K. W. (1985). Towards a psychobiological model of cancer: Biological considerations. *Social Science and Medicine*, 20, 779-787.
- Pettingale, K. W., Burgess, C., & Greer, S. (1988). Psychological response to cancer diagnostic: I. Correlations with prognostic variables. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 255-261.
- Priestman, T. J., Priestman, S. G., & Bradshaw, C. (1985). Stress and breast cancer. *British Journal of Cancer*, 51, 493-498.
- Reynolds, P., & Kaplan, G. A. (1986). *Social connections and cancer: A prospective study of Alameda County residents*. San Francisco: Society of Behavioral Medicine.
- Rogentine, G. N., Van Kammen, D. P., Fox, B. H., Docherty, J. P., Rosenblatt, J. E., Boyd, S. C., & Bunney, W. E. (1979). Psychological factors in the prognosis of malignant melanoma. A prospective study. *Psychosomatic Medicine*, 41, 647-655.
- Scherg, H., Cramer, I., & Blohmke, M. (1981). Psychosocial factors and breast cancer: A critical reevaluation of established hypothesis. *Cancer Detection Prevention*, 4, 165-171.
- Schmale, A., & Iker, H. (1969). The psychological setting of uterine cervical cancer. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 164, 807-813.
- Shekele, R. B., Raynor, W. J., Ostfield, A. M., Garron, D. C., Bieliauskas, L. A., Liu, S. C., Maliza, C., & Paul, O. (1981). Psychological depression and 17-year risk of death from cancer. *Psychosomatic Medicine*, 43, 117-125.
- Stolbach, L. L., & Brandt, U. C. (1988). Psychosocial factors in the development and progression of breast cancer. In C. L. Cooper (Ed.), *Stress and breast cancer*. New York: John Wiley and Sons.
- Temoshok, L. (1983). Emotion, adaptation, and disease: A multidimensional theory. In L. Temoshok, C. Van Dyke, & L. S. Zegans (Eds.), *Emotions in health and illness: Theoretical and research foundations*. New York: Grune and Stratton.
- Temoshok, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. *Cancer Surveys*, 6, 545-567.

- Temoshok, L., & Fox, B. H. (1984). Coping styles and other psychosocial factors related to medical status and to prognosis in patients with cutaneous malignant melanoma. In B. H. Fox, & B. H. Newberry (Eds.), *Impact of psychoendocrine systems in cancer and immunity*. Toronto: C. J. Hogrefe.
- Temoshok, L., & Heller, B. W. (1984). On comparing apples, oranges and fruit salad: A methodological overview of medical outcome studies in psychosocial oncology. In C. L. Cooper (Ed.), *Psychosocial stress and cancer*. New York: John Wiley and Sons.
- Temoshok, L., Heller, B. W., Sagebiel, R. W., Blois, M. S., Sweet, D. M., DiClemente, R. J., & Gold, M. L. (1985). The relationship of psychosocial factors to prognosis indicators in cutaneous malignant melanoma. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 139-154.
- Temoshok, L., & Dreher, H. (1992). *The type C connection: The behavioral links to cancer and your health*. New York: Random House.
- Wirsching, M., Stierlin, H., Hoffman, F., Weber, G., & Wirsching, B. (1982). Psychological identification of breast cancer patients before biopsy. *Journal of Psychosomatic Research*, 26, 1-10.
- Zuckerman, M. (1979). *Sensation seeking. Beyond the optimal level of arousal*. New Jersey: Hillsdale, Erlbaum.
- Zuckerman, M. (1983). *Biological bases of sensation seeking, impulsivity and anxiety*. New Jersey: Hillsdale, Erlbaum.

RESUMEN

Este artículo revisa algunas cuestiones conceptuales y metodológicas presentes en la investigación sobre el patrón comportamental tipo C. Se plantea la complejidad inherente a campos de estudio como el de la enfermedad crónica (el cáncer, en este caso), el ámbito de la personalidad, y, desde luego y en consecuencia, la relación entre ambos. Se discute la cuestión clave respecto a lo que puede considerarse el concepto nuclear en el patrón comportamental tipo C: ¿El sujeto inhibe conscientemente el componente expresivo de su respuesta emocional o no es siquiera consciente del componente fisiológico de dicha respuesta?. Por último se exponen las ventajas e inconvenientes de los diferentes diseños usados en la investigación sobre el patrón comportamental tipo C.

Palabras clave: Persona Tipo C, cáncer.

ABSTRACT

This paper reviews some conceptual and methodological issues present in the research about type C behavior pattern. It raises the inherent complex fields of a chronic disease, such as cancer, of the personality scope, and the relationship between them. It also discusses the key question about the nuclear concept in the type C behavior pattern: is the subject consciously inhibiting the expressive component of his emotional response or is he not conscious of the physiological component in his response? Lastly, it shows the advantages and disadvantages in the different designs used in the type C behavior pattern investigation.

Key words: Type C personality, cancer.