

EVALUACIÓN DEL PATRÓN DE CONDUCTA TIPO C Y SU RELACIÓN CON LA COGNICIÓN HACIA LA ENFERMEDAD EN PACIENTES COLOSTOMIZADOS CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER COLORRECTAL

STEFANO VINACCIA*, CATALINA ARANGO Y ERIKA CANO, SERGIO TOBÓN,
EMILIO MORENO, ALICIA EVA LÓPEZ.
UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA, MEDELLÍN, COLOMBIA

Recibido: Noviembre 10 de 2005

Revisado: Diciembre 12 de 2005

Aceptado: Junio 12 de 2006

ABSTRACT

The aim of the following study was to evaluate the dimensions of the type C behavior pattern, and its relation with the cognition towards disease, in 58 diagnosed colostomized patients with colorectal cancer, of both sexes, 6 months after the surgical treatment. As measurement instruments were used three of the scales of the Questionnaire of Type C Behavior Pattern (López Martínez, Ramírez Maestre, Esteve Zarazaga & Anarte, 2002) and the Questionnaire of Cognition towards disease (ICQ), adapted from the Dutch version by Evers et al. (2001). The reliability of both questionnaires, from the calculation of alpha coefficient, throws satisfactory results in both cases. The results show that a clear relation between the answers to both instruments exists. Concretely, elevated scores in Rationality are associated to a greater capacity on the part of the patients to adapt to their disease; contrary, scores elevated in Understanding and Emotional Repression are associated to greater difficulties in order to accept the health state.

Keywords: Type C behavior pattern, knowledge of illness, colorectal cancer, colostomy.

RESUMEN

El objetivo de la siguiente investigación fue evaluar las dimensiones del patrón de conducta Tipo C y su relación con la cognición hacia la enfermedad en 58 pacientes colostomizados, diagnosticados de cáncer colorrectal, de ambos sexos, seis meses después del tratamiento médico-quirúrgico. Como instrumentos de medida se utilizaron tres de las escalas del Cuestionario de Patrón de Conducta Tipo C (López Martínez, Ramírez Maestre, Esteve Zarazaga & Anarte, 2002) y el Cuestionario de Cognición hacia la Enfermedad (ICQ), adaptado a partir de la versión holandesa de Evers et al. (2001). La fiabilidad de ambos cuestionarios, a partir del cálculo del coeficiente *alpha*, arroja resultados satisfactorios en ambos casos. Los resultados indican que existe una clara relación entre las respuestas a ambos instrumentos: concretamente, puntuaciones elevadas en *Racionalidad* se asocian a una mayor capacidad por parte de los pacientes para adaptarse a su enfermedad; por el contrario, puntuaciones elevadas en *Comprensión y Represión emocional* están asociadas a mayores dificultades para aceptar el estado de salud.

Palabras clave: Patrón de conducta Tipo C, cognición a la enfermedad, cáncer colorrectal, colostomía.

* Director del grupo Salud Comportamental. Facultad de Psicología, U. S. B., Medellín. Correo electrónico: pi47@hotmail.com.
Dirección postal: Apartado Aéreo 81240, Envigado, Antioquia.

Introducción

En las últimas décadas, las investigaciones en Psicooncología han aumentado vertiginosamente, tanto por la alta incidencia y prevalencia de estas enfermedades, como por su carácter crónico, que obliga a diversos cambios en los hábitos y estilos de vida que los sujetos deben afrontar, lo que implica reajustes psicológicos de gran impacto para los mismos (e.g. Baider, 2003; Bayés, 1985/1991; García, García, Ballesteros & Novoa, 2003; Gil Roales-Nieto, Moreno San Pedro, Gil Luciano & Blanco Coronado, 2004; Novoa, Cruz, Rojas & Wilde, 2003; Pöschl & Seitz, 2004; Seitz et al., 2001; Terry & Rohan, 2002; Vinaccia et al., 2005; Willett, 2001).

Desde mediados de los años sesenta del pasado siglo una serie de investigaciones plantearon, a partir de constructos psicodinámicos, la posibilidad de que pudieran encontrarse algunos modelos de defensa psíquica en pacientes oncológicos (véase, e.g., Bahanson, 1969; Bahanson & Bahanson, 1966, 1969). En concreto, estos autores indicaron que en este tipo de pacientes era más frecuente el uso de mecanismos de defensa frente a situaciones conflictivas y/o estresantes. Otros estudios, como el de Schmale e Iker (1966) señalaron también que los sujetos con cáncer pulmonar, de mama o uterino presentaban una baja tendencia al neuroticismo, una reducida capacidad introspectiva, modalidades comportamentales rígidas y convencionales y, sobre todo, una notable dificultad para manifestar sus propias emociones.

Desde otra perspectiva, no sería hasta mediados de los años setenta cuando el grupo de investigación de Greer en Londres hiciera mención al Tipo C para referirse a la marcada contención emocional que presentaban algunas pacientes aquejadas de cáncer de mama (Greer & Morris, 1975). A partir de entonces, son múltiples las investigaciones que se han venido interesando en ver la posible relación que la personalidad Tipo C pudiera tener con el cáncer (Bremond, Kune & Bahanson, 1986; Grassi, 1987; Jansen & Muenz, 1984; Kneier & Temoshok, 1984; Penttingale, Greer & Tee, 1977; Penttingale, Watson & Greer, 1985; Temoshok, 1987). Los resultados de la mayoría de estos trabajos parecen delinear un perfil común: las personas que padecen cáncer muestran un comportamiento emocional característico que las diferencia de los sujetos sanos. En este sentido, Eysenck (1994b) ha resumido las diferentes características de los comportamientos de los sujetos que presentan un estilo comportamental Tipo C, señalando que éstos son sumamente cooperativos, pasivos, evitadores de conflictos, supresores de emociones como la ira o la ansiedad, que generalmente usan la represión como mecanismo de afrontamiento, y con una mayor predisposición a experimentar desesperanza y depresión.

Sin embargo, desde muy pronto comenzaron a surgir algunas controversias sobre el origen y la evolución del concepto de *patrón de conducta Tipo C*, las cuales podrían resumirse así:

- a) Posiciones que defienden que se trata de un rasgo de personalidad premórbida que se asocia a un mayor riesgo de desarrollar una neoplasia (Eysenck, 1988, 1990, 1991, 1994a).
- b) En otros casos, se argumenta que es un estilo de afrontamiento genérico que se asocia a una mayor probabilidad de padecer cáncer (Fernández Ballesteros, Ruiz & Garde, 1998; Temoshok, 1987).
- c) Finalmente, hay autores que postulan que sería un modo de afrontar el diagnóstico y la terapéutica del cáncer (Andreu & Ibáñez, 1993; Bleiker, Van der Ploeg, Hendriks, Leer & Klejin, 1993).

Ante este estado de cosas, desde finales de la década de los noventa un grupo de investigadoras de la Universidad de Málaga, España (véase, e.g., Anarte, Esteve Zarazaga, Ramírez Maestre, López Martínez & Amorós Vicario, 2001; Anarte, López Martínez, Ramírez Maestre & Esteve Zarazaga, 2000; López Martínez, Esteve Zarazaga, Ramírez Maestre & Anarte, 1998; López Martínez et al., 2002; López Ríos, López Martínez & Gil Roales-Nieto, 2004) ha tratado de dilucidar las dimensiones que conforman el Tipo C, con el objeto de delimitar su definición. Con este propósito, las autoras aplicaron los diferentes cuestionarios que se han utilizado para evaluar este constructo a una amplia muestra de sujetos pertenecientes a la población general. Tras la realización de análisis factoriales, exploratorios y confirmatorios, el resultado fue la obtención de un instrumento de evaluación compuesto por un total de cinco factores que corresponden a las siguientes dimensiones teóricas: *Control emocional*, *Represión emocional*, *Comprensión*, *Racionalidad* y *Necesidad de armonía*. No obstante, tan sólo tres de estas dimensiones se agruparon en el constructo de orden superior denominado Tipo C: el Control emocional, la Represión emocional y la Comprensión (López Martínez et al., 1998), apuntando en la dirección de que el Tipo C podría considerarse como un modo de afrontamiento que vendría caracterizado por el grado de dominio y control de emociones socialmente negativas (como la ira), el disimulo y la no-expresión de dichas emociones, y la capacidad para comprender a los demás, incluso aunque estos actúen en contra de los intereses del sujeto.

Sin embargo, cuando las autoras trataron de comprobar en cuáles de estas dimensiones diferían una muestra de pacientes con patología oncológica diversa y una muestra de sujetos sanos, equivalentes en lo que a las características sociodemográficas se refiere, los resultados

indicaron que tan sólo existían diferencias significativas entre ambas muestras en las puntuaciones a los factores de Control emocional, Necesidad de armonía y Racionalidad. Por tanto, los pacientes con cáncer y los sujetos sanos tan sólo se diferenciaban en una de las tres dimensiones integrantes del constructo Tipo C: el Control emocional (López Martínez et al., 2002), lo que podría indicar que los pacientes aquejados de una patología neoplásica maligna tienden a controlar sus emociones socialmente negativas (como la ira, la tristeza o la preocupación) en mayor medida que los sujetos sanos.

Asimismo, en una investigación posterior, efectuada en este caso tan sólo con datos de mujeres con cáncer de mama y de una muestra equivalente -en lo referido a las características sociodemográficas- de mujeres sanas, se puso de manifiesto que las pacientes con cáncer sólo presentan puntuaciones significativamente superiores a las mujeres sanas en la dimensión de Racionalidad y dicha dimensión no se encuentra entre las tres que, según los trabajos de estas autoras (López Martínez et al., 1998; López Martínez et al., 2002), definirían el constructo Tipo C (Bittan & López Martínez, 2005).

No obstante, en todos los trabajos, este grupo de investigadoras concluye que el constructo Tipo C debiera considerarse como un modo de afrontar el diagnóstico y la terapia del cáncer, y no como un rasgo estable de personalidad o un estilo de afrontamiento que incremente la probabilidad de padecer cáncer. De ser esto así, cabría postular que este modo de afrontar la enfermedad guardaría relación con el modo en que la misma se concibe, lo que alude al concepto de *cognición de enfermedad*.

Por otro lado, enfermedades crónicas como el cáncer se pueden analizar también en términos de la Teoría de la Crisis (Moos & Schaefer, 1984), la cual trata acerca del impacto que tiene la interrupción de un patrón establecido de funcionamiento social y personal; esta teoría plantea la posibilidad de que los individuos tienden a funcionar en un estado de equilibrio y cuando dicho estado se interrumpe por cualquier razón, incluyendo la enfermedad, las personas, para recuperar el equilibrio, se basan en aquellos modos de respuesta anteriores que les hubieran resultado efectivos. La crisis se produce cuando los acontecimientos son tan extremos o importantes que los patrones de afrontamiento habituales resultan inadecuados y, de esta manera, las personas experimentan un exacerbado sentimiento de ansiedad, temor y estrés. Pero, dado que las personas no pueden tolerar un estado de crisis por mucho tiempo, adoptan nuevos modos de respuesta y algunas de esas nuevas formas de afrontamiento pueden conducir a una adaptación sana, pero otras pueden provocar ajustes insanos y un deterioro psicológico. Hay que notar que la crisis en sí misma no es sana ni patológica: se trata simplemente de un punto de

inflexión en la vida de una persona, cuyo resultado puede ser, bien un ajuste saludable ante el acontecimiento que lo precipita, o bien una adaptación psicológica insana (Brannon & Feist, 2001).

Siguiendo la misma línea de trabajo, Evers et al. (2001) han planteado que en la enfermedad crónica -por definición una situación adversa a largo término y sumamente incontrolable- las personas pueden desarrollar reevaluaciones cognitivas de diferentes índoles con relación a los elementos de tensión. En cuanto a la valencia positiva o negativa, pueden diferenciarse tres tipos de reevaluaciones cuando alguien se enfrenta a elementos de tensión a largo plazo:

- a) Cogniciones que enfatizan el significado negativo del elemento de tensión (con una actitud de desamparo y desesperanza).
- b) Cogniciones que disminuyen el significado adverso de la tensión (aceptando el impacto negativo de la tensión y aprendiendo a convivir con él).
- c) Cogniciones que dan un significado positivo al evento (enfocándose en consecuencias positivas adicionales del elemento de tensión).

Esta concepción de valencias cognitivas positivas o negativas refleja las dimensiones del incremento negativo, el decrecimiento negativo, y el incremento de pensamientos positivos cuando alguien se enfrenta a tensiones de larga duración, y pueden proveer un patrón comprensivo de ajuste cognitivo que permitiría predecir uniformemente el estado de salud a largo término de los pacientes con enfermedades crónicas.

Enfatizar el sentido negativo implica enfocarse en los aspectos adversos como la condición incontrolable, impredecible e inmodificable de una enfermedad y generalizar estas consecuencias al funcionamiento diario. Esta clase de reacción cognitiva ha sido descrita en la Teoría de la Desesperanza Aprendida como un patrón de afrontamiento negativo cuando alguien se enfrenta a un evento de tensión, refiriéndose a expectativas negativas globales y atribuciones estables adscritas al evento y características negativas adscritas a la persona. En este sentido, múltiples investigaciones han demostrado el rol de la desesperanza de la enfermedad como un factor probable de riesgo para un estado de salud desfavorable, tanto físico como psicológico, en varias enfermedades crónicas (Abramson, Matalsky & Alloy, 1989; Flor, Behle & Birbaumer, 1993; Seligman, 1975; Vinaccia, 2003; Watson et al., 1988).

Por el contrario, el sentido adverso de la enfermedad puede ser reducido por aquellos pacientes que saben que son enfermos crónicos y que, simultáneamente, poseen habilidades para vivir con su situación y manejar las consecuencias de su enfermedad. Esta condición ha sido

descrita previamente en términos de *aceptación*, la cual implica la capacidad de adaptarse a una enfermedad crónica al tiempo que el paciente desarrolla la habilidad para tolerar su naturaleza impredecible e incontrolable y asume sus consecuencias adversas. El posible efecto beneficioso de esta cognición ha sido respaldado por múltiples investigaciones con pacientes crónicos (Felton & Revenson, 1984; McCracken, 1998; Thompson, Cheek & Graham, 1988).

Finalmente, aquellas personas que logran encontrarle algún sentido positivo a su enfermedad han reportado diferentes tipos de ventajas que los han llevado a poder afrontar los factores estresantes derivados de aquella de una forma más efectiva; entre estas ventajas encontramos cambios en las prioridades de la vida y sus objetivos personales, cambios de personalidad y fortalecimiento de relaciones interpersonales (Affleck & Tennen, 1996; Tedeschi & Calhoun, 1996; Tennen, Affleck, Urrows, Higgins & Mendola, 1992).

Tomando en consideración lo indicado, el objetivo del presente estudio es analizar las relaciones entre algunas de las características que tradicionalmente se ha supuesto que forman parte del constructo Tipo C y la cognición de enfermedad en una muestra de pacientes aquejados de cáncer colorrectal. Los motivos de elección de esta patología obedecen fundamentalmente a dos razones: en primer lugar, considerando en conjunto los datos epidemiológicos disponibles, se trata de la neoplasia digestiva maligna más frecuente, siendo el segundo tipo de cáncer padecido en mayor porcentaje de casos tanto en los varones como en las mujeres tras el carcinoma bronco-pulmonar y el cáncer de mama, respectivamente (e.g., Cerdán, 1997); en segundo lugar, por las importantes implicaciones médico-quirúrgicas que tiene para el sujeto padecer este tipo de cáncer: cuando **se encuentra en una etapa avanzada, es habitual la práctica de la colostomía** (una incisión en el colon para crear una abertura artificial o «estoma» a la parte exterior del abdomen que obliga a colocar una bolsa de recolección de las heces, con las implicaciones que ello tiene para la imagen corporal y la salud del paciente).

Método

Sujetos

Se realizó un muestreo por conveniencia no-aleatorio, seleccionando a todos los sujetos disponibles de la población accesible. La muestra estuvo compuesta por 58 pacientes de ambos géneros con edades comprendidas entre 31 y 87 años, todos ellos con diagnóstico diferencial de cáncer colorrectal, colostomizados y en tratamiento médico en el Instituto Medicancer de Medellín (Colombia).

Instrumentos

Para evaluar la cognición hacia la enfermedad se ha utilizado la versión colombiana del *Cuestionario de Cognición hacia la Enfermedad* (Vinaccia, 2003), diseñado originalmente en Holanda por Evers et al. (2001); está compuesto de 18 ítems tipo Likert, con cuatro posibilidades de respuesta que van desde 1 (*nada*) hasta 4 (*completamente*) y tres subescalas: Desesperanza (6 ítems) con un índice de confiabilidad alfa de Cronbach en la versión colombiana de 0,74; Aceptación (6 ítems) con un índice de confiabilidad alfa de Cronbach en la versión colombiana de 0,86 y Beneficios percibidos (6 ítems) con un índice de confiabilidad alfa de Cronbach en la versión colombiana de 0,84.

Para la evaluación de los componentes del Tipo C se utilizó el *Cuestionario de Patrón de Conducta Tipo C*, diseñado por López Martínez et al. (2002) y compuesto de 26 ítems con un formato de respuestas dicotómico (Sí/No) y cinco subescalas: Control emocional, Racionalidad, Represión emocional, Necesidad de armonía y Comprensión. No obstante, y atendiendo a los resultados de algunos trabajos de este grupo de investigación (Bittan & López Martínez, 2005; López Martínez et al., 2002), en este estudio tan sólo se han considerado tres de las subescalas de dicho instrumento: Racionalidad (con un alfa de 0,84), Comprensión (con un alfa de 0,88) y Represión emocional (con un alfa de 0,84).

Procedimiento

La aplicación de las pruebas se realizó en las dependencias del Instituto Medicancer de Medellín, dentro de la consulta de asesoramiento para pacientes colostomizados. Los cuestionarios se aplicaron previo consentimiento informado de modo individualizado, en formato de autoadministración, y en una única sesión, bajo la ayuda y supervisión de un entrevistador, estudiante de Psicología, previamente entrenado.

Análisis estadísticos

Para delimitar la relación entre los factores del Cuestionario del Patrón de Conducta Tipo C y los factores del Cuestionario de Cognición hacia la Enfermedad, se procedió a efectuar una ecuación de regresión mediante el modelo de pasos sucesivos, tomando como variables dependientes las puntuaciones en las dimensiones que definen las cogniciones hacia la enfermedad, de acuerdo al instrumento utilizado, y como variables independientes los factores del Cuestionario Tipo C.

Resultados

En la Tabla 1 se muestran las características sociodemográficas de los 58 participantes y en la Tabla 2 las variables clínicas de la muestra. Como se puede

TABLA 1.

Nombre	Unidad de medición
Edad	Media: 60,97 años Desviación típica: 13,68 años. Rango: mínimo, 31,00 años; máximo, 87,00 años.
Sexo	1. Masculino: 36,2% 2. Femenino: 63,8%
Escolaridad	1. Primaria: 43,1% 2. Secundaria: 56,9%
Estado Civil	1. Soltero: 15% 2. Casado: 56,9% 3. Separado: 10% 4. Unión Libre: 18,1%
Estrato Socioeconómico	1: 20% 2 y 3: 46,6% 4: 20% 5: 8% 6: 5,45%
Ocupación	1. Empleado: 40% 2. Desempleado: 8,3% 3. Trabajo en casa: 51,7%

TABLA 2. VARIABLES CLÍNICAS DE LA MUESTRA

	Media	Desviación típica
Tiempo de colostomía	31,02 meses	29,82 meses
Tiempo de diagnóstico	34,26 meses	31,22 meses
Tiempo de cirugía	31,53 meses	29,85 meses

observar, en la muestra se encuentra un porcentaje alto de casados y/o en unión libre, con un nivel de escolaridad mayor a bachillerato, predominio del género femenino, y en un rango de edad entre los 31 y 87 años; en cuanto a la ocupación, ésta oscilaba entre ama de casa o pensionado y en el ámbito general, estos pacientes conviven con su esposa/o e hijos y pertenecen a un estrato socioeconómico de nivel 2 y 3, según servicios públicos en Medellín, Colombia.

Dichos pacientes presentaban el diagnóstico de cáncer colorrectal; el tiempo de cirugía presenta una media de 31,53 meses, con un tiempo medio desde que se realizó la colostomía de 31,02 meses y un tiempo desde el diagnóstico de 31,22 meses.

Los resultados de la ecuación de regresión indican que tan sólo existen asociaciones significativas entre las tres dimensiones del Tipo C consideradas y la variable Aceptación del cuestionario de cogniciones de enfermedad. Sin embargo, los componentes del Tipo C no se asocian significativamente con las variables Desesperanza y Beneficios percibidos, y, por tanto, no se constituyen en predictores de éstas.

Como puede verse en la Tabla 3, las tres dimensiones del Tipo C predicen en conjunto el 28% de la varianza de la dimensión de Aceptación. En primer lugar, se incluyó la dimensión de Comprensión en la ecuación de regresión, con un beta significativo de $-0,27$, $r = 0,27$ ($f(2,55) = 4,45$, $p < 0,05$). En el segundo paso, la ecuación

TABLA 3. TABLA DE REGRESIÓN MÚLTIPLE

Variables criterio (independientes)	múltiple R	r ²	Bta	pdE r ²
Variable dependiente: aceptación				
Comprensión	0,27	0,074	-0,27	,03
Represión emocional	0,47	0,22	-0,45	,001
Racionalidad	0,52	0,28	0,68	,0005

de regresión incluyó la dimensión de Represión emocional, como predictor significativo de la dimensión de aceptación, con un valor de beta = -0,45; $r = ,47$ ($f(2,55) = 7,64, p < 0,01$). Finalmente, en un tercer paso, la ecuación incluyó la dimensión de Racionalidad como predictor significativo de la dimensión de Aceptación, con un valor de beta = 0,68; $r = ,52$ ($f(2,55) = 6,91, p < 0,01$).

Discusión

Los resultados del análisis de regresión parecen sugerir que cuanto más racionalmente se comportan los pacientes, más fácilmente aceptan su enfermedad. Por el contrario, cuanto más tratan de comprender a los demás y ponerse en su lugar y cuanto más tienden a reprimir sus emociones negativas, más dificultades presentan para aceptar su estado de salud. Estos resultados concuerdan con la investigación de Evers et al. (2001), quienes planteaban un incremento de la dimensión cognitiva de aceptación en los primeros años de diagnóstico de una enfermedad crónica, sugiriendo un incremento de la desesperanza y los beneficios percibidos a largo término. Por su parte, ciertos estudios previos que compararon los anteriores constructos han sugerido que las asociaciones entre aceptación y beneficios percibidos pueden variar, particularmente en condiciones de alta incontabilidad (cf. en Evers et al., 2001). Por ejemplo, en pacientes con artritis reumatoide con dolor severo los beneficios percibidos y la percepción de control han mostrado estar relacionados favorablemente contra los cambios desfavorables en el estado de salud de estos pacientes (Tennen et al., 1992). Hay que apuntar que la aceptación fue conceptualizada en el pasado como *resignación* pero actualmente se considera que esta dimensión está asociada a un decremento en la evolución de la enfermedad y la disminución de quejas somáticas y de emociones negativas. Por tanto, aceptación significaría ahora reconocer de parte del paciente la necesidad de adaptarse a la enfermedad crónica y al mismo tiempo desarrollar estrategias de afrontamiento adecuadas para tolerar la naturaleza imprevisible e incontrolable de la enfermedad (Evers et al., 2001).

Ahora bien, cabría preguntarse, puesto que tanto la comprensión como la represión emocional forman parte

del constructo Tipo C (López Martínez et al., 2002), por qué puntuaciones elevadas en estas dimensiones tienden a disminuir la capacidad de nuestros pacientes para aceptar la enfermedad y por qué la dimensión de racionalidad, que aunque no forma parte del constructo Tipo C sí parece caracterizar en mayor medida a pacientes aquejadas de cáncer de mama (Bittan & López Martínez, 2005), se asocia positivamente con la aceptación de la enfermedad.

La primera explicación que podríamos aventurar está asociada al cuadro clínico al cual nos enfrentamos: nuestros pacientes, además de cáncer, están colostomizados. Existe una amplia bibliografía que describe la presencia de emociones negativas como ansiedad y depresión en estos pacientes, además de que parecen caracterizarse por una elevada automarginación social. Sin ningún género de duda, el inconveniente más importante de esta nueva situación es la falta de control en la emisión de heces y gases, y como consecuencia, producción de ruidos y olor (Armenta, 1999; Cerdán, 1997).

La segunda hipótesis que cabe plantear es que el enfrentamiento al cáncer no puede ser caracterizado a través de una sola estrategia de afrontamiento, sino que ésta puede cambiar a lo largo del proceso de la enfermedad (Cano Vindel, Sirgo & Pérez Manga, 1994; Sirgo, Díaz Ovejero, Cano Vindel & Pérez Manga, 2001). Los pacientes del presente estudio tenían apenas 30 meses de promedio de haber pasado por tratamiento médico-quirúrgico de cáncer y colostomía. Ello implicaría que estarían, según lo planteado por Evers et al. (2001), en la fase cronológica de aceptación de la enfermedad. Esta fase podría asociarse perfectamente a la dimensión de racionalidad del cuestionario Tipo C, el cual plantea cómo una persona utiliza la razón y la lógica como forma general de enfrentarse al mundo, permitiéndole así ponderar su situación momento a momento, evitando los altos niveles de estrés causados por todos los cambios vitales producidos inevitablemente por la enfermedad.

En esta fase inicial de adaptación del paciente al estado de enfermo crónico, el uso de estrategias de afrontamiento como la represión emocional, que se entiende como el grado en que el paciente inhibe la expresión de sus emociones, sería contraproducente para

llegar a aceptar su estado de salud, es decir, que reprimir las emociones no aportaría ninguna ventaja al paciente en esta fase inicial de adaptación a la enfermedad; por el contrario, la tendencia a minimizar el impacto emocional podría implicar que el individuo enfermo fuese incapaz de afrontar su estado de salud de una forma adecuada. De hecho, trabajos recientes como los efectuados por el grupo de Stanton (Stanton et al., 2000; Stanton et al., 2002) y Strasser, Fisch, Bodurka y Bruera (2002) apuntan en una misma dirección: la expresión de emociones de malestar (como miedo, ira, preocupación o tristeza) ayudan a minimizar el estrés que implica padecer una enfermedad crónica como el cáncer e incrementa el uso de estrategias de afrontamiento más adaptativas, en tanto que favorece la puesta en práctica de estrategias de afrontamiento más activas y centradas en el problema y la búsqueda de soluciones al mismo. Y ello tan sólo es posible cuando los pacientes entienden y aceptan su condición de enfermedad.

Una tercera hipótesis que se puede plantear sería que, dadas las condiciones de automarginación social (Kramer, 1994; Martos, 1990) que muchos pacientes colostomizados desarrollan en los primeros estadios de adaptación de su nuevo estado de enfermo crónico (en el que se dan evidentes dificultades en el vaciamiento controlado de su materia fecal) implicaría que sería difícil para ellos utilizar la comprensión, otro de los elementos constituyentes del Tipo C, como forma de aceptación de la enfermedad, ya que el ponerse en lugar de los otros y entenderlos a pesar de sentir emociones negativas suscitadas por los mismos, sería en este caso contraproducente para el proceso de adaptación a la enfermedad, en tanto que no favorecería un afrontamiento directo y centrado en el problema que, aquí, implicaría solicitar información a los profesionales sanitarios acerca de su enfermedad y cuidados.

En última instancia, son necesarias futuras investigaciones, con pacientes aquejados de diversas neoplasias malignas, para poder delimitar con mayor grado de precisión la relación entre los componentes del patrón de conducta Tipo C y la adaptación a la enfermedad crónica.

Referencias

- Abramson, L. Y., Matalsky, G. I. & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Affleck, G. & Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinning. *Journal of Personality*, 64, 899-922.
- Anarte, M., Esteve Zarazaga, R., Ramírez Maestre, C., López Martínez, A. E. & Amorós Vicario, F. J. (2001). Adaptación al castellano de la escala Cortauld de control emocional en pacientes con cáncer. *Psicobema*, 13, 636-642.
- Anarte, M., López Martínez, A. E., Ramírez Maestre, C. & Esteve Zarazaga, R. (2000). Evaluación del patrón de conducta tipo C en pacientes crónicos. *Anales de Psicología*, 16, 133-141.
- Andreu, Y. e Ibáñez, E. (1993). Un estudio cuasi-prospectivo sobre personalidad tipo C. *Boletín de Psicología*, 40, 37-51.
- Armenta, J. (1999). Mejora de la calidad de vida de personas colostomizadas con métodos continentales. *Revista ROL de Enfermería*, 22, 17-23.
- Bahanson, C. B. (1969). Psychophysiological complementarities in malignancies. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 319-330.
- Bahanson, C. B. & Bahanson, M. B. (1966). Role of the ego defences: Denial and repression in the etiology of malignant neoplasms. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 125, 827-845.
- Bahanson, C. B. & Bahanson, M. B. (1969). Ego defenses in cancer patients. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 164, 546-577.
- Baider, L. (2003). Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *Revista internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(3), 505-520.
- Bayés, R. (1991). *Psicología oncológica* (2a. ed.). Barcelona: Martínez Roca. (Trabajo original publicado en 1985).
- Bittan, M. & López Martínez, A. E. (2005). *El constructo tipo C: un análisis comparativo entre mujeres sanas y mujeres con cáncer de mama*. Manuscrito no publicado.
- Bleiker, E. M. A., Van der Ploeg, H. M., Hendriks, J. C., Leer, J. H. & Klejin, W. C. (1993). Rationality, emotional expression and control: Psychometric characteristics of a questionnaire for research in psycho-oncology. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 861-872.
- Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo.
- Bremond, A., Kune, G. A. & Bahanson, C. B. (1986). Psychosomatic factors in breast cancer patients: Results of a case control study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 5, 127-136.
- Cano Vindel, A., Sirgo, A. & Pérez Manga, G. (1994). Cáncer y estilo represivo de afrontamiento. *Ansiedad y estrés*, 0, 101-112.

- Cerdán, F. J. (1997). Seguimiento de los pacientes intervenidos de cáncer colorrectal. *Cáncer*, 11, 32-41.
- Evers, A., Kraaimaat, F., Van Lankvedl, W., Jongen, P., Jacobs, J. & Bijlsma, J. (2001). Beyond unfavorable thinking: The Illness Cognition Questionnaire for chronic diseases. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1026-1036.
- Eysenck, H. J. (1988). The respective importance of personality, cigarette smoking and interaction effects for the genesis of cancer and coronary heart disease. *Personality and Individual Differences*, 9, 453-464.
- Eysenck, H. J. (1990). The prediction of death from cancer by means of personality/stress questionnaire: «to good to be true»? *Perceptual and Motor Skills*, 71, 216-218.
- Eysenck, H. J. (1991). Personality, stress and disease: An interactionist perspective. *Psychological Inquiry*, 2, 221-232.
- Eysenck, H. J. (1994a). Cancer, personality and stress. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 16, 167-215.
- Eysenck, H. J. (1994b). Prediction of cancer and coronary heart disease mortality by means of a personality inventory: Results of a 15-year follow-up study. *Psychological Reports*, 72, 499-516.
- Felton, B. J. & Revenson, T. A. (1984). Coping with chronic illness: A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 343-353.
- Fernández Ballesteros, R., Ruiz, M. A. & Garde, S. (1998). Emotional expression in healthy women and those with breast cancer. *British Journal of Health Psychology*, 3, 41-50.
- Flor, H., Behle, D. J. & Birbaumer, N. (1993). Assessment of pain related cognitions in chronic pain patients. *Behavior Research and Therapy: An International Multi-Disciplinary Journal* 31, 73.
- García, D., García, M. P., Ballesteros, B. P. & Novoa, M. (2003). Sexualidad y comunicación de pareja en mujeres con cáncer de cérvix: una intervención psicológica. *Universitas Psychologica*, 2, 199-214.
- Gil Roales-Nieto, J., Moreno San Pedro, E., Gil Luciano, A. & Blanco Coronado, J. L. (2004). Efectos del consumo de café para la salud cardiovascular, la diabetes y el desarrollo de cáncer. *Psicothema*, 16(4), 531-547.
- Grassi, L. (1987). L'ipotesi della personalità di Tipo C rischio per la neoplasia. *Medicina Psicosomatica*, 32, 329-348.
- Greer, S. & Morris, T. (1975). Psychological attributes of women who develop breast cancer: A controlled study. *Journal of Psychosomatic Research*, 19, 147-153.
- Jansen, M. A. & Muenz, L. R. (1984). A retrospective study of personality variables associated with fibrocystic disease and breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 28, 35-42.
- Kneier, A. W. & Temoshok, L. (1984). Repressive coping reaction in patients with malignant melanoma as compared to cardiovascular disease patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 28, 145-155.
- Kramer, W. (1994). Living with a stoma: An unfortunate fate or a better life expectancy? *Coloproctology*, 16, 62-70.
- López Martínez, A. E., Esteve Zarazaga, R., Ramírez Maestre, C. & Anarte, M. (1998). Dimensionalización del constructo de personalidad tipo C. *Psyche*, 7, 3-12.
- López Martínez, A. E., Ramírez Maestre, C., Esteve Zarazaga, R. & Anarte, M. (2002). El constructo de personalidad tipo C: una contribución a su definición a partir de datos empíricos. *Psicología Conductual*, 10, 229-234.
- López Ríos, F., López Martínez, A. E. & Gil Roales-Nieto, J. (2004). Comportamiento como riesgo para cáncer. En J. Gil Roales-Nieto (Ed.), *Psicología de la Salud: Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones* (pp. 391-406). Madrid: Pirámide.
- Martos, M. A. (1990). Colostomías continentales: nueve métodos a estudio. *Enfermería científica*, 104, 10-15.
- McCracken, L. M. (1998). Learning to live with the pain: Acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74, 21-27.
- Moos, R. H. & Schaefer, J. A. (1984). The crisis of physical illness. En R. H. Moos (Ed.), *Coping of physical illness* (Vol. 2, pp. 3-25). New York: Plenum Press.
- Novoa, M., Cruz, C., Rojas, L. & Wilde, K. (2003). Efectos secundarios del tratamiento del cáncer de próstata localizado en la calidad de vida y el ajuste marital. *Universitas Psychologica*, 2, 169-186.
- Penttingale, K. W., Greer, S. & Tee, D. E. H. (1977). Serum IgA and emotional expression in breast cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 21, 395-399.
- Penttingale, K. W., Watson, M. & Greer, S. (1985). The validity of emotional control as a trait in breast cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 2, 22-30.
- Pöschl, G. & Seitz, H. K. (2004). Alcohol and cancer [review]. *Alcohol and Alcoholism*, 39(3), 155-165.
- Schmale, A. & Iker, H. (1966). The affect of hopelessness and the development of cancer, I: Identification of uterine cervical cancer in women with atypical cytology. *Psychosomatic Medicine*, 28, 714-721.

- Seitz, H. K., Matsuzaki, S., Yokoyama, A., Homann, N., Vakevainen, S. & Wang, X. D. (2001). Alcohol and cancer. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 25, 137-143.
- Seligman, M. E. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.
- Sirgo, A., Díaz Ovejero, M. B., Cano Vindel, A. & Pérez Manga, G. (2001). Ansiedad, ira y depresión en mujeres con cáncer de mama. *Ansiedad y estrés*, 7, 259-271.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B., et al. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 875-882.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Sworowski, L. A., Collins, C. A., Branstetter, A. D., Rodríguez-Hanley, A., et al. (2002). Randomized, controlled trial of written emotional expression and benefit finding in breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 20, 4160-4168.
- Strasser, F., Fisch, M., Bodurka, D. S. & Bruera, E. (2002). E-motions: Email for written emotional expression. *Journal of Clinical Oncology*, 20, 3352-3355.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471.
- Temoshok, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: Towards an integrative model. *Cancer Surveys*, 6, 545-565.
- Tennen, H., Affleck, G., Urrows, S., Higgins, P. & Mendola, R. (1992). Perceiving control, construing benefits, and daily processes in rheumatoid arthritis. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 24, 186-203.
- Terry, P. D. & Rohan, T. E. (2002). Cigarette smoking and the risk of breast cancer in women: a review of the literature. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 11(10), 953-971.
- Thompson, S. C., Cheek, P. R. & Graham, M. (1988). The other side of perceived control: Disadvantages and negative effects. En S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), *The social psychology of health* (pp. 69-73).
- Vinaccia, S. (2003). El patrón de conducta tipo C en pacientes con enfermedades crónicas. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 32, 161-168.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Contreras, F., Zapata, M., Fernández, H., Bedoya, M. et al. (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón. *Psicología y salud*, 15, 207-221.
- Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C. & Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: The MAC scale. *Psychological Medicine*, 18, 203-209.
- Willett, W. C. (2001). Diet and cancer: one view at the start of the millennium. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 10(1), 3-8.

