

# RELACIÓN ENTRE EL PATRÓN DE CONDUCTA TIPO C Y EL CÁNCER DE MAMA

ÁNGELA MARÍA TORRES MARIÑO\*  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Recibido: Mayo 25 de 2006

Revisado: Junio 5 de 2006

Aceptado: Junio 12 de 2006

## ABSTRACT

The main objective of this study was to investigate deeply the relationship between Type C behavior pattern and breast cancer through an analytical observation design of cases and controls. Three groups of variables were established: demographical, medical and risk factors, including in the last one the Type C behavior, for three groups: a) women with breast cancer, b) women with cervix cancer, and c) healthy women. The changing answer for 'having breast cancer' is determined by the family history of sickness, having hormone replace therapy, the history of the ovarian and endometrial cancer, and the age of the participants. One concludes that the behavior pattern, so and as is raised until the moment, is related more to the way the disease is faced, than a type of premorbid personality. New factors are proposed in base of the Five Factor Model, the Temperament and Character set out.

**Keywords:** Psiconcology, Personality, Type C behavior pattern, Breast cancer, Risk factors.

## RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo principal indagar 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. Se establecieron 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 cervix, y c) mujeres sanas. La variable de respuesta 'tener cáncer de mama' está 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. Se concluye 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 se proponen nuevos factores con base en las teorías de los cinco factores y del temperamento y carácter.

**Palabras Clave:** Psicooncología, personalidad, patrón de conducta Tipo C, cáncer de mama y factores de riesgo.

---

\* Trabajo realizado como tesis de maestría dentro del programa Maestría en Psicología: Énfasis en Psicología y Salud de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Dirección electrónica: amttoresm@unal.edu.co. Integrante del Grupo de Investigación en Psicología y Salud de la Pontificia Universidad Javeriana.

## Introducción

Aproximadamente desde 1992 el cáncer de mama es la segunda causa de muerte en la población femenina en Colombia (tasa promedio anual de 4,5 X 100.000 habitantes), lo que significa que 2 de cada 10 mujeres mueren por esta causa. Entre 1990 y 1996 el riesgo de muerte aumentó en la región central del país, particularmente en las capitales de departamentos, y en especial en el eje cafetero. Valle del Cauca, Tolima y Bogotá muestran un REMc (razones de mortalidad estandarizadas corregidas) superior al estándar nacional de la zona andina, mientras que Atlántico, Bolívar y San Andrés son los únicos en la costa caribe (Tabla 1, INC e IGAC 2004). En la actualidad, gracias al aumento en el acceso a los servicios de salud y a la detección temprana del cáncer de mama, la tasa de mortalidad ha disminuido mientras que su incidencia va cada vez más en aumento.

Para el caso de nuestro país han sido identificados los siguientes factores de riesgo reproductivo para el cáncer de mama: la nuliparidad vs. las mujeres con paridades mayores de 3 hijos (OR = 3,35 IC 1,4 - 8,0), la edad al primer nacimiento (>20 años vs. menores de 20. OR = 1,83 IC 0,7 - 4,8), el antecedente familiar de cáncer de mama y la lactancia al primer hijo (OR = 0,09 IC 0,01-0,64 de 1-11 meses y OR = 0,01 IC 0,00-0,14 para los 12 meses). (Olaya-Contreras, Pierre, Lazcano-Ponce, Villamil-Rodríguez & Posso-Valencia, 1999).

Aunque este tipo de cáncer se conoce como una enfermedad multicausal con factores biológicos –como son los genéticos (Moller et al., 1999; Lodder et al., 2001), antecedentes familiares (Moller et al., 1999; Lodder et al., 2001) y antecedentes personales (Beral, Bull, Doll, Peto & Reeves, 2002)-; factores demográficos -edad y género (Lodder et al., 2001) o raza (Jones & Chilton, 2002; English, Cleveland & Barber, 2002; Gargiullo, Wingo, Coates & Thompson, 2002)-; y factores comportamentales -expresión de emociones (Bleiker, Puwer, Van der Ploeg, Leer & Ader, 2000; Jansen y Muenz, 1984; Watson et al., 1991), personalidad (Dalton, Boesen, Ross, Schapiro & Johansen, 2002; Schapiro, Ross-Petersen, Sælan, Garde, Olsen & Johansen, 2001; Schmitz 1992)-, que actualmente la proponen como enfermedad sistémica, llama la atención que en la actualidad, entre el 70% y el 80% de todos los cánceres mamarios aparecen en mujeres sin factores de riesgo aplicables y que sólo del 5% al 10% tienen un origen genético por poseer los genes mutados BRCA1 y BRCA2.

Según Valdés (2002), la conducta puede tener repercusiones sobre la salud a través de varios caminos:

Unas veces, atenta contra la homeostasis orgánica de una manera *directa*, alterando el aporte energético y el equilibrio metabólico (como en el caso de la inactividad o los trastornos de la conducta alimentaria), o incorporando al organismo sustancias extrañas a la bioquímica corporal (como en el caso de la conducta de

TABLA 1. MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA A NIVEL DEPARTAMENTAL EN MUJERES DE COLOMBIA. 1990-1996

Departamento	Población (1993)	Número de muertes	Remc*
Antioquia	2'246.886	1.141	120.2
Atlántico	861.251	472	132.9
Bogotá D.C.	2'603.273	1.784	163.2
Bolívar	717.686	275	105.1
Caldas	462.533	245	120.6
Quindío	218.109	111	111.5
Risaralda	378.414	195	118.8
Santander	811.530	401	120.2
Tolima	566.958	259	109.9
Valle del Cauca	1'761.965	1.088	142.4
San Andrés	25.494	14	141.6
Guainía	6.141	2	130.2

\* Razón estandarizada de mortalidad corregida. Rango medio (95-105), niveles por encima de 100 significa el porcentaje de riesgo incrementado con respecto del país.

DATOS TOMADOS DEL ATLAS DE MORTALIDAD POR CÁNCER EN COLOMBIA. INC E IGAC (2004).

fumar, beber alcohol o consumir tóxicos de acción psicotrópica). Otras veces, la conducta constituye un *factor de riesgo* para la integridad física (como en el caso de las conductas violentas e imprudentes) o sirve de vehículo para la transmisión de enfermedades infecciosas (como en el caso de las conductas sexuales sin precaución). Por último, la conducta también puede formar parte de *estilos de interacción* psicobiológicamente indeseables por sus demostrados efectos insalubres (como en el caso de los patrones de conducta A y C).

Con respecto de este último, es importante recordar, que fue la observación clínica de pacientes con cardiopatía isquémica (angina de pecho e infarto al miocardio) realizada por Osler en 1982 y posteriormente por Friedman y Rosenman (1959), la que permitió empezar a definir un conjunto de actitudes y comportamientos que tienen unidad funcional y determinan el estilo de interacción del sujeto con su entorno hasta el punto de configurar una manera de ser (Valdés, 2002). Para el caso específico, esta manera de ser recibió el nombre de patrón A de conducta, pero posteriormente se hablaría de patrones B y C en relación con otras enfermedades como el cáncer.

El patrón de conducta tipo C constituye la imagen especular del patrón A en tanto constituye 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 indicadoras de agresividad. (Temoshok & Dreher, 1993; Watson & Greer, 1998; Spencer, Carver & Price, 1998). 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).

La descripción hecha sobre el patrón de conducta Tipo C, no parece directamente relacionada con alguna teoría de personalidad en particular, y aunque podría ubicarse dentro de las teorías de tipo y rasgo, no se observa un trabajo sistemático que se ubique en la línea de personalidad, sino que por el contrario se encuentran, como se mencionó con anterioridad, una serie de trabajos orientados a corroborar de forma aislada, la relación entre algunas de las características más importantes de este patrón y su relación con el cáncer.

El estudio de las relaciones entre las variables psicológicas y la aparición de síntomas y enfermedades parte de la suposición de que cada enfermedad era debida a predisposiciones determinadas por tipos específicos de personalidad. Sin embargo, según Valdés (2002),

... esta suposición nunca ha podido confirmarse, y con el tiempo ha sido reemplazada por hipótesis más

parsimoniosas, que postulan la existencia de relaciones entre variables psicométricas bien definidas y procesos biológicos concretos. En realidad, la personalidad como tal no existe, ya que se trata de una construcción hipotética que integra observaciones y supuestos, con la pretensión de explicar los determinantes de la conducta. En la actualidad, la investigación psicobiológica ha abandonado las teorías de personalidad, carentes de base biológica y ha trabajado con hechos de observación, como los patrones de conducta, que están configurados por agrupaciones de actitudes, inexplicables por las teorías psicológicas vigentes. (p. 116)

La enfermedad oncológica, como se observa en los datos presentados inicialmente, es una de las enfermedades crónicas que actualmente se encuentra dentro de las principales causas de mortalidad. Las diferentes investigaciones psicosociales en este campo han mostrado hallazgos contundentes con respecto a la mediación de variables psicológicas sobre la evolución de la enfermedad, con mayor fuerza para los casos en los cuales se trata de tipos de cáncer hormonodependientes, lo cual es consistente con las líneas de trabajo y los resultados arrojados hasta el momento por la PNI (Carver et al., 1993; Bakal, 1996; Spiegel, 2001).

Por lo tanto, ampliar el estudio de las relaciones entre patrones de conducta y el cáncer, permitiría por un lado continuar con el desarrollo de las teorías psicobiológicas de la 'personalidad', y los resultados se verían claramente enfocados dentro de una perspectiva de prevención en sus tres niveles, lo cual a su vez repercute en el mejoramiento de las condiciones y calidad de vida no solo del paciente oncológico, sino de aquellas personas con vulnerabilidad biológica o psicológica frente al desarrollo del cáncer. Según Valdés (2002), las teorías de la personalidad que han proporcionado más datos empíricos sobre las relaciones entre variables psicológicas y procesamiento cerebral de la información biológica son las teorías de Eysenck, Gray y Cloninger, las cuales describen de manera complementaria las variables psicológicas y conductuales de demostrada importancia en la aparición de malestar corporal y síntomas somáticos.

Resumiendo, puede decirse que entorno a la problemática de la personalidad propensa al cáncer se han presentado hasta el momento dos tipos de acercamientos conceptual y metodológicamente distintos. El primero se refiere a la construcción del concepto de patrón de conducta tipo C como una estrategia de afrontamiento ante situaciones estresantes de carácter crónico -dentro de las cuales se destaca el diagnóstico de la enfermedad- mientras que el segundo lo define como condición premórbida que se relaciona con el comportamiento y la vulnerabilidad a la enfermedad oncológica. En otros términos tal y como lo menciona

Holland (2002) la psicooncología tiene que ver fundamentalmente con dos aspectos del cáncer: 1) las respuestas psicológicas hacia la enfermedad tanto en pacientes como en familiares y personal médico, desde el momento del diagnóstico hasta el tratamiento, la sobrevida y el cuidado paliativo, y 2) los factores psicológicos, sociales y comportamentales que contribuyen al riesgo de cáncer.

De acuerdo con lo anterior, este trabajo constituye una propuesta para el estudio de las características relacionadas hasta el momento con la personalidad propensa al cáncer, en concreto el patrón de conducta Tipo C, desde una mirada integradora similar a la utilizada en las teorías psicobiológicas de la personalidad. Por tanto, se utilizó un único instrumento que permitiera hacer la evaluación y recolección de datos de manera acorde con la perspectiva de patrones de conducta, como conjunto de comportamientos y actitudes relativamente estables en el tiempo. De igual manera se pretendió superar las limitaciones metodológicas que se han presentado en investigaciones anteriores, seleccionando adecuadamente los participantes para cada uno de los grupos en el estudio y analizando las variables médicas, demográficas y factores de riesgo que se relacionan con el cáncer de mama.

### Objetivo general

Esta investigación tuvo por objetivo general establecer si el patrón de conducta Tipo C está relacionado con el cáncer de mama, en términos de encontrar una mayor proporción de mujeres con dicho patrón dentro del grupo de casos, en comparación con dos grupos controles.

### Objetivos específicos

1. Realizar una síntesis sobre los trabajos que han indagado por la relación entre personalidad y cáncer.
2. Realizar una revisión crítica y detallada acerca de la evolución del concepto de patrón de conducta Tipo C y su relación con la enfermedad oncológica.
3. Evaluar la presencia del patrón de conducta Tipo C en una muestra de pacientes con cáncer de mama y comparar los resultados con dos grupos controles.
4. Establecer si existe alguna relación significativa entre la presencia del patrón de conducta Tipo C y el cáncer de mama, de modo que la proporción de mujeres Tipo C sea diferente en cada uno de los grupos.
5. Obtener y analizar información sobre variables médicas, demográficas y factores de riesgo para cáncer de mama en el grupo de participantes.

6. Indagar la relación entre ser Tipo C y la presencia de receptores hormonales positivos en el grupo de casos.
7. Indagar la relación entre el patrón de conducta Tipo C y la presencia de depresión tanto en los casos como en los controles.

### Método

#### Variables

1. Patrón de conducta Tipo C: definido en términos de puntajes totales (es o no una persona con patrón de conducta tipo C) y en términos de puntajes de escala (control emocional, racionalidad, represión emocional, necesidad de armonía y comprensión) (Amaya & Gordillo, 2004).
2. Variables demográficas: evaluadas a partir del diligenciamiento por parte de las participantes del cuestionario de información demográfica y médica. Dichas variables comprenden: edad, estado civil, ocupación, vivir solo, tener pareja, y escolaridad.
3. Variables médicas: Esta información se recogió a partir de los datos consignados en las historias clínicas de las participantes e incluye: diagnóstico, estadio de la enfermedad, receptores hormonales y tratamientos recibidos.
4. Factores de riesgo: Aquí se incluye información relacionada con antecedentes familiares de cáncer de mama o de cervix, antecedentes personales de enfermedad benigna en mamas, cáncer de endometrio u ovario, consumo frecuente de alcohol, terapia de reemplazo hormonal, número de hijos, edad para el primer hijo, tiempo de lactancia y toma de anticonceptivos.
5. Depresión: de acuerdo con la sub escala de depresión, de la prueba de tamizaje de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HAD) (Rico & Restrepo, 2001), se establecieron las siguientes categorías.

#### Instrumentos

*Consentimiento informado.* Es el documento mediante el cual se informó a las participantes sobre el objetivo del estudio, el procedimiento general, las responsabilidades y los derechos que enmarcan la participación voluntaria de las participantes.

*Cuestionario de datos demográficos y médicos.* Recoge información sobre edad, estado civil, ocupación, vivir solo, tener pareja, escolaridad, cáncer de mama en madre, cáncer de mama en hermanas, cáncer de mama en tías, enfermedad benigna en mamas, cáncer de ovario o endometrio, consumo frecuente de alcohol, terapia de reemplazo hormonal, tener hijos, número de hijos, edad en que tuvo al primer hijo, tiempo de lactancia, toma de

anticonceptivos, cáncer de cervix en madre, cáncer de cervix en hermanas y cáncer de cervix en tías.

*Cuestionario de Patrón de conducta Tipo C.* Compuesto por 26 ítems seleccionados de las escalas *Courtaluld Emotional Control Scale*, (CECS) de Watson y Greer (1983), *Rationality and Antiemotionality Scale*, (RA-E) de Grossarth-Maticek et al. (1985), *Rationality/Emotional Defensiveness Scale*, (R/ED) y *Need of Harmony Scale*, N/H) de Spielberger (1988) y *Emotional Expression and Emotional Control Scale*, (EEC) elaborada por Bleiker et al. (1993). Agrupa cinco factores: control emocional, racionalidad, represión emocional, necesidad de armonía y comprensión y usa categorías dicótomas (López, Ramírez, Esteve & Anarte, 2002). Este instrumento fue estandarizado y validado para población colombiana por Amaya y Gordillo (2004), con una muestra de 1.121 sujetos encontrando un índice de confiabilidad de 0,7864.

*SubEscala de depresión de la escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital, HAD.* Desarrollada por Zigmond y Snaith (1983), contiene siete ítems que puntúan de 0, *no problema* a 3, *malestar máximo*, y dan un resultado en un rango entre 0 y 21 en el cual 0-7 son no casos, 8-10 son casos dudosos y 11-21 son casos que requieren evaluación clínica. Esta escala fue validada para población colombiana por Rico y Restrepo (2001) con una muestra de pacientes del Instituto Nacional de Cancerología.

### **Procedimiento**

Una vez obtenida la aprobación por parte de dos unidades de oncología pertenecientes a hospitales universitarios de la ciudad de Bogotá, se procedió a la identificación de las participantes de los grupos de casos y controles hospitalarios, para lo cual se revisaron las historias clínicas de las pacientes citadas a consulta de oncología clínica y ginecooncología respectivamente. Para el caso del grupo control con base poblacional, la selección se hizo con base en la participación voluntaria de mujeres en espera de consulta ginecológica, previa confirmación de la ausencia de cualquier diagnóstico de cáncer.

Una vez identificado el día y hora de las citas médicas, las participantes seleccionadas fueron abordadas en la recepción de las unidades de oncología, las salas de espera o al finalizar la consulta, en aquellos casos en que fue posible participar en la misma. En primer lugar se brindaba una pequeña explicación sobre las características del estudio, bajo la consigna de 'querer conocer algunos aspectos sobre la forma de ser de las mujeres con cáncer' para el grupo de casos y controles hospitalarios, y 'querer comparar algunos aspectos sobre la forma de ser de las mujeres sanas y las mujeres con cáncer' para el grupo de controles con base poblacional.

Una vez recogida la información de todas las participantes en cada institución, se procedió a revisar

nuevamente las historias clínicas para obtener la información médica y consignarla en la parte superior del consentimiento informado, de modo que posteriormente fuera más fácil la distribución de los protocolos en los tres grupos.

El procedimiento de análisis de los datos contó con los siguientes pasos: En primer lugar, se recategorizaron las variables continuas del grupo de factores de riesgo, ya que según los reportes de estudios internacionales se ha identificado que pueden establecerse diferencias en riesgo, dicotomizando variables como la edad del primer hijo, el número de hijos y el tiempo de lactancia (*National Cancer Institute*, 2005; Brown et al., 2002). De igual modo, los puntajes en depresión fueron categorizados de acuerdo con los puntos de corte establecidos por los autores del instrumento.

Posteriormente, se aplicaron estadísticos descriptivos con los datos segmentados por grupo, con el objetivo de observar y reportar las frecuencias para cada una de las categorías de las variables demográficas, médicas, factores de riesgo y depresión, y contrastarlas con lo reportado en otros estudios.

En segundo lugar, se realizaron tablas de contingencia con el estadístico Chi-Cuadrado de Pearson para los tres grupos de variables, y así poder indagar las posibles asociaciones entre factores demográficos, médicos, y factores de riesgo, incluyendo los factores del patrón de conducta Tipo C. Así mismo, se hallaron matrices de correlación entre la variable continua Tipo C y cada uno de sus factores, para observar el comportamiento del constructo de manera diferencial en cada grupo.

En tercer lugar se procedió al análisis de proporciones de la variable *patrón de conducta Tipo C* entre los tres grupos, con el fin de observar la relación entre dicha variable y el cáncer de mama. Dicho análisis se realizó mediante la prueba no paramétrica de Chi-Cuadrado. De la misma manera y en complementariedad, se observó la relación entre la variable *patrón Tipo C* y receptores hormonales -bajo la hipótesis de que dicha condición hormonal puede ser el factor de susceptibilidad para la relación entre los factores psicológicos y el desarrollo de la enfermedad-, y la relación entre patrón Tipo C y depresión para aceptar o descartar las hipótesis de que las personas Tipo C son más depresivas.

Finalmente, se realizaron tres análisis de regresión logística hacia adelante con el programa Prologistic SAS, uno para cada grupo, con el fin de modelar cómo influye en la probabilidad o predicción de aparición del suceso *tener cáncer mama*, *tener cáncer de cervix* o *ser mujeres sana*, la presencia o no de los factores considerados como de riesgo para cada una. Todos los análisis fueron realizados a través de los programas SPSS 11.5 y SAS.

## Resultados

A continuación se presentan los resultados arrojados por los análisis descriptivos de frecuencias para cada grupo de variables en los tres grupos.

### Variables médicas

El diagnóstico más frecuente se refiere al carcinoma ductal infiltrante (86,5%) seguido por el carcinoma ductal in situ (9,5%) y el carcinoma lobulillar infiltrante (4,1%). Para el grupo de controles hospitalarios, el diagnóstico más frecuente es el carcinoma escamocelular de cervix (77,6%) y posteriormente el carcinoma escamocelular in situ (22,4%), con estadios IIA (37,5%), IIIB (31,3%), IIIA (14,1%) y IV (10,9%), y IB (40,6%), el IIB (28,1%) y el IIIB (20,3%) respectivamente. En cuanto a los tratamientos, se observa que la combinación de quimioterapia, radioterapia y cirugía (28,9%) es la más frecuente, seguida de quimioterapia y radioterapia (21,1%), quimioterapia y cirugía (14,5%), quimioterapia (11,8%), radioterapia y cirugía (7,9%) y quimioterapia, hormonoterapia y cirugía (6,6%).

### Variables factores de riesgo

Según la información analizada, en cada uno de los tres grupos hay antecedentes de cáncer de mama en madre, aunque en una proporción muy pequeña. En el grupo de cáncer de mama, el porcentaje de participantes con antecedentes de la enfermedad en madre es de 6,3%, mientras que en el grupo de cáncer de cervix es de 2,6% y en el grupo de mujeres sanas de 2,5%. De acuerdo con lo anterior, se puede decir que ésta no es una variable factor de riesgo para la mayoría de participantes, aunque es importante mencionar que en el grupo de los casos, se relaciona con el hecho de tener receptores hormonales positivos ( $p = 0,043$ ).

De igual modo, los tres grupos manifiestan antecedentes de cáncer de cervix en madre, aunque como era de esperarse, la frecuencia más alta la presenta el grupo de controles hospitalarios (10,4%). Posteriormente se ubican en grupo de casos (5%) y el grupo de controles con base poblacional, es decir, mujeres sanas (2,5%).

En general el consumo de alcohol se ha encontrado como un factor de riesgo para múltiples tipos de cáncer, y en particular para los ginecológicos y digestivos. En este caso, el grupo de cáncer de cervix presenta la frecuencia más alta para consumo de alcohol (13%), seguida del grupo de cáncer de mama (3,8%) y el grupo de mujeres

sanas (2,5%). Las diferencias entre los tres grupos parecen ser notorias, y son significativas de acuerdo con la prueba Chi-cuadrado ( $p = 0,015$ ). En cuanto a la terapia hormonal, el grupo de mujeres sanas tiene la mayor proporción de participantes (30%) que han recibido este tratamiento para la menopausia, en comparación con las mujeres con cáncer de mama (18,8%) y las mujeres con cáncer de cervix (15,6%). Para el caso de los dos grupos controles hospitalarios y con base poblacional, esta variable se relaciona con el hecho de haber tenido alguna enfermedad benigna en la mama ( $p = 0,016$  y  $p = 0,044$  respectivamente). Mientras que con el grupo de casos se relaciona con la edad ( $p = 0,037$ ). El uso de anticonceptivos orales es exactamente igual para el grupo de casos (50%) que para el de controles sanas (50%). Para el grupo de controles hospitalarios la frecuencia es menor (33 participantes), al igual que la proporción (42,9%) en comparación con los grupos anteriores.

En general los tres grupos presentan altas frecuencias de mujeres que han tenido hijos, pero el que presenta la mayor proporción es el grupo de mujeres con cáncer de cervix (96,1%), mientras que para el caso de los dos grupos restantes, la proporción es la misma (87,5%). En cuanto a la edad, el grupo con mayor proporción de mujeres que han tenido el primer hijo después de los 30 años, es el grupo de cáncer de mama (16,5%). En segundo lugar está el grupo de mujeres sanas con una proporción de 5%, y en el grupo de cáncer de cervix solo el 3,9% ha tenido su primer hijo después de los 30 años.

*Patrón de conducta Tipo C.* Dado que el patrón de conducta Tipo C es la variable central en este estudio, se realizaron varios tipos de análisis estadísticos con el objetivo de observar el comportamiento de la variable y sus cinco factores. La media más alta la presenta el grupo de cáncer de mama (13,9), seguido por el grupo de cáncer de cervix (13,3) y el grupo de mujeres sanas (12,43). Al comparar estos resultados con los obtenidos en la validación y estandarización colombiana de la escala, se observa que el promedio de puntuaciones en los tres grupos es más alta que en la población general, pero no ocurre lo mismo al tener en cuenta los datos para los baremos por edad (mayores de 30) y nivel de escolaridad (bachiller-tecnólogo) (Tabla 2).

En segundo lugar, al comparar el comportamiento de cada uno de los factores en los tres grupos, se observa que los promedios en los puntajes para cada factor varían entre ellos. El factor de necesidad de armonía puntúa en

TABLA 2. ESTADÍSTICOS PARA PATRÓN TIPO C EN BACHILLERES/TECNÓLOGOS MAYORES DE 30

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación t.
PCTC	284	0	23	13,23	4,29

promedio más alto en el grupo de casos (2,17), y más bajo para el grupo de mujeres sanas (1,99). El factor de racionalidad es más alto para el grupo de mujeres sanas (2,54), seguido del grupo de cáncer de cervix (2,26), y finalmente tiene los puntajes más bajos en el grupo de cáncer de mama (2,22). Para el factor de comprensión, el promedio de puntajes más altos se ubica en el grupo de cáncer de mama (3,93), mientras que los puntajes más bajos aparecen en el grupo de mujeres sanas (3,29). Para el factor de control emocional nuevamente el grupo de casos presenta el promedio más alto (2,86), seguido del grupo de mujeres sanas (2,49), y del grupo de cáncer de cervix (2,35). Finalmente, el factor de represión emocional tiene los puntajes más altos en el grupo de cáncer de mama (3,36), seguido por el grupo de cáncer de cervix (3,09) y por el grupo de mujeres sanas (2,69). Según los datos presentados anteriormente, el grupo de cáncer de mama puntúa en promedio más alto en los factores de necesidad de armonía, comprensión, control emocional y represión emocional.

*Ser o no Tipo C.* El análisis estadístico que permite observar la relación entre el patrón de conducta Tipo C y el cáncer de mama, en comparación con los dos grupos controles, es el análisis de diferencia de proporciones realizado a través de la prueba Chi-cuadrado. En primer lugar, los datos muestran que el porcentaje de participantes que tiene patrón de conducta Tipo C en el grupo de cáncer de mama es del 35%, mientras que para el grupo de controles con cáncer de cervix es del 27,3%, y para el grupo de mujeres sanas del 18,8%. Aun así, al realizar el análisis de proporciones entre los tres grupos, se observa que la diferencia no es estadísticamente significativa ( $p = 0,068$ ), lo cual rechaza la hipótesis de que el patrón de conducta Tipo C es más alto en el grupo de casos en comparación con los dos grupos controles utilizados en este estudio. A pesar de esto, vale la pena mencionar que el hecho de ser Tipo C en el grupo de cáncer de mama está relacionado con el nivel de escolaridad ( $p = 0,021$ ). Por otra parte, no resultó significativa la relación entre ser Tipo C y el hecho de tener receptores hormonales positivos ( $p = 0,074$ ).

*Depresión.* En el grupo de cáncer de mama el 97,5% de las participantes no presenta depresión y sólo el 2,5% sí la presenta. En el grupo de cáncer de cervix, el 90,9% no presenta depresión, mientras que el 9,1% sí la presenta. Finalmente la proporción de participantes no deprimidas en el grupo de mujeres sanas es del 96,3%, mientras que la proporción de mujeres con depresión es de 3,8%. Los porcentajes altos de ausencia de depresión observados en los grupos de cáncer de mama y mujeres sanas, pueden explicarse al reparar en los datos sobre uso de antidepresivos.

Para finalizar se realizaron análisis de regresión logística con el objetivo de identificar qué variables factores de riesgo determinan la variable respuesta de tener cáncer de mama, cáncer de cervix o de ser mujer sana, para cada grupo de participantes en este estudio, así como determinar el riesgo relativo de acuerdo con la condición de cada una de dichas variables. Vale la pena mencionar que todas las variables utilizadas en los modelos, fueron variables *dummy*, es decir, variables dicotómicas -con excepción de la edad.

*Cáncer de mama.* Como se observa en la Tabla 3, las variables que aparecen como factor de riesgo para cáncer de mama son la edad, haber recibido terapia de reemplazo hormonal, antecedentes de cáncer de endometrio u ovario y el hecho de tener hermanas con la misma enfermedad. En concreto, el riesgo de tener cáncer de mama para las participantes que tienen hermanas con esta enfermedad es 4,1 veces el riesgo de aquellas cuyas hermanas no tienen la enfermedad. De igual modo, el riesgo para la enfermedad en mujeres de edad entre 46-80 años, es 2,6 veces el riesgo de quienes están entre 20-45 años. Finalmente, el riesgo de tener cáncer de mama en mujeres que han recibido terapia de reemplazo hormonal disminuye 0,3 veces en comparación con el riesgo de aquellas que no la han recibido, y para las participantes que presentan antecedentes de cáncer de endometrio u ovario el riesgo disminuye 0,2 veces en comparación con el riesgo de quienes no han tenido estos tipos de cáncer.

*Cáncer de Cervix.* Para el caso de cáncer de cervix sólo aparece como factor de riesgo la variable consumo de

TABLA 3. MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA PARA CÁNCER DE MAMA

Factor de riesgo	Coefficientes estimados	Chi-cuadrado	P	Odds ratio
Edad	0,9779	12,0598	0,0005	2,659
Terapia hormonal	-1,0373	5,3504	0,0207	0,354
Cáncer de endometrio u ovario	-1,4330	5,0480	0,0247	0,239
Cáncer de mama en hermanas	1,4283	5,1662	0,0230	4,172

TABLA 4. MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA PARA CÁNCER DE CERVIX

Factor de riesgo	Coefficientes estimados	Chi-Cuadrado	P	Odds Ratio
Consumo de alcohol	1,4991	8,1053	0,0044	4,478

TABLA 5. MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA PARA MUJERES SANAS

Factor de riesgo	Coefficientes estimados	Chi-Cuadrado	P	Odds Ratio
Edad	-0,4907	11,7298	0,0006	0,612
Número de hijos	-0,6837	5,1550	0,0232	0,505

alcohol, expresada de la siguiente manera: El riesgo para tener cáncer de cervix para las mujeres que consumen frecuentemente alcohol, es 4,4 veces el riesgo de aquellas que no lo consumen (Tabla 4).

*Mujeres Sanas.* Es claro que para ser mujer sana no puede utilizarse el término de *riesgo*, por lo cual se hablará de posibilidades de ser sana. De acuerdo con lo anterior, puede decirse que según los resultados observados en la Tabla 5, para las mujeres con edades entre 46-80 años, la posibilidad de ser sana es 0,6 veces la posibilidad de aquellas con edades entre 20-45 años. De igual manera, la posibilidad de ser sana para las participantes que han tenido más de dos hijos, es 0,5 veces la posibilidad de aquellas con menos de dos hijos.

### Discusión

Este estudio pertenece a la línea de investigación en Psicooncología, un área que surge a mediados de los años 70 para contribuir particularmente en el estudio de dos problemas: el primero, las reacciones emocionales ante el diagnóstico de cáncer -una palabra que aún en nuestro medio es difícil de mencionar-, y segundo, el interés por la dimensión psicológica del cáncer, es decir, los problemas psicológicos relacionados con la enfermedad médica (Holland, 2002). De manera especial, el interés se centró en la relación entre los dominios psicológicos y fisiológicos (psiconeuroinmunología) relevantes para el riesgo de cáncer de mama, desde una perspectiva de la psicología y la salud, y la psicología de la personalidad.

El objetivo principal fue indagar la relación entre el patrón de conducta Tipo C y el cáncer de mama, a través de un estudio de casos y controles que permitiera comparar la proporción de mujeres con dicho patrón en tres grupos: cáncer de mama, cáncer de cervix y mujeres sanas. En primer lugar, vale la pena rescatar los resultados en términos de factores de riesgo para el cáncer de mama en el grupo de las participantes de este estudio. Durante el apartado de factores

de riesgo, se mencionó que, sorprendentemente, el número de mujeres diagnosticadas que presenta antecedentes claros a los cuales puede atribuírsele el factor causal de la enfermedad, es muy bajo, y que por el contrario en la mayoría de pacientes no es posible establecer con claridad cuáles factores están relacionados con el desarrollado del cáncer. En esta oportunidad, los resultados soportan dichas afirmaciones, ya que como puede observarse en las tablas de frecuencia, solo entre un 6,3% y 10% de las participantes del grupo de casos presenta antecedentes familiares de la enfermedad, e incluso las participantes de los grupos controles presenta también los mismos antecedentes aunque en menor proporción (2,6% y 2,5%).

En este mismo orden de ideas, los factores de riesgo relacionados con procesos reproductivos tuvieron un comportamiento similar al mencionado anteriormente. El hecho de haber tenido alguna enfermedad benigna en las mamas, es una condición que aparece en los tres grupos y en la misma proporción, y aún más si se compara el grupo de casos con el grupo de mujeres sanas. Por otra parte, el porcentaje de mujeres con antecedentes de cáncer de endometrio u ovario es realmente bajo (5%) en el caso de los controles, y lo mismo ocurre con otras variables como el consumo de alcohol (3,8%), la terapia de reemplazo hormonal en la cual se observa una mayor proporción de respuestas afirmativas en el grupo de mujeres sanas, el hecho de tener hijos y el número de hijos. En el caso de toma de anticonceptivos y tiempo de lactancia no se observan diferencias en cuanto al porcentaje de mujeres que ha usado dicho método de planificación, en cada uno de los grupos; y en cuanto a la edad en que se tuvo al primer hijo, los tres grupos presentan porcentajes bajos para la categoría mayor de 30 años, pero en el grupo de mujeres con cáncer de mama dicho porcentaje es un poco más alto. Estos resultados mantienen vigente la pregunta por otro tipo de factores diferentes de los médicos o biológicos, que estén cumpliendo un papel importante en la vulnerabilidad para desarrollar cáncer de mama.

Como se mencionó anteriormente, el patrón de conducta Tipo C se incluyó como una variable factor de riesgo para cáncer de mama y se evaluó para cada uno de los tres grupos, mostrando que el porcentaje de mujeres tipo C aunque es más alto en el grupo de los casos (35%), el análisis de diferencia de proporciones arroja un p valor ( $p = 0,068$ ) que no es estadísticamente significativo, lo cual concuerda con los últimos trabajos de López y Cols. (2002), quienes igualmente compararon las escalas del patrón Tipo C en un grupo de pacientes con cáncer, en comparación con un grupo de personas sanas. Así mismo, la media de los puntajes obtenidos en la escala de patrón Tipo C en cada grupo, no difiere de la media observada en la población colombiana según edad y nivel de escolaridad, (mayores de 30 años, bachilleres-tecnólogos).

El hecho fundamental de que la proporción de participantes con patrón de conducta tipo C, haya sido más alto en los dos grupos conformados por mujeres con cáncer, y que la composición del constructo a partir de las cinco escalas propuestas se dé diferencialmente en cada grupo, sugiere que efectivamente, tal y como está planteado el patrón de conducta Tipo C (Temoshok & Dreher, 1993; López & cols., 2002), corresponde más a un estilo de afrontamiento que a un tipo de personalidad relacionada con la predisposición a la enfermedad oncológica. Lo anterior podría explicar además, por qué las intervenciones psicológicas o psicosociales, principalmente realizadas de forma grupal en pacientes diagnosticados con cáncer y la mayoría de ellas con cáncer de mama (Goodwin et al., 2001; Edelman, Bell & Kidman, 1999; Barbara et al., 2004), son efectivas en la reducción de sintomatología y morbilidad de trastornos psicológicos asociados al proceso de adaptación o ajuste a la enfermedad, pero no confirman resultados en cuanto al aumento en el tiempo de supervivencia de los pacientes.

En relación con lo anterior, vale la pena mencionar los resultados encontrados con respecto a los niveles de depresión en las participantes de los tres grupos. En primer lugar, en los tres grupos la presencia de depresión es mínima, pero llama la atención aún más, que sea el grupo de cáncer de mama en donde se presenta la proporción más baja (2,5%), en comparación con cáncer de cervix (9,1%) y mujeres sanas (3,8%), y en comparación con los reportes de estudios anteriores (Lovejoy & Matteis, 1997), entre 24% y 18% (Bukberg, Penman, & Holland, 1984; Massie & Holland, 1990; Watson et al., 1991; Breitbart et al., 2000; Massie & Popkin, 1998; Chochinov, 2001). Aun así, estos resultados pueden estar relacionados con el hecho de que tanto los problemas de ansiedad como de depresión en pacientes con cáncer, van disminuyendo a medida que pasa el tiempo desde el diagnóstico inicial o también gracias al efecto de algún tratamiento en particular. Al

respecto, por ejemplo, se observó que el 11,3% de las pacientes del grupo de casos ha tomado medicamentos antidepresivos.

En conclusión, los niveles de depresión encontrados en el grupo de casos no aparecen relacionados con el patrón Tipo C y sí con variables médicas como el estadio de la enfermedad, por lo cual podría asumirse que en esta ocasión se rechaza la hipótesis de que los pacientes Tipo C sean pacientes depresivos, o que los niveles altos de depresión estén relacionados con la proporción de participantes Tipo C en cada grupo.

La autora no considera que deba abandonarse la propuesta de identificar un tipo de personalidad que se relacione con el cáncer hormono-dependiente, sino que por el contrario, vale la pena rescatar los hallazgos comunes a varias investigaciones centradas en la relación entre factores psicológicos y desarrollo o evaluación de la enfermedad, las cuales coinciden en reportar que los pacientes oncológicos muestran reiteradamente comportamientos de represión emocional o inhibición de la expresión de emociones negativas, dependencia hacia las personas más significativas, evitación de situaciones riesgosas (tanto física como emocionalmente) y excesiva cooperación.

Finalmente, vale la pena resaltar que los factores que componen actualmente el patrón de conducta Tipo C, no aparecen como factores de riesgo para cáncer de mama en este estudio, ya que en el análisis de regresión logística las variables que determinan la variable dependiente de tener cáncer de mama son aquellos factores biológicos como la edad y la historia familiar de hermanas con la misma enfermedad los que continúan vigentes en cuanto al aumento del riesgo relativo a presentar la enfermedad. Haber recibido terapia de reemplazo hormonal y el antecedente de cáncer de endometrio u ovario aparecen como factores protectores, muy probablemente por las bajas frecuencias observadas en estas variables.

El diseño analítico observacional de casos y controles utilizado en este estudio, permitió cumplir con los objetivos propuestos, pero cabe decir que puede mejorarse de acuerdo con los nuevos criterios para aparear participantes en los estudios de casos y controles.

Es evidente que la principal limitación en este caso, corresponde al tipo de estudio retrospectivo, ya que se evalúan aspectos psicológicos que se consideran premórbidos, en mujeres que ya presentan un diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, y que en algunos casos pueden considerarse prevalentes. Aun así, la metodología utilizada permitiría continuar con un estudio longitudinal, si se continúa con la observación y la evaluación repetida de las variables incluidas por medio del grupo de controles con base poblacional como ya se dijo.

El género aparece también como una limitación importante, ya que aunque se ha dicho que las mujeres son emocionalmente más represivas que los hombres, estas afirmaciones necesitan ser confirmadas mediante datos empíricos tanto en personas sanas, como en enfermos de cáncer. También el hecho de tener que utilizar instrumentos cortos cuando se trata de evaluaciones a personas con padecimientos físicos particularmente difíciles como el cáncer, ya que esta situación requiere hacer entrevistas o aplicaciones que no tomen mucho tiempo y no interfieran con las actividades médicas de los pacientes. Aun así, se agradece el espacio y tiempo brindados por las unidades de oncología participantes en el estudio.

*Este trabajo permite ampliar el campo de acción e investigación del psicólogo en el área de la salud humana, y particularmente acorta las distancias entre los avances en psicooncología y el contexto colombiano, en donde el cáncer de mama es la segunda causa de muerte en población femenina.*

### Conclusiones

Con base en los resultados obtenidos y las consideraciones propuestas anteriormente, de este trabajo pueden sacarse las siguientes conclusiones:

1. Para el grupo de cáncer de mama de este estudio, las variables que actualmente se han definido como factores de riesgo sólo aparecen claramente en un porcentaje bajo de participantes, tal y como ha sido descrito con anterioridad en estudios epidemiológicos nacionales e internacionales.
2. La variable de respuesta *tener cáncer de mama*, se relaciona principalmente con las variables de edad, terapia de reemplazo hormonal, hermanas con cáncer de mama y cáncer de endometrio u ovario.
3. La diferencia de proporciones de participantes con patrón Tipo C en cada uno de los tres grupos, no es estadísticamente significativa, aunque es mayor en el grupo de casos y de controles hospitalarios.
4. La media de los puntajes en la escala de patrón de conducta tipo C para cada uno de los grupos, no es diferente de la media observada en la población general colombiana, según baremos por edad y nivel de escolaridad.
5. La composición del constructo de patrón Tipo C varía entre los grupos de la siguiente manera: para el grupo de cáncer de mama no aparece el factor de racionalidad, para el grupo de cáncer de cervix aparecen los cinco factores, y para el grupo de mujeres sanas no aparece el factor de necesidad de armonía.
6. De acuerdo con los niveles de correlación observados en cada uno de los factores del constructo Tipo C, y con los niveles de confiabilidad observados por las autoras de la prueba utilizada, puede decirse que dicho patrón de conducta aparentemente está conformado solo por los factores de represión emocional, control emocional y comprensión.
7. Tal y como ha sido descrito hasta el momento, el patrón de conducta Tipo C corresponde más a un estilo de afrontamiento posible no solo en pacientes con cáncer sino en enfermos crónicos, y no parece relacionarse directamente con depresión.

### Referencias

- Amaya, A. & Gordillo, L. (2004). *Estandarización y validación del cuestionario de patrón de conducta Tipo C en una muestra de población general colombiana: Aportes empíricos al patrón de conducta Tipo C*. Departamento de Psicología. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Bakal, D. A. (1996). *Psicooncología y salud*. Bilbao: Desclee de Brower. 131-161.
- Barbara, L., Andersen, B., Farrar, W., Golden-Kreutz, D., Glaser, R., Emery, Ch., Crespin, T., Shapiro, Ch. & Carson, W. (2004). Psychological, Behavioral, and Immune Changes After a Psychological Intervention: A Clinical Trial. *Journal of Clinical Oncology, Vol. 22, 17, 3570-3580*.
- Beral, V., Bull, D., Doll, R., Peto, R. & Reeves, G. (2002). Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease. *The Lancet, 360*, 187-195.
- Bleiker, E., Puwer, F., Van der Ploeg, H., Leer, J & Ader, H. (2000). Psychological distress two years after diagnosis of breast cancer: frequency and prediction. *Patient Education and Counselling, 40*.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Kaim, M., Funesti-Esch, J., Galietta, M., Nelson, C. J. & Brescia, R. (2000). Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA, 284(22)*, 2907-11.
- Brown, R. T., Freeman, W., Brown, R. A., Belar, C., Hersch, L., Hornyak, L., Rickel, A., Rozensky, R., Sheridan, E. & Reed, G. (2002). The Role of Psychology in Health Care Delivery. *Professional Psychology: Research and Practice, 33(6)*, 536-545.
- Bukberg, J., Penman, D. & Holland, J. (1984). Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosomatic Medicine, Vol. 46(3)*, 199-212.
- Carver, Ch., Pozo, Ch., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M., Robinson, D., Ketcham, A., Moffat, F. & Clark, K. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women

- with early stage breast cancer. *Journal of Personality and social psychology*, Vol. 65, 2, 375-390.
- Chochinov, H. M. (2001). Depression in cancer patients. *Lancet Oncology*, 499-505.
- Dalton, S., Boesen, E., Ross, L., Schapiro, I. & Johansen, C. (2002). Mind and Cancer: do psychological factors cause cancer?. *European Journal of Cancer*, 38, 1313-1323.
- Edelman, S., Bell, D. & Kidman, A. (1999). A Group Cognitive Behaviour Therapy Programme With Metastatic Breast Cancer Patients. *Psycho-Oncology*, Vol. 8 Issue 6. 474-481.
- English, W., Cleveland, K. & Barber, W. (2002). There is no difference in survival between African-American and White women with breast cancer. *The American Surgeon*, Vol. 68, 6, 594-598.
- Gargiullo, P., Wingo, P., Coates, R. & Thompson, T. (2002). Recent trends in mortality for four major cancers, by sex and race/ethnicity – United States, 1990-1998. *The New England Journal of Medicine*, Vol. 51, 3, 49-53.
- Goodwin, P., Leszcz, M., Ennis, M., Koopmans, J., Vincent, L., Guthrie, H., Drysdale, E., Hundley, M., Chochinov, H., Navarro, M., Speca, M. & Hunter, J. (2001). The Effect Of Group Psychosocial Support On Survival In Metastatic Breast Cancer. *New England Journal of Medicine*, Vol. 345, 24.
- Holland, J. (2002). History of Psycho-Oncology: Overcoming Attitudinal and Conceptual Barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64, 206-221.
- Instituto Nacional de Cancerología e Instituto Geográfico Agustín Codazzi (2004). *Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia*. Bogotá.
- 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(1), 35-42.
- Jones, L. & Chilton, J. (2002). Impact of breast cancer on African-American women: Priority areas for research in the next decade. *American Journal of Public Health*, Vol. 92, 4, 539-542.
- Lodder, L., Frets G., Trijsburg, W., Tibben, A., Meijers-Heijboer, E., Duivenvoorden, H., Wagner, A., Van der Meer, C., Devilee, P., Cornelisse, C. & Niermeijer, M. (2001). Men at risk of being a mutation carrier for hereditary breast/ovarian cancer: an exploration of attitudes and psychological functioning during genetic testing. *European Journal of Human Genetics*, 9, 492-500.
- López, A., Ramírez, C. Esteve, R. & Anarte M. (2002). El constructo de personalidad Tipo C: Una contribución a su definición a partir de datos empíricos. *Psicología conductual*, Vol. 10 (2), 229-249.
- Lovejoy, N. & Matteis, M. (1997). Cognitive-behavioral interventions to manage depression in patients with cancer: research and theoretical initiatives. *Cancer Nursing*. 20(3), 155-167.
- Massie, M. J. & Popkin, M. K. (1998). Depressive disorders. En Holland, J. *Psychooncology*. New York, Oxford University Press. 518-540.
- Massie, M. J. & Holland, J. (1990). Depression and the cancer patient. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 12-7; 18-9.
- Moller, P., Reis, M., Evans, G., Vasen, H., Haites, N., Anderson, E., Steel, C., Apold, J., Laloo, F., Maehle, L., Preece, P., Gregory, H. & Heimdal, K., (1999). Efficacy of Early Diagnosis and Treatment in Women with a Family History of Breast Cancer. *Disease Markers*, 15, 179-186.
- National Cancer Institute (2005). *The Breast Cancer*. <http://www.nci.nih.gov/espanol>.
- Schapiro, I., Ross-Petersen, L., Sælan H., Garde, K., Olsen, J. & Johansen, Ch. (2001). Extroversion and Neuroticism and the Associated Risk of Cancer: A Danish Cohort Study. *American Journal of Epidemiology*, Vol. 153, No. 8, 757-763.
- Schmitz, P. (1992). Personality, Stress-Reactions and Disease. *Personality and Individual Differences*, Vol. 13, No. 6, 683-691.
- Spencer, S., Carver, Ch. & Price, A. (1998). Psychological and Social Factors in Adaptation. En Holland, J. (Ed). *Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press. 211-222.
- Spiegel, D. (2001). Mind Matters Coping and Cancer Progression. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 287-290.
- Temoshok, L. & Dreher, H. (1993). Tipe C Connection: The behavioral links to cancer and your health. *Noetic Sciences Review*, 25.
- Valdés, M. (1990). *Psicobiología del estrés: conceptos y estrategias de investigación*. Barcelona: Martínez Roca.
- Valdés, M. (2002). *Psicobiología de los síntomas psicosomáticos*. Texto docente. Barcelona: Masson.
- Watson, M. & Greer, S. (1998). Personality and Coping. En Holland, J. (Ed.). *Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press. 91-98.
- Watson, M., Creer, S., Rowden, L., Gorman, C., 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(1). 51-57.

