



ESTILOS PSICOLÓGICOS Y PSYCHOLOGICAL STYLES AND
ENFERMEDAD FÍSICA: PHYSICAL DISEASE:
Variables psicosociales –el estilo Psychosocial variables –the
de evitación emocional– y su emotional avoidance style– and
influencia en el cáncer its influence on cancer

Violeta Cardenal Hernández
Universidad Complutense de Madrid

Resumen: Se presenta un análisis teórico sobre las relaciones entre Personalidad y Cáncer. Cada apartado del artículo es susceptible de ser tratado en profundidad dependiendo de los intereses profesionales del lector. Pero el objetivo es mostrar una visión general de los aspectos más importantes sobre los que el psicólogo puede aportar datos, modelos y técnicas como: descripción de las variables psicosociales asociadas a la enfermedad neoplásica y evaluación de las mismas, metodología de los estudios realizados sobre este tema, posibles vías de conexión neurofisiológica de los factores psicológicos y el cáncer, y los ámbitos de aplicación, para conseguir que lo teórico cristalice en una intervención útil y eficaz en la sociedad. Finalmente, es preciso ser cauteloso sobre la determinación de lo psicológico en lo físico, y señalar los hallazgos actuales que apoyan una asociación modesta entre los factores psicosociales y cáncer, para guiar las futuras investigaciones en esta área con rigor.

Abstract: A theoretical analysis about the relation between personality and cancer is showed. Each paragraph of the article is liable to be discussed deeply, depending on the reader's professional interests. However, the aim is to show a general vision of the most important aspects, about which the psychologist can give facts, models and technics such as: description and evaluation of the psychosocial variables associated to the neoplastic disease, methodology of the studies executed about this issue, possible ways of neurophysiological connection between psychological factors and cancer and the sphere of application, in order to make the theory crystallize into an effective and useful intervention in the society. Finally, it is necessary to be cautious about the determination of the psychological into the physical, and it is essential to indicate the current discoveries that support a modest association between psychosocial factors and cancer, in order to guide future investigations in this area with rigour.

1. MODELO ESPECÍFICO DE PREDISPOSICIÓN A LA ENFERMEDAD

Este artículo se enmarca dentro de un área de estudio que intenta aportar conocimientos sobre las variables psicosociales que se asocian al cáncer y, en concreto, se centra en los posibles rasgos que integran el estilo psicológico de evitación emocional, al cual se le ha asociado (junto con otros

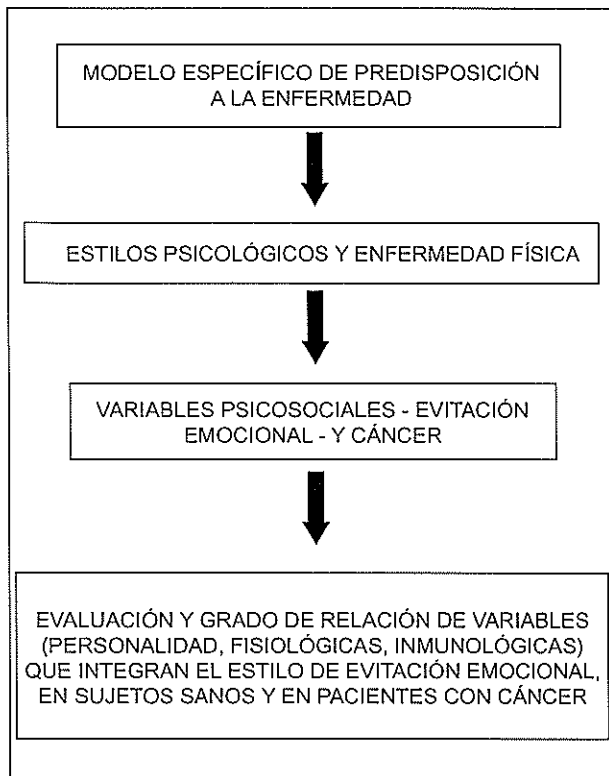
factores) con el inicio, progresión y recurrencia de la enfermedad cancerosa.

A su vez, esta línea de trabajo se inscribe dentro de un marco de referencia más amplio y complejo que abarca las relaciones e influencias que pueden establecerse entre diferentes tipos de variables psicológicas (rasgos, dimensiones, estilos cognitivos, personalidad), factores sociales (acontecimientos estresantes, sucesos vitales, actitudes sociales, etc.)

y el comienzo, desarrollo y progresión de una enfermedad (Stephens y Wardle, 1994; Stoudemire, 1995).

Se adopta, por tanto, un enfoque diferencial en la predisposición a la enfermedad. Distintos estilos de personalidad serán más proclives que otros a padecer un determinado trastorno físico. La figura 1 trata de mostrar este entramado general de relaciones.

Cuadro 1
Marco de referencia para el estudio del estilo de evitación emocional (Cardenal, 2000)



Desde una perspectiva histórica, la Medicina Psicosomática se ha ocupado de este estudio nutriéndose de notables aportaciones procedentes de las teorías del enfoque antropológico, psicofisiológico y psicoanalítico, principalmente. Todas estas disciplinas han contribuido a configurar una serie de conocimientos que han servido de punto de partida para actuales investigaciones y modelos sobre la relación entre enfermedad-personalidad. Ya, en este sentido, existen antecedentes muy importantes como Alexander (1950) y Dunbar (1935), que tratan de asociar diferentes conflictos y rasgos de personalidad a distintas patologías físicas.

Actualmente, la Psicosomática, con una orientación psicoanalítica, y la Medicina Conductual y Psicología de la Salud, desde una posición cognitivo-conductual continúan describiendo los aspectos psicológicos, biológicos y sociales

que están interaccionando en diferentes tipos de enfermedades. Se pone el énfasis en un modelo biopsicosocial que tenga en cuenta todos estos elementos en el padecimiento de una patología, atribuyendo un mayor peso a un determinado factor, dependiendo del trastorno en particular que se esté considerando o de los síntomas que se manifiesten (Cardenal, 1997a). Esta concepción multifactorial e interactiva de la enfermedad supera la posición clásica de causalidad unidireccional, en la que se postulaba que un trastorno psicosomático se definía porque el factor psicológico contribuía de manera esencial en el origen de la enfermedad (Hentschel, 1993).

Es un marco de trabajo complejo, pues confluyen psicofisiología, medicina, psiconeuroinmunología, psicología diferencial de la personalidad, etc.; pero por eso mismo muy apasionante ya que se atisba la posibilidad de estudiar al ser humano en su totalidad y no ya sólo desde una parcela u otra del conocimiento.

De esta consideración multifactorial se desprende que el estudio e investigación de estos trastornos debe ser abordado por múltiples disciplinas que según su objeto de estudio específico centran su interés en mayor o menor medida en una variable concreta y en las conexiones que puedan establecerse con los restantes factores.

Acorde con los principios del paradigma objetivo imperante en la psicología actual, el método científico se reconoce como el más riguroso y capaz de proporcionar una evidencia empírica que avale los hallazgos y sustente las conclusiones. Pero la complejidad etiológica formulada en la aparición y mantenimiento de las enfermedades psicosomáticas, determinan en gran medida que no se disponga de un marco teórico global en el que se integren los distintos trastornos y que goce del suficiente acuerdo por parte de los investigadores, para ir estableciendo un esbozo de teoría, que aunque susceptible de modificaciones y reformulaciones, sirviera de referencia inicial en los variados y complejos estudios que se realizan.

Hay, no obstante, algunas propuestas que tratan de ofrecer una explicación general válida para cualquier tipo de alteración psicosomática. Así, Booth-Kewley y Friedman (1987), basándose en los resultados encontrados mediante estudios de meta-análisis, argumentan que está más justificado hablar de una "personalidad predispuesta al trastorno físico" caracterizada por el predominio de un estado emocional negativo, que de enfermedades concretas asociadas a tipos de personalidad concretos.

También se manifiestan en esta línea Watson y Pennebaker (1989), al proponer que puede existir una personalidad predispuesta al "distress", es decir, con tendencia a exhibir síntomas de malestar emocional, quejas de salud, uso de fármacos y que en determinadas situaciones puede conducirlos a la enfermedad.

Por otro lado, hay que señalar a autores como Grossarth-Maticsek y Eysenck (Eysenck, 1995; Eysenck y Grossarth-Maticsek 1990, 1991) que, en contraste con los anteriores, intentan demostrar que diferentes tipos de reacción al estrés pueden asociarse consistentemente a determinados trastornos físicos y, muestran la influencia de los modelos de Alexander y Dunbar.

Sheier y Bridges (1995), siguiendo la línea anterior, realizan un estudio y revisión de la evidencia prospectiva sobre ciertas variables de personalidad que ejercen algún efecto en el desarrollo y desenlace de una enfermedad. La revisión considera el efecto de variables como hostilidad y enfado, supresión emocional, depresión, fatalismo y pesimismo sobre enfermedades coronarias, cáncer y sida. Presentan un modelo que integra todas estas variables en un esquema conceptual global. Además, identifican distintas variables que ejercen cierto efecto moderador sobre la relación que existe entre ciertos aspectos de personalidad y la salud. Los autores proponen que deben realizarse investigaciones futuras utilizando un mayor aporte teórico, un mayor número de estudios prospectivos y técnicas de medida más válidas y fiables.

Una tercera línea de investigación se centra en la búsqueda de modelos referidos a trastornos específicos. Por ejemplo, un modelo explicativo sobre los aspectos psicológicos relacionados con el cáncer. Pero, aun en este campo restringido, se suelen tomar en consideración aspectos parciales de las relaciones entre los diferentes factores implicados.

En muchos casos esto es debido al variado número de disciplinas que abordan un mismo trastorno desde su particular perspectiva y es tarea de un equipo interdisciplinar bien coordinado e integrado el ofrecer a la comunidad científica un modelo lo más completo posible de la interacción entre variables psicosociales y la enfermedad concreta que se esté estudiando, a partir de la recopilación y de la relación establecida de los diferentes hallazgos. Así, en el estudio sobre las relaciones entre variables psicológicas y cáncer, algunos investigadores se han centrado en buscar meras asociaciones descriptivas entre ciertos rasgos de personalidad y el padecimiento del cáncer. Y ha sido otro grupo de autores el que ha establecido la relación existente entre ciertas emociones y la función inmune. En concreto, Levenson y Bemis (1995) analizan los resultados de distintos estudios que investigan dos hipótesis. La primera plantea que ciertas variables psicosociales afectan al padecimiento y progresión del cáncer. La otra hipótesis planteada estudia la posibilidad de que ciertos factores psicológicos afectan al sistema inmune, que a su vez puede contribuir al padecimiento y progresión del cáncer. Las variables psicosociales examinadas incluyen estados afectivos, estilos de afrontamiento o estrategias defensivas y rasgos de personalidad, así como eventos estresantes.

Por tanto, es necesario constituir un modelo explicativo de los diferentes trastornos psicosomáticos, aunando crite-

rios conceptuales y hallazgos extraídos de los diferentes estudios para obtener una panorámica lo más completa posible en el momento actual. Esta meta es ambiciosa y sólo algunos de los trastornos psicosomáticos pueden ser analizados desde esta perspectiva. Y aun así, se trata de líneas de investigación sugerentes y atractivas a partir de las cuales guiar futuros trabajos, más que de modelos explicativos bien establecidos. Pero, es conveniente recalcar, que estos esfuerzos son meritorios, pues presentan de manera conjunta y relacionada un gran número de variables que se han encontrado relevantes hasta la fecha. Así, Contrada, Leventhal y O'Leary (1990) ofrecen un modelo explicativo de la influencia psicológica en el cáncer bastante completo y digno de ser estudiado.

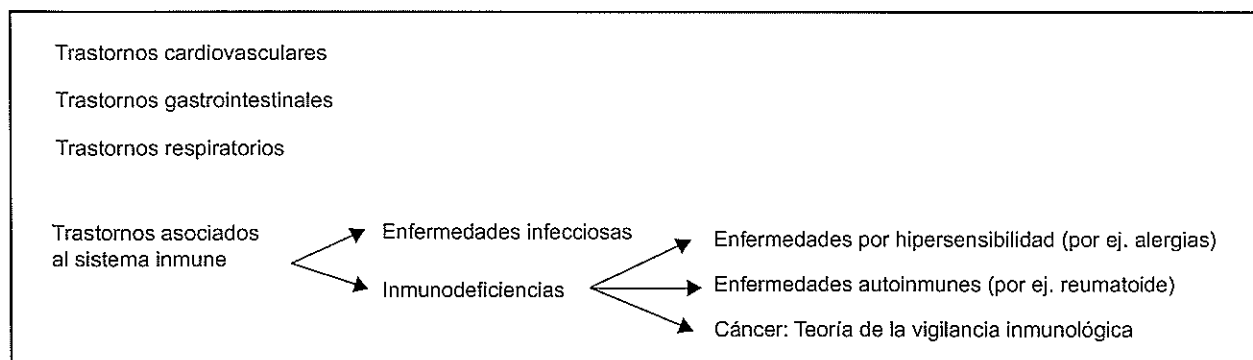
Aunque dista mucho de conformar un modelo acabado, bien verificado y se halla en un estado de continua revisión y de nuevas formulaciones, se pueden exponer sus líneas fundamentales, ya que existe una coincidencia y acuerdo amplio en las hipótesis principales que se refieren a los rasgos de personalidad generalmente identificados en bastantes pacientes con cáncer. Es necesario recalcar que este grupo de variables psicosociales se evalúa siempre desde una perspectiva multicausal, como ya se expuso antes, en la consideración de la enfermedad cancerosa. Se tienen en cuenta estos factores psicológicos como un elemento más que puede tener alguna influencia y determinación en el curso de la patología cancerosa, pero de ninguna manera, se está orientando este tipo de investigaciones en el sentido de proponer que cierto tipo de personalidad podría ser la responsable (considerada ella sola, aisladamente) de la aparición del cáncer en un paciente (Cardenal, 1997b).

2. CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES FÍSICAS: SISTEMA INMUNE Y CÁNCER

En la actualidad no se dispone de una clasificación oficial de los trastornos psicosomáticos, sino que se asume que los factores psicológicos pueden influir de forma significativa sobre el inicio y curso de cualquier trastorno orgánico. Así, el DSM-IV (APA, 1994), bajo la denominación de Factores psicológicos que afectan a la condición médica, hace referencia a posibles aspectos psicológicos específicos que afectan adversamente a alguna condición médica general. No obstante, las enfermedades que son objeto de mayor investigación y que cuentan con mayor apoyo teórico, en cuanto a los factores psicológicos que se encuentran más estrechamente vinculados a ellas, se podrían clasificar, con fines didácticos tal y como muestra el cuadro 2 (página siguiente).

De todos ellos el presente trabajo se centra en los trastornos asociados al sistema inmune, ya que se considera que junto con las enfermedades cardiovasculares, presentan mayor y más sólido soporte empírico, en la aportación de

Cuadro 2
Clasificación con fines didácticos de las enfermedades físicas con mayor evidencia empírica de posibles factores psicológicos asociados a ellas (Cardenal, 2000)



REVISIÓN

39

factores psicológicos que pudieran estar influyendo en estas enfermedades, así como en la alta frecuencia de aparición de algunas de ellas en la población, como el cáncer.

Se exponen unas nociones básicas sobre la enfermedad que se va a estudiar y su relación con el sistema inmune.

Según Berrocal, Jalón y González Barón (1992), la génesis del cáncer es un proceso evolutivo que sigue una serie de pasos sucesivos. Esto se basa en un gran número de observaciones clínicas y experimentales, de las que, quizá, la más importante es la existencia de un largo período de latencia entre la exposición a un carcinógeno y el desarrollo de una neoplasia. Actualmente se admiten tres etapas. La primera etapa de *iniciación*, es resultado de la aplicación de una dosis única y baja de un carcinógeno, seguida de una etapa de *promoción*, que no requiere la exposición al agente carcinógeno, pero sí a un segundo agente no necesariamente carcinógeno (el promotor). Y la tercera etapa se denomina de *progresión* tumoral, ya que en ella la neoplasia ya establecida adquiere propiedades que suponen una mayor malignidad.

Es conveniente señalar que las células que forman los tumores benignos tienden a comprimir a los tejidos normales que los rodean pero no crecen penetrando en su interior. En cambio, las células de un tumor maligno penetran y se extienden en el interior de los tejidos normales del organismo, pasando posteriormente, a través de la corriente sanguínea o de los canales linfáticos, a otras áreas corporales en donde se establecen nuevos tumores. Se distinguen así la "tumorigenicidad" de la "malignidad". Además, las metástasis tumorales son la causa más frecuente del fracaso terapéutico en el paciente oncológico. Aproximadamente un 30% de los pacientes que son diagnosticados inicialmente de tumor sólido (excluyendo los tumores cutáneos que no sean) presentan metástasis clínicamente evidentes. Alrededor del 35% puede ser curado con sólo tratamiento antitumoral local. Los demás pacientes tienen micrometástasis ocultas que se harán finalmente evidentes. La mayoría de estos pacientes mueren por el compromiso anatómico directo pro-

ducido por las metástasis, o por complicaciones asociadas al tratamiento antimetastático.

Por otro lado, la naturaleza de los agentes carcinógenos se refiere de manera específica a la etiología del cáncer. Se trata de clasificar y de explicar concretamente qué características y qué aspectos definen a los "causantes" de la patología cancerosa. Son cuatro grupos de factores los responsables de la aparición y desarrollo del cáncer y aquí, por motivos de espacio, simplemente se van a citar: a) carcinogénesis y herencia; b) agentes químicos; c) agentes físicos; y d) carcinogénesis vírica.

Se ha explicado que las células neoplásicas se desarrollan y proliferan con una estructura diferente a la normal, mostrando en su organización histológica una serie de características que las hace claramente distintas del resto y por tanto, patológicas.

Un posible papel del sistema inmune, en la defensa contra el cáncer, sería precisamente la capacidad de reconocer estas células anormales en las cuales han ocurrido esta serie de cambios y eliminarlas antes de que el tumor pueda desarrollarse. Esta cualidad o función del sistema inmune se ha denominado "vigilancia inmunológica". En una etapa posterior, también el sistema inmune podría ayudar a detener el crecimiento de metástasis en el tumor que escapan a la vigilancia inmunológica. Diferentes autores (Bovbjerg, 1990; Colmenarejo, Cebreiros y González Barón, 1992; Contrada, Leventhal y O'Leary, 1990), proponen que existe un conjunto de células linfoides pertenecientes al grupo de linfocitos grandes granulares que no expresan antígenos HLA: son las células NK (natural killer). Su actividad citotóxica no es específica frente a un determinado tumor sino que se manifiesta ante células tumorales muy variadas, aunque no todos los tumores son igualmente sensibles a la acción de estas células. El interferón gamma y la interleucina-2 aumentan su actividad. Se ha asociado (Bovbjerg, 1990), sobre todo, la baja actividad de las células NK con el incremento en la incidencia de linfomas.

3. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES PSICO-SOCIALES

3.1. Antecedentes históricos y evolución de los estudios

El primer autor que señaló la relación entre personalidad y cáncer fue Galeno quien en su tratado sobre los tumores "De tumoribus" afirmó que las mujeres "melancólicas" eran más propensas que las "sanguíneas" a padecer un cáncer de mama. Evans (1926), basándose en entrevistas clínicas, describe situaciones de pérdida de personas significativas en pacientes aquejados de cáncer. Y la revisión de Leshan (1959) coincide en señalar estados de desesperanza y depresión en los enfermos con neoplasia.

En posteriores estudios de los años cincuenta y sesenta (Bacon y col., 1952; Blumberg y col., 1954; Leshan y col., 1966; Schmale e Ilker, 1964) se han descrito a las personas que padecían cáncer como sujetos no agresivos, muy cooperativos, extremadamente pacientes, poco asertivos e incapaces de expresar adecuadamente sus emociones. Hasta ese momento los estudios eran, en su gran mayoría, retrospectivos y había ausencia de grupos control.

Será en la investigación científica llevada a cabo, ya, en las tres últimas décadas, donde cobra importancia una serie de variables psicosociales relacionadas con el cáncer, establecidas a partir de estudios en los que se han aplicado distintos tipos de diseños, siendo los más utilizados:

- *Diseños prospectivos*: se realiza la valoración de factores psicosociales antes de padecer la enfermedad.
- *Diseños cuasipropectivos*: se comparan las características psicológicas de grupos de pacientes que esperan el resultado de una biopsia.

- *Diseños retrospectivos*: se examina la incidencia de cáncer en una población, evaluada en el plano psicológico, previamente, por otra razón.
- *Diseños retrospectivos*: se evalúan datos psicosociales después del diagnóstico de cáncer.
- *Diseños control/comparación*: se contrastan aspectos psicológicos de pacientes con cáncer con personas que padecen otros trastornos o carecen de ellos.

Los estudios difieren en cuanto a la metodología empleada, en la elección de la variable de personalidad o ambiental analizada y, en algunos casos, en los resultados y conclusiones obtenidos (Ver cuadro 3).

Esta breve apreciación sobre los hallazgos científicos de estas décadas da una idea de la complejidad y controversias vertidas en torno a la interacción de factores psicológicos y cáncer (Cardenal y Oñoro, 1999).

No obstante, viendo los estudios en su conjunto, emerge una constelación de rasgos y estilos de afrontamiento que puede constituir la "personalidad predispuesta al cáncer". Ha sido etiquetada como personalidad "Tipo C" por diferentes autores (Morris y Greer, 1980, Temoshok, 1987) y constituye un patrón de conducta contrapuesto al "Tipo A" (predisuesto a la enfermedad coronaria) y diferente al "Tipo B" (tipo saludable).

Los elementos que definen más especialmente al "Tipo C" son la inhibición y negación de las reacciones emocionales negativas como la ansiedad, agresividad e ira; y por otra parte, la expresión acentuada de emociones y conductas consideradas positivas y deseables socialmente, tales como, excesiva tolerancia, extrema paciencia, aceptación estoica de los problemas y actitudes de conformismo en general, en todos los ámbitos de la vida.

Cuadro 3

AUTORES	VARIABLE PSICOLÓGICA	CONDICIÓN BIOLÓGICA
Derogatis y col. (1979).	Alta manifestación de deseabilidad social.	Peor evolución cáncer de mama avanzado.
1975-85 Grupo británico: Greer, Morris y Pettingale.	Personas estoicas, resignadas, desamparo/espíritu de lucha. Personalidad Tipo-C.	Supervivencia a los 5 y 10 años con cáncer de mama.
Wirsching y col. (1982).	Pacientes más racionales, menos emotivos.	Predictores antes de la biopsia: Estudios cuasipropectivos.
Shekelle y col. (1981); Grossarth-Maticzek y col. (1982).	Depresión, desesperanza.	Aparición de cáncer. Estudios prospectivos.
Temoshok (1985); Temoshok y Fox (1984).	Personalidad Tipo-C: baja notificación de emociones negativas.	Incremento de la recurrencia de melanoma.
Levy y col. (1985, 1987).	Pérdidas familiares, Pobre apoyo familiar y social.	Baja actividad NK y aumento Metástasis. Después 3 meses continúa la disminución de NK.
Cassileth y col. (1985); Holland y col. (1986).	No correlación de factores psicosociales y recurrencia.	Pacientes con cáncer de mama o melanoma.

Algunos autores (Kune y col., 1991) retratan a esta personalidad como la "típica buena persona" que está deseando siempre complacer y buscar la armonía en las relaciones interpersonales, así como evitar expresar actitudes y reacciones que puedan ofender a otros, incluso en perjuicio de sus propios derechos y necesidades, con el fin último de no propiciar un conflicto.

Por otro lado, Grossarth-Maticek y Eysenck (1990, 1991), para explicar la implicación psicológica en los trastornos psicósomáticos, proponen seis tipos de reacción al estrés, de los cuales, dos de ellos se hallan muy relacionados con el cáncer, por lo que se detallan las características más relevantes:

- Tipo 1: predisposición al cáncer. Se caracteriza por presentar elevado grado de dependencia conformista respecto a algún objeto o persona con valor emocional destacado para él (consideran a estos objetos o personas como lo más importante para su bienestar y felicidad), e inhibición para establecer intimidad o proximidad con las personas queridas. Son personas que ante las situaciones estresantes suelen reaccionar con sentimientos de desesperanza, indefensión y tendencia a reprimir las reacciones emocionales abiertas. La pérdida/ausencia del objeto se mantienen como fuente de estrés, ya que la persona no se desvincula definitivamente de él, pero tampoco logra la proximidad/intimidad necesaria.
- Tipo 5: racional-antiemocional. Se define por la tendencia a emitir reacciones racionales y antiemocionales. Este tipo de personas suele suprimir o negar las manifestaciones afectivas, encontrando dificultad para expresar las emociones. Debería denotar predisposición a la depresión y al cáncer. Hay predominio de lo racional sobre lo emocional.

En una descripción más exhaustiva y sistematizada de las variables psicosociales relacionadas con la enfermedad cancerosa, cada autor o grupo de investigadores han ido focalizando sus trabajos en una u otra variable, según su interés y su especialización en el tema. Muchas veces el contenido de una variable de personalidad ha sido etiquetado con diversos términos, cuando en lo esencial significaban lo mismo. Y, por otra parte, se han definido como conductas independientes, a muchas respuestas psicológicas que consideradas en su conjunto podrían formar parte de un constructo más amplio que incluyera a todas ellas.

En esta situación parece difícil pensar en una personalidad predispuesta al cáncer, y más bien habría que hablar de múltiples personalidades con propensión a la enfermedad. Es necesario, por tanto, intentar ofrecer una clasificación de los factores psicológicos que sistematice y recoja de la manera más completa posible toda la riqueza de variables, rasgos, estilos y aspectos psicológicos estudiados que se relacionan con el cáncer. Este esfuerzo ha sido realizado por un grupo

de autores (Conrada, Leventhal y O'Leary, 1990) perteneciente a la Universidad de Rutgers de New Brunswick en New Jersey, al presentar en dos grandes categorías los aspectos psicológicos que más se relacionan con la enfermedad.

Se detallan a continuación cada uno de los dos grupos de variables añadiendo los hallazgos y aportaciones encontradas con posterioridad a la clasificación de 1990 de Conrada, Leventhal y O'Leary, pero que pueden seguir incluyéndose en uno de estos dos grandes constructos.

3.2. Depresión y evitación emocional

3.2.1. Depresión

Parece haber acuerdo entre los investigadores (Alonso-Fernández, 1989; Grossarth-Maticek y Eysenck 1990, 1991; Jansen y Muenz, 1984; Ortega-Monasterio, 1993; Pettigale, Burgess y Greer, 1988) a la hora de considerar la depresión como el estado psicológico que se describe más a menudo asociado al cáncer. Se puede destacar el estudio prospectivo llevado a cabo por Shekelle y col. (1981), en el que se encontró que la depresión elevada, evaluada en estudiantes de medicina, estaba correlacionada con un incremento del riesgo de muerte por cáncer 17 años después. Además, la relación se mantenía después de controlar una variedad de conductas de riesgo.

Los estados psicológicos de indefensión/desesperanza están más consistentemente relacionados con el cáncer que la depresión, si bien se encuentran muchas veces asociados a ella (Temoshok y col., 1985). Estas variables han servido como predictoras del resultado de biopsias (Antoni y Goodkin, 1988), así como de la recurrencia del cáncer de mama (Greer y col., 1979; Jensen, 1987). Y las reacciones de desesperanza ante los sucesos de la vida han conseguido predecir el desarrollo del cáncer en un largo estudio prospectivo en Yugoslavia (Grossarth-Maticek y col., 1982).

La categoría de pérdida del apoyo social se refiere a la pérdida de personas queridas para el sujeto, así como a una pobre red de relaciones sociales y familiares y a una disminución o interrupción de los apoyos y refuerzos afectivos que todo individuo necesita. Las personas que sufren o han soportado alguna de estas situaciones se han visto más proclives a padecer un cáncer. Además, esta variable se ha relacionado en muchos trabajos con la depresión (Brown y Harris, 1978).

Los estudios que se incluyen en este grupo, y que han encontrado asociaciones significativas con el cáncer, han analizado la pérdida del apoyo social/afectivo desde tres perspectivas: a) *Pérdida temprana de los padres* o falta de figuras parentales cercanas (Bremond y col., 1986; Cheang y Cooper, 1985; Shaffer, Duszynski y Thomas, 1982); b) *Pérdidas recientes de seres queridos* por muerte, separación o

divorcio (Cooper, 1988; Eysenck, 1987; Holland, 1990; Horne y Picard, 1979; LeShan, 1959; Levenson y Bemis, 1991; Levy y Heiden, 1990); y c) *Inadecuado y pobre soporte social y afectivo* en la vida diaria de una persona (Levy, Herberman, Maluish, Schlein y Lippman, 1985).

Ha recibido especial atención por parte de los investigadores el "estado de aflicción" (bereavement) producido por la muerte de seres queridos, en especial de padres, esposos o hijos. Se ha constatado que estos sucesos en la vida de una persona producen una serie de cambios importantes en su equilibrio psicofísico que van desde la agitación, llanto, trastornos del sueño, hasta alteraciones endocrinas, inmunológicas y en última instancia, en algunos casos, cáncer (Chochinov y Holland, 1990; Hofer, 1984).

Estos tres factores son vitales y definitivos para lograr una estabilidad emocional. Y se considera que en la vida adulta el contar con: a) una adecuada relación con la familia de origen, b) un satisfactorio núcleo familiar, y c) una rica red de relaciones interpersonales (amigos, compañeros, etc.), protege al individuo en gran medida contra posibles enfermedades. Por último, cabe destacar que las mujeres muestran mayor capacidad de recuperación ante la aflicción producida por estas pérdidas que los hombres.

3.2.2. *Estilo de evitación emocional*

Esta categoría integra una serie de contenidos psicológicos, emociones, dimensiones, etc., que, aunque pueden presentar diferencias de matiz, se englobarían todos ellos dentro del estilo de evitación emocional. Se entiende por *estilo* y se sigue la concepción propuesta por Sánchez-López (Sánchez-Cánovas y Sánchez-López, 1994, 1999; Sánchez-López, 1997, 1999) que lo define como una categoría para la clasificación de las variables de la persona, amplia, global y que acoge a dimensiones heterogéneas que pueden presentar asociaciones débiles entre sí. Esta conceptualización del estilo se adecuaría perfectamente a las características que presentan las distintas variables psicológicas que se asocian con el cáncer, ya que, aun siendo diferentes muchas de ellas, presentan correlaciones entre sí y señalan un modo de comportarse, una forma de afrontar los acontecimientos, y, en definitiva, un *estilo* de personalidad que puede denominarse de evitación emocional.

Por tanto, se irán exponiendo algunas aportaciones relevantes que han analizado distintos aspectos y contenidos de este estilo de evitación emocional, como estilo represivo de afrontamiento, alexitimia, inhibición y supresión de emociones negativas, expresión de desabilidad social, etc., y que cada autor ha etiquetado de una forma u otra, pero que, se insiste, podrían considerarse todos ellos como elementos integrantes del estilo de evitación emocional.

Desde una perspectiva teórica conviene exponer que algunos de los grandes expertos de psiquiatría clínica, psicología clínica, psicología de la salud y psicología cognitiva (Singer, 1995) examinan los orígenes históricos del concepto de *represión* además de las evidencias clínicas sobre su existencia como una función psicológica. Algunas de las teorías más importantes de la actualidad sobre este concepto abordan la perspectiva actual de la represión como un estilo de personalidad. Realizan una contribución a la discusión histórica, teórica y metodológica sobre el concepto de represión. En esta obra se incluyen los trabajos más recientes sobre la represión como un estilo de personalidad asociado a procesos de conflicto, vergüenza, culpabilidad o evitación. Y muchas de estas contribuciones exploran las implicaciones de un estilo de personalidad represora sobre el organismo y la salud, estudiando su relación con el estrés y sus efectos en el sistema inmune, y en enfermedades como el cáncer.

Congruentemente con las ideas anteriores, otros autores (Byrne, 1964; Jensen, 1987; Kohlmann, 1993; Weinberger y col., 1979) han contribuido, a través de sus trabajos, a la delimitación y definición de lo que han denominado *estilo represivo de afrontamiento*. Este estilo ha sido encontrado de forma significativa en pacientes con cáncer, y algunas de sus características, expuestas claramente en Cano-Vindel y col. (1994, 1999), son: a) bajos niveles de comunicación de las emociones negativas como ansiedad, ira e impulsos hostiles; b) defensividad en procesos atencionales frente a estímulos ansiógenos; c) déficits de memoria para recuerdos emocionales negativos; d) intentos de evitar dar una impresión de perturbación psicológica; e) poca descripción de la experiencia emocional.

Así, en un situación de afrontamiento de la enfermedad cancerosa, se ha demostrado (Greer y col., 1979; Levy y Heiden, 1990) que la expresión de emociones como la ira, la cólera y la presentación de actitudes de espíritu de lucha y de ganas de vivir han frenado el posterior curso y evolución del cáncer. Y, en cambio, las personas que han aceptado estoicamente la enfermedad, manifestando conductas de resignación y de inhibición de emociones, sin "estallar emocionalmente" y sin presentar "explosiones afectivas" han acelerado el proceso neoplásico y ha sido imposible su recuperación (Pettingale, Morris, Greer y Haybittle, 1985).

Añadiendo, ahora, también, un punto de vista metodológico es importante señalar que los estudios prospectivos tratan de identificar las variables psicosociales que se asocian, años más tarde, con el padecimiento de alguna enfermedad. En general, son investigaciones muy costosas y complicadas por la dificultad de seguir a la muestra escogida de sujetos durante períodos de tiempo muy largos, de alrededor de 15 ó 20 años. Pero también, en el caso de que hayan sido rigurosamente realizados, son la mejor evidencia de que ciertos

rasgos de personalidad, antes de que la persona presente ninguna enfermedad, son responsables en parte o contribuyen de manera importante en el inicio de la misma.

Uno de los estudios prospectivos más relevantes (Grossarth-Maticek y Eysenck, 1995) examina la relación entre la auto-regulación (self-regulation. SR), evaluada mediante un test de personalidad y la salud. 5.716 sujetos fueron entrevistados y se les realizó un seguimiento durante 15 años para demostrar la alta predictibilidad de la mortalidad en trastornos del cáncer, enfermedades coronarias y otras posibles causas de muerte. Para estudiar el papel que desempeñan los factores de riesgo, se diseñó específicamente una escala que evaluaba el conocimiento que se tenía sobre estos factores de riesgo. La escala englobaba: factores genéticos, ejercicio, nutrición, alcohol, tabaco, etc. Se administró a un grupo de 3.240 sujetos el Personality Stress Inventory (Grossarth-Maticek y Eysenck, 1991) y el Grossarth-Maticek Typology (Grossarth-Maticek y Eysenck, 1990).

Se encontró que, de los 6 Tipos de reacción al estrés que establecen Grossarth-Maticek y Eysenck, los Tipos 1 y 5 (ya descritos en el apartado 3.1.) aparecían frecuentemente asociados al padecimiento del cáncer.

En otro trabajo que no llega a ser estrictamente prospectivo (Smedslund, 1995) se recogieron datos demográficos, sobre comportamientos relacionados con la salud y acerca de las enfermedades coronarias y cancerosas, y se administró la misma escala anterior que evalúa los 6 Tipos de reacción al estrés. Los resultados mostraron que alrededor del 92.5% de la población pertenecía al Tipo 4 (tipo saludable), 4.3% al Tipo 1 (tipo con propensión al cáncer) y 3.6% al Tipo 2 (tipo con propensión a enfermedades coronarias). El Tipo 4 estaba formado por sujetos jóvenes, que fumaban menos, llevaban una dieta sana, y realizaban más ejercicio que el resto de los grupos. Además estos sujetos mostraban menos quejas sobre su salud. No se observaron diferencias entre los tres tipos evaluados, pero sí se vio que los sujetos designados en el grupo "sano" (Tipo 4) daban cuenta de menor número de trastornos cardíacos en comparación con los grupos 1 y 2.

Lo que ha interesado de este estudio anterior es que, en población sana, se intentan identificar diferentes tipos de personalidad que se relacionan con distintas enfermedades físicas, ya que en algunos estudios (Cardenal, aceptado), se ha tratado precisamente de evaluar y estudiar el grado de asociación de los rasgos psicológicos que integran el constructo de evitación emocional como un estilo de personalidad en población normal.

Los estudios retroprospectivos han tenido después de los anteriores, también bastante aceptación y consideración. En ellos se ha evaluado psicológicamente a personas con alguna finalidad (chequeos para el ejército, colegios, universidades, etc.), ajena a la investigación posterior de enferme-

dades. Pero al presentar algunos de estos sujetos enfermedades posteriores como el cáncer, por ejemplo, se ha tratado de tener acceso a las pruebas psicológicas previas, realizadas años antes para estudiar posibles influencias. Es el caso del estudio de Kavan, Engdahl y Kay (1995) en el que se analiza la correlación que existe entre cierta personalidad premórbida y la tendencia que acompaña a la misma a padecer el cáncer de colon. Se tomó un grupo de sujetos compuesto por 61 hombres veteranos que habían completado entre 1947 y 1975 el cuestionario MMPI, y que, posteriormente, entre 1977 y 1988 habían sido diagnosticados de cáncer de colon y fue comparado con un grupo control. Se analizaron los resultados de ambos grupos y se observó que los enfermos de cáncer de colon obtenían puntuaciones significativamente más bajas que el grupo control en la variable de *agresividad y hostilidad*.

Son muchas las tendencias actuales dentro de la medicina psicosomática que consideran a la *alexitimia* como un rasgo que se presenta con alta frecuencia en diferentes trastornos psicosomáticos como asma, trastornos gastrointestinales, enfermedades autoinmunes, etc. Se podría definir la alexitimia como la incapacidad para reconocer y verbalizar los sentimientos y emociones. La persona posee un escaso grado en la producción de fantasías y vida simbólica. Hay, también, una pobre capacidad de introspección que se caracteriza por una imposibilidad de distinguir los sentimientos y emociones de los demás, así como una dificultad por establecer conexiones entre los acontecimientos externos y las respuestas y emociones que aparecen en el propio sujeto (Nemiah y Sifneos, 1970).

El rasgo central parece ser, refiriéndose al estilo de evitación emocional, fundamentalmente, la no expresión y/o no experiencia de emociones negativas, especialmente la ira y la cólera. La mayoría de los autores coinciden en señalar las siguientes características de las personas con este estilo: baja hostilidad, poca ansiedad y neuroticismo (Morris, Greer, Pettingale y Watson, 1981), emocionalidad "blanda y constreñida", muy racionales, distantes y antiemocionales (Wirsching y col., 1982). En general, se señala que el control emocional y la baja expresividad emocional son rasgos específicos que se encuentran asociados, en muchos casos, al padecimiento de la enfermedad cancerosa (Anagnostopoulos y col., 1993; Bleiker y col., 1995; Forsen, 1991; Watson y col., 1991).

Esta variable también ha sido utilizada con profusión en las investigaciones sobre cáncer. Así Páez y col. (1995) realizan un estudio sobre la alexitimia, el afrontamiento emocional y la salud. Presentan una breve revisión bibliográfica acerca del efecto positivo que ejerce el afrontamiento emocional activo sobre la salud tanto mental como física. Plantean los elementos básicos de la alexitimia, su concepto (la incapacidad para identificar y expresar emociones) y escala.

Los datos confirman la asociación que existe entre la alexitimia y estilos de afrontamiento inhibitorios o evitativos de emociones. Además, éstos permiten predecir distrés afectivo y problemas de salud.

Se exponen los resultados de un estudio cuasi-experimental en el que los sujetos son mujeres enfermas de cáncer de mama, mostrándose el efecto positivo que tiene en éstas el participar en grupos orientados al entrenamiento en afrontamiento activo afectivo, afrontamiento directo al estrés y la participación social. Es un trabajo retrospectivo, por tanto, en el que se identifican rasgos de alexitimia en las pacientes una vez que padecen la enfermedad. Posteriormente, se realiza la intervención que va encaminada a instaurar estrategias de actuación más activas y con más posibilidades de modificación del entorno de los enfermos.

Otros estudios retrospectivos (Bleiker, Van-der-Ploeg, Ader y col., 1995) también muestran que mujeres con cáncer de mama presentan *mayor racionalidad, mayor control emocional y menor expresividad* de lo afectos que personas sanas. De la misma manera, en un grupo de 61 mujeres (30–82 años) que fueron evaluadas psicológicamente nada más conocer su diagnóstico de cáncer de pecho y cuatro meses después, se comprobó que el predictor de estrés más consistente y, en menor medida, de la calidad de vida, era el afrontamiento evitativo; de modo que las mujeres que mostraban este estilo de comportamiento eran las que más distrés mostraban (McCaul, Sandgren, King, O'Donnell, Branstetter y Foreman, 1999). Los resultados encajaban con las investigaciones previas, y sugieren una manera de identificar a las mujeres que tienen más riesgo de padecer especiales dificultades ante el diagnóstico de cáncer.

Refiriéndose a otro tipo de cáncer (Molassiotis, Van-Den-Akker, Milligan y Goldman, 1997), se realiza un seguimiento de los pacientes que habían sido sometidos a un trasplante de médula espinal durante el año o dos años después de la intervención, al tiempo que se exploran los factores asociados a la supervivencia. Son 31 pacientes adultos a los que se les realizaron evaluaciones psicológicas nada más ingresar en el hospital para someterse al trasplante y, posteriormente se repitieron 3–4 semanas después y un año. Mediante análisis de regresión se reveló la posibilidad de plantear un modelo interactivo biopsicológico para la explicación del estatus de supervivencia. Las supervivencias más cortas se asociaban a un rechazo en el injerto de médula, previa experiencia con quimioterapia, grado de la enfermedad, síntomas más numerosos de distrés durante la intervención quirúrgica, menor esperanza y *mayor aceptación de la situación*. Se plantea la hipótesis de que estas características psicológicas, psicosomáticas y de personalidad deben actuar directamente sobre la función del sistema inmune o indirectamente sobre otros comportamientos que afectan a la supervivencia del paciente. Por tanto, *la aceptación estoica*

de los problemas, la resignación y la actitud de no lucha ante la enfermedad del cáncer son variables que han sido consideradas como elementos integrantes de la evitación emocional tal y como proponen Contrada, Leventhal y O'Leary (1990) y prevalentes en la recurrencia del cáncer y en una peor evolución.

En lo que se refiere a la *expresión de actitudes y emociones positivas*, también los investigadores comparten en su mayoría, que la persona con predisposición al cáncer, presenta un buen ajuste social pero en el sentido de ser muy convencional y conformista. Estos sujetos exhiben una alta frecuencia de conductas de deseabilidad social como grandes dosis de tolerancia, paciencia, solidaridad, búsqueda constante de la armonía en las relaciones interpersonales, y en general, una alegre, agradable o impasible cara ante el mundo (Hagnell, 1966; Derogatis y col., 1979; Jensen, 1987).

Es interesante especificar que muchos de los trabajos en los que se han encontrado este último grupo de rasgos, se han realizado con mujeres, por lo que se argumenta que la mujer ha sido socializada, en nuestra sociedad, para "manejar" sus emociones y propiciar un ambiente emocional tranquilo, y que ésta es la función de muchas de las ocupaciones tradicionales femeninas. Desde luego, algunos de los aspectos de la personalidad Tipo C pueden ser resultado de los procesos de socialización Y, en este sentido hay que reseñar que la personalidad Tipo A (asociada con trastornos cardiovasculares), se presenta más en los hombres y que esto es acorde con las expectativas que nuestra sociedad tiene para el sexo masculino.

Como aportación relevante, dentro de este apartado, es importante comentar la última revisión realizada por medio de meta-análisis sobre la influencia de los factores psicosociales en el cáncer.

El meta-análisis realizado por McKenna, Zevon, Corn y Rounds (1999) examina la relación entre ocho grandes categorías psicológicas y el desarrollo del cáncer de mama. Los autores calculan la media del tamaño del efecto a través de la *g de Hedge* en 46 estudios, seleccionados de 108, que debían cumplir los siguientes requisitos:

- Evaluar cuantitativamente alguna de las ocho grandes categorías.
- Utilizar grupos control de pacientes con tumores benignos o con personas saludables o una combinación de ambos.
- Informar de los resultados de una manera que permita la estimación de un tamaño del efecto.

Una de las ocho grandes categorías evaluada era la de evitación emocional o estilo represivo de afrontamiento que aparecía como el primer factor psicosocial que mostraba un mayor tamaño del efecto de forma significativa ($g=.38$, $p<.05$), seguido por la categoría que agrupaba las experiencias de separación y pérdida de personas significativas ($g=.29$, $p<.05$).

Cuadro 4
Estudio de meta-análisis de McKenna, Zevon, Corn y Rounds (1999)
sobre factores psicológicos asociados al padecimiento del cáncer

Autores	N		Media de edad		Investigador ciego	Pre o post biopsia	Tipo de grupo control	Tipo de medicina	g
	Control	Cáncer	Control	Cáncer					
Anagnostopulos y col (1993)	268	180	41,40	51,60	Sí	Pre	B+S	A	-.02
Bageley (1979)	68	45			Sí	Pre	B	A	.57
Cooper y col (1986)	1832	171	38,40	55,00	Sí	Pre	B+S	A	.13
Forsen (1991)	87	87			No	Post	S	A	.21
Goldstein y Antoni (1989)	34	44	63,45	60,83	No	Post	S	A	1.13
Grassi y Capellari (1988)	35	41	41,88	50,46	Sí	Pre	B	A	.39
L. Greer y Morris (1975)	91	69			Sí	Pre	B	A	.38
Hahn y Pettiti (1988)	8815	117			Sí	Pre	B+S	A	.13
Katz y col (1970)	8	22			Sí	Pre	B	C	.68
Morris y col (1981)	50	25	44,00	56,00	Sí	Pre	B	A	.35
Scherg y col (1981)	169	100			Sí	Pre	B+S	A	.00
Schonfield (1975)	85	27			Sí	Pre	B	A	.22
Scheehan (1977)	150	32	34,70	33,12	Sí	Pre	B+S	A	-.02
Todarello y col (1989)	187	13			Sí	Pre	B+S	A	.74
Wirsching y col (1982)	38	18	47,90	60,10	Sí	Pre	B	C	.88

REVISIÓN

45

Media del tamaño del efecto (g de Hedge)	DT	N total	Nivel de significación	Nº de estudios no publicados y no sig.
.38	.35	15	p<.05	218

Nota: B= tumor benigno; S= sano; B+S= combinación de grupo con tumor benigno y grupo sano; A= medida de autoinforme; C= medida basada en entrevista clínica.

Se muestra el cuadro anterior con los estudios y sus características principales que han formado parte de la categoría de evitación emocional y los resultados encontrados:

El meta-análisis recoge estudios que han utilizado: *Grupos control* con pacientes con tumores benignos (B) y/o grupos de personas saludables (S), así como *Tipo de medida* autoinformes (A) y entrevista clínica (C). Los *Estudios* se han realizado antes de conocer el resultado de la biopsia (pre-biopsia o diseños cuasipropectivos) o con posterioridad a la notificación del mismo (postbiopsia o diseños retrospectivos).

Las conclusiones principales de este trabajo se refieren a que hay una asociación moderada entre cuatro de las categorías psicológicas analizadas, y que la que muestra el apoyo más fuerte es la del estilo de evitación emocional, denominada en esta investigación, afrontamiento represivo-negador.

3.3. Evaluación y delimitación del estilo de evitación emocional

El contenido psicológico del constructo de evitación emocional es rico y complejo y operativizarlo con fines de investigación, de forma que permita establecer comparaciones o relaciones con otros grupos, puede resultar insuficiente, aunque estrictamente necesario para poder trabajar con él.

Los instrumentos de medición que se han utilizado para evaluar este estilo son autoinformes y cuestionarios. Se exponen, por tanto, las características de algunas de las principales variables evaluadas y sus instrumentos de medición, de los que se dispone de versión castellana.

– *Deseabilidad Social*: Cuestionario de Relaciones Personal (CRP) de Marlowe y Crowne (1960). Adaptación española de Avila y Tomé (1989).

- *Ansiedad*: Inventario de Estímulo–Respuesta de Ansiedad (ISRA) de Miguel–Tobal y Cano–Vindel (1994).
 - *Ira*: Inventario Rasgo–Estado de Ira (STAXI) de Spielberger (1988a). Versión experimental adaptada por Miguel–Tobal, Casado, Cano–Vindel y Spielberger, (1997). Este cuestionario, además, ofrece puntuaciones en una serie de variables que configuran un *estilo de afrontamiento* cuando la persona se enfrenta a situaciones conflictivas y estresantes: a) *Control–ira*: mide la intensidad y frecuencia con que una persona intenta controlar su ira, b) *Ira-interna*: mide la frecuencia con que una persona tiene sentimientos de ira dirigidos hacia su interior, es decir, experimentada internamente pero sin ser descargada en el ambiente, c) *Ira–externa*: mide la intensidad de ira dirigida por la persona hacia el exterior, sean los demás o el contexto social, d) *Expresión de la ira*: mide la frecuencia con que una persona expresa su ira, independientemente de si la dirección es hacia el exterior o el interior de la persona.
- Estas cuatro formas de medir la ira permiten evaluar esta emoción, tan relevante para el estilo de evitación emocional, de manera más precisa, y formular hipótesis específicas para cada uno de los tipos. Es importante señalar que uno de los rasgos que presentan los sujetos con evitación emocional es precisamente un mayor control de la ira y una menor ira interna y externa. Parece que estas personas no sólo, no expresan agresividad a los demás, sino que además no la experimentan o la sienten muy poco en su interior.
- *Racionalidad*: Escala de Racionalidad de Spielberger (1988b). Adaptación experimental en castellano de Fernández–Ballesteros y col. (1997).
 - *Estrés percibido*: Escala de Apreciación del Estrés–General (E.A.E.–G.) de Fernández Seara y Mielgo (1992).

4. PSICONEUROINMUNOLOGÍA DIFERENCIAL: SISTEMAS FISIOLÓGICOS QUE CONECTAN VARIABLES PSICOSOCIALES Y CÁNCER

La hipótesis central de este apartado se basa en que los tipos de respuesta inmune que influyen en el cáncer, están afectados a su vez por variables psicosociales a través, principalmente de los dos sistemas se describen a continuación. Además, determinadas células del sistema inmune secretan ellas mismas péptidos, algunos de los cuales son precursores de neurotransmisores, con lo que se establece una comunicación bidireccional entre el Sistema Nervioso Central y el Sistema Inmune (Blalock, 1989). Así la interleucina I (IL I) atraviesa la barrera hematoencefálica y modifica la actividad eléctrica cerebral, así como el metabolismo de la noradrenalina, serotonina y dopamina.

En un sentido amplio, se puede recordar que muchos de los elementos que integran la personalidad tienen una base orgánica y que, más específicamente, las conductas afectivas

y emocionales poseen una evidente resonancia y manifestación fisiológica.

Por tanto, todas las dimensiones y rasgos explicados en el apartado anterior, así como las emociones y estilos de afrontamiento descritos y que se presentan en la personalidad con propensión al cáncer, repercuten en el sistema nervioso autónomo y sistema neuroendocrino, activándolos o inhibiéndolos, influyendo éstos a su vez en el sistema inmune.

4.1. Sistema Nervioso Autónomo

Consta del sistema parasimpático y sistema simpático. Ha sido largamente demostrado (Asterita, 1985; Cannon y de la Paz, 1991; Selye, 1956) que el eje simpático–adrenomedular (una parte del sistema simpático inerva a través de sus fibras adrenérgicas la médula de las glándulas suprarrenales) está conectado con las emociones de miedo, angustia, ira, agresividad, etc., y con todas aquellas implicadas en la respuesta a situaciones estresantes. La actividad de este eje produce la liberación de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina entre otras) dentro del torrente sanguíneo.

- La *concentración intensa* de estas sustancias en la fase de alarma del estrés produce un incremento selectivo en circulación de células NK (Hoffman–Goetz y Klarlund, 1994), cuyos efectos decaen en la fase de agotamiento del estrés provocando, entre otras respuestas fisiológicas un deterioro de la actividad del sistema inmune y un estado de ánimo depresivo.
- La *concentración normal* de catecolaminas en sangre parece intensificar, en cambio, la función inmunitaria de forma permanente y continuada. Diferentes trabajos (Hellsstrand, Hermodsson, y Strannegard, 1985), han mostrado que la inyección de adrenalina y noradrenalina incrementa la actividad de las células NK. De forma semejante se demostró en un estudio con enfermos de sida (O’Leary, Termoshok, Sweet y Jenkins, 1989) que una gran reactividad simpática –reflejada por respuestas periféricas autónomas de alivio emocional– estaba altamente correlacionada también con el aumento de células NK y con duración de supervivencia.
- La *concentración baja* de catecolaminas, por último, ha sido asociada con baja actividad de las células NK en una joven y saludable población de adultos que presentaban niveles bajos de noradrenalina y significativas reducciones de adrenalina en orina, así como conductas de depresión (Levy y col., 1989).

Estos hallazgos sugieren que los individuos con personalidad predispuesta al cáncer, al inhibir sus emociones negativas y al no expresar abiertamente sus conductas emotivas y comportarse de una forma fundamentalmente racional, están disminuyendo la actividad normal de su sistema nervioso autónomo simpático. Es decir, la liberación normal de

catecolaminas en individuos sanos favorece de manera natural la acción de los mecanismos inmunes, y se puede entender como la adecuada autorregulación del organismo de una persona que expresa emociones naturales y necesarias en su proceso de adaptación al medio.

4.2. Sistema Neuroendocrino

Dentro de este complejo sistema, es preciso detenerse en el sistema hipotálamo-hipofisario adrenocortical ya que está fuertemente relacionado con el padecimiento de la patología cancerosa.

Las glándulas suprarrenales, situadas en el polo superior de ambos riñones, constan de dos partes distintas, la médula y la corteza. La médula suprarrenal está en relación funcional directa con el sistema nervioso simpático, y secreta las hormonas adrenalina y noradrenalina en respuesta al estímulo simpático, como se señaló anteriormente. Por otro lado, la corteza suprarrenal secreta un grupo de hormonas totalmente diferentes, llamadas corticosteroides, siendo los principales, los mineralocorticoides y los glucocorticoides. Dentro de los glucocorticoides el 95% de la actividad se debe al cortisol. Intervienen en menor proporción la corticosterona y, mucho menos todavía la cortisona.

La liberación de cortisol se produce por la acción del hipotálamo y de la hipófisis de la siguiente manera: los estímulos dolorosos causados por una situación de alarma física o psicológica se transmiten primero a la zona perifornicular del hipotálamo. Esta, a su vez, envía impulsos a la eminencia media, donde un producto neurosecretor, el factor liberador de corticotropina (CRF) es secretado hacia el plexo capilar primario del sistema portal hipofisario, y luego es transportado por el sistema portal a los senos de la adenohipófisis. El CRF excita entonces las células glandulares de la hipófisis para secretar corticotropina, denominada también hormona adrenocorticotrópica (ACTH). La ACTH estimula la corteza suprarrenal para que secrete cantidades elevadas de los glucocorticoides: cortisol, corticosterona y cortisona.

Este eje hipotálamo-hipofisario adrenocortical es activado por la vivencia de los acontecimientos estresantes señalados anteriormente como falta de apoyo social y problemas de separación y pérdida las personas significativas (Coe, Wiener y Le vine, 1983), así como por depresión y estados melancólicos (Gibbons, 1964), y por sentimientos de ser aplastado por una amenaza y ser incapaz de afrontarla (indefensión, desesperanza).

Como se ha descrito, el efecto último de la activación de este eje es la liberación de cortisol. Y, así como la cadena de factores: -poca expresión de emociones negativas/ escasa reactividad simpática/ desarrollo deficitario de la función inmune- no goza del suficiente apoyo empírico, las consecuencias inmunosupresivas del cortisol es un hecho que está

fuertemente aceptado por la comunidad científica tanto a través de investigaciones médicas como psicológicas y que se considera indiscutible en la actualidad (Gatti y col., 1987; Onsrud y Thorsby, 1981; Rosenzweig y Leiman, 1992; Sandín y col., 1995).

5. MODELO EXPLICATIVO DE LA INFLUENCIA PSICOLÓGICA EN EL CÁNCER

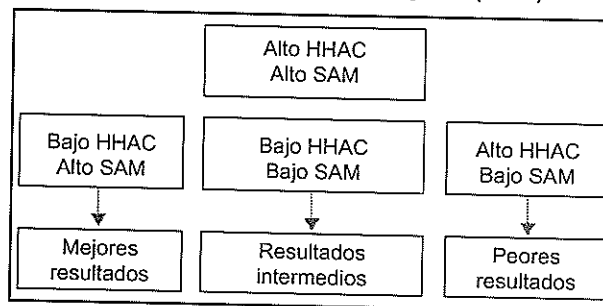
En Ibáñez, Romero y Andreu (1992), se presenta una revisión de los modelos que han ido surgiendo para explicar la relación entre personalidad-cáncer. Y en Sandín y col. (1995), se propone otro modelo basado en Eysenck, y en Levy y Wise. Pero se considera que el modelo de Contrada, Leventhal y O'Leary (1990), sigue siendo el más completo, ya que integra de forma clara y precisa los principales sistemas y funciones que gozan en la actualidad de mayor respaldo científico y que median en el largo camino que parte, de una personalidad predispuesta al cáncer hasta llegar al inicio, progresión y recurrencia del trastorno.

No obstante los propios autores advierten que este modelo no es algo definitivo y acabado, sino que pretende servir de marco de trabajo para ulteriores investigaciones y de orientación básica para el empleo de distintas técnicas de intervención psicológica.

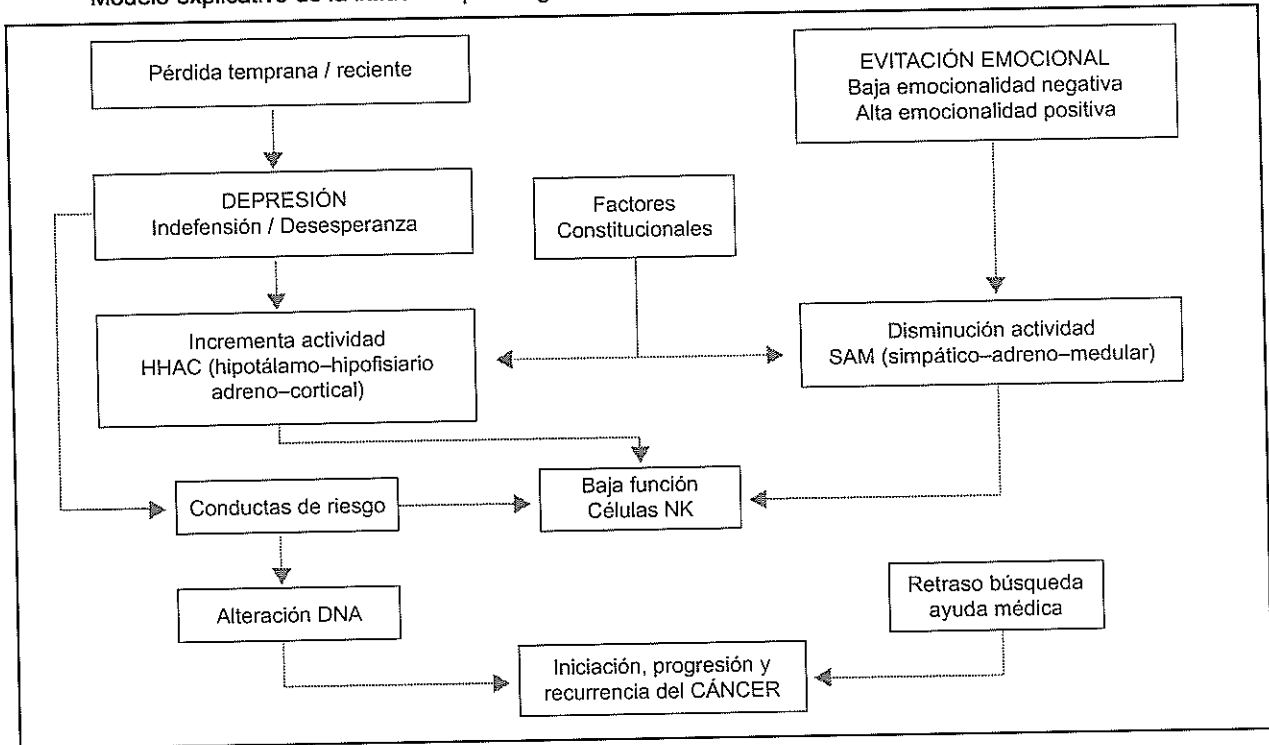
Por tanto el *Modelo de dos vías* de Contrada, Leventhal y O'Leary (1990) se resume así: la influencia de la personalidad predispuesta al cáncer sobre el sistema inmune está mediada, sobre todo, por la acción de dos sistemas: 1) Sistema simpático adrenomedular — Respuesta simpática menos frecuente y menos fuerte; y 2) Eje hipotálamo-hipofisario adrenocortical — Liberación de cortisol más intensa y frecuente. Ambos tipos de respuesta tienen efectos negativos sobre la actividad de las células NK.

Por tanto, dependiendo de la actividad mayor o menor del Sistema Simpático adrenomedular (en adelante, SAM) y del Eje Hipotálamo-Hipofisario adrenocortical (en adelante, HHAC) en un individuo en particular, se podrán formar los siguientes grupos de probabilidad para padecer el cáncer (ver cuadro 5):

Cuadro 5
Grupos de probabilidad para el padecimiento del cáncer según el modelo de Contrada y col. (1990)



Cuadro 6
Modelo explicativo de la influencia psicológica en el cáncer de Contrada, Leventhal y O'Leary (1990).



A su vez, es preciso recordar aquí, que la Depresión, Indefensión/Desesperanza y la Pérdida del apoyo social elevan la actividad del HHAC; y que la Evitación Emocional, que incluye Baja emocionalidad negativa y Alta emocionalidad positiva disminuye la actividad del SAM, con lo que cada una de las dos vías del Modelo se explica así (ver cuadro 6):

5.1. Vía 1: Depresión

La depresión y la asociación de factores como la indefensión, desesperanza y pérdida del apoyo social, producen una reducción de la función inmune, a través de la mediación del HHAC. La formación y el establecimiento de la conducta depresiva pueden estar determinados por la historia de aprendizaje del sujeto, a la vez que por la influencia de factores constitucionales. Y, además, este tipo de comportamientos puede favorecer conductas de riesgo como el uso de tabaco y alcohol y promiscuidad sexual, que tienen efectos carcinógenos, a través de la alteración del DNA o de la inmunosupresión.

5.2. Vía 2: Estilo de evitación emocional

Los rasgos centrales en un individuo que presente evitación emocional son, como ya se ha expuesto, alta expresión de emociones positivas y baja emocionalidad negativa. Los po-

sibles efectos de este estilo de comportamiento evitativo incluyen: a) La evitación de situaciones que probablemente eliciten afectos negativos; b) La baja tendencia a expresar emociones negativas a los otros; c) El uso de técnicas de distracción ante los sucesos estresantes; y d) El procesamiento reducido de episodios afectivos, produciéndose una codificación pobre en la memoria, lo que daría lugar a que el sujeto informara de pocos sucesos estresantes ocurridos en el pasado.

A lo largo del tiempo, estas personas experimentarían menor cantidad de emociones negativas que la gente normal. Esto significa menos frecuente, menos fuerte y menos duradera activación del SAM, la cual está ligada a una función de las NK más pobre. Además, se infiere claramente que la evitación emocional se asocia con una baja tendencia a notificar posibles síntomas de cáncer y, como consecuencia, con una tardanza en la búsqueda de diagnóstico y tratamiento médico.

No obstante, dentro de las investigaciones llevadas a cabo con las personas que presentaban este estilo emocional evitativo, se han encontrado algunos resultados que pueden parecer contradictorios a simple vista. En estos trabajos (Weinberger, Schwartz y Davidson 1979), los sujetos "evitativos emocionalmente" mostraron una respuesta simpática mayor que otros sujetos con una expresión emocional normal, durante la exposición a situaciones "amenazantes" producidas en laboratorio.

Contrada, Leventhal y O'Leary (1990), argumentan, al respecto, que los sujetos con estilo emocional evitativo, por las propias características que les definen, rara vez se someten a ellos mismos, en su vida diaria, a situaciones amenazantes o estresantes. Es decir, que la reactividad mayor del sistema simpático, exhibida en situaciones artificiales y controladas en laboratorio, y con una duración evidentemente limitada a ese momento, no invalida, ni anula, el gran número de veces que esos sujetos han respondido, a lo largo de su vida, con una menor activación simpática, dando lugar, por lo tanto, a una disminución de la actividad del sistema inmune.

Por otro lado, es obligatorio decir que aunque las ideas básicas sobre este estilo están refrendadas por abundante evidencia empírica, y son las que se han expuesto, hay también trabajos, pero en menor proporción, que contradicen o no han llegado a las mismas conclusiones. Esta apreciación sugiere que la réplica de investigaciones puede ayudar en el futuro a contar con datos y resultados más firmes y sólidos que confirmen o refuten las hipótesis sobre la personalidad predispuesta al cáncer.

También, es oportuno señalar que una gran parte de investigaciones realizadas hasta ahora, se han limitado a establecer asociaciones entre determinados rasgos psicológicos y la mayor probabilidad de padecer el trastorno canceroso. Sería interesante, además, completar estos estudios con otros trabajos, en los que se tomaran medidas de las distintas respuestas del sistema simpático adrenomedular y del eje hipotálamo-hipofisario adrenocortical, y que acompañan a los diferentes factores psicológicos, tal y como se ha expuesto. Esto ayudaría a seguir profundizando y a aportar más datos en el estudio de modelos explicativos.

Finalmente, parece sensato sugerir, dada la complejidad del tema, la pertinencia de que el equipo investigador incluya profesionales de las distintas áreas de conocimiento que están implicadas en el estudio de las relaciones entre Personalidad y Cáncer.

Por tanto, algunas orientaciones concretas que se pueden seguir en el diseño de investigaciones dentro de esta área son (McKenna, Zevon, Corn y Rounds, 1999):

- El uso de medidas psicológicas bien validadas.
- Múltiples evaluaciones del constructo.
- Evaluación longitudinal.
- Participantes que estén, al menos, igualados en edad y nivel socio-económico.
- Contar con más de un grupo control (grupo de sujetos sanos y de personas con tumor benigno).
- La realización de estudios prospectivos.
- Modelos teóricos y metodologías que consideren y examinen el interjuego e interrelación de respuestas hormonales, fisiológicas y psicológicas en el desarrollo del cáncer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic Medicine*. Nueva York: Norton.
- Alonso-Fernández, F. (1989). *Psicología médica y social*. Barcelona: Salvat.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. Washington: APA.
- Anagnostopoulos, F. Vaslamatzis, G., Markidis, M. Katsouyanis, K., Vassilaros, S. y Stefanis, C. (1993). An investigation of hostile and alexithymic characteristics in breast cancer patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 59, 179-189.
- Antoni, M. H. y Goodkin, K. (1988). Host moderator variables in the promotion of cervical neoplasia: I. Personality facets. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 327-338.
- Asterita, M. F. (1985). *The physiology of stress*. Nueva York: Human Science Press.
- Avila, A. y Tomé, M. C. (1989). Evaluación de la deseabilidad social y correlatos defensivos y emocionales. Adaptación castellana de la Escala de Marlowe-Crowne. En A. Echevarría y D. Páez (Eds.), *Emociones: Perspectivas Psicosociales*. Madrid: Fundamentos.
- Bacon, C. L., Renneker, R. y Cuttler, M. (1952). A psychosomatic survey of cancer of the breast. *Psychosomatic Medicine*, 14, 453.
- Berrocal, A., Jalón, J. I. y González Barón, M. (1992). *Biología de la célula neoplásica (I): Principios de la carcinogénesis*. En M. González Barón y col., *Oncología Clínica* (vol. I, págs. 13-21). Madrid: McGraw-Hill.
- Blalock, J. E. (1989). A molecular basis for bi-directional communication between the immune and neuroendocrine systems. *Physiological Review*, 69, 1-32.
- Bleiker, E., Van-der-Ploeg, H. M., Ader, H. J., van-Daal, W. y col. (1995). Personality traits of women with breast cancer: Before and after diagnosis. *Psychological-Reports*, 76 (3, Pt 2), 1139-1146.
- Blumberg, E. M., West, P. M. y Ellis, F. W. (1954). A possible relationship between psychological factors and human cancer. *Psychosomatic Medicine*, 4, 277-286.
- Booth-Kewley, S. y Friedman, H. (1987). Psychological predictors of heart disease: A quantitative review. *Psychological Bulletin*, 101, 343-362.
- Bovbjerg, D. (1990). Psychoneuroimmunology and cancer. En J. C. Holland y J. H. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology: Psychological care of the patient with cancer* (págs. 727-734). Nueva York: Oxford University Press.
- Brémond, A., Kune, G. A. y Bahnson, C. B. (1986). Psychosomatic factors in breast cancer patients: Results of a case control study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 5, 127-136.
- Brown, G. W. y Harris, T. O. (1978). *Social origins of depression*. London: Tavistock.
- Byrne, D. (1964). The repression-sensitization as a dimension of personality. En B. A. Maher (Ed.), *Progress in experimental personality research* vol. I (págs. 169-220). Nueva York: Academic Press.
- Cannon, W. B. y de la Paz, D. (1991). Emotional stimulation of adrenal secretion. *American Journal of Physiology*, 28, 64-70.

- Cano-Vindel, A., Sirgo, A. y Pérez Manga, G. (1994). Cáncer y estilo represivo de afrontamiento. *Ansiedad y Estrés*, vol. 0, 101-112.
- Cano-Vindel, A., Sirgo, A. y Díaz-Ovejero, B. (1999). Control, defensa y expresión de emociones: relaciones con la salud y la enfermedad. En E. G. Fernández-Abascal y F. Palmero (Coors.), *Emociones y salud* (págs.69-91). Barcelona: Ariel Psicología.
- Cardenal, V. (1997a). Factores psicológicos que afectan a la condición médica. En M. Ortiz-Tallo (Ed.). *Trastornos psicológicos*. Málaga: Ed. Aljibe.
- Cardenal, V. (1997b). Variables psicosociales y su influencia en el cáncer. En M. I. Hombrados (Ed.). *Estrés y salud*. Valencia: Promolibro.
- Cardenal, V. (aceptado). Evaluación del estilo de evitación emocional (la personalidad Tipo-C o predispuesta al cáncer) en sujetos sanos. *Ansiedad y Estrés*.
- Cardenal, V. y Oñoro, I. (1999). Perspectivas actuales en la investigación de las relaciones entre variables psicosociales y la enfermedad del cáncer. Revista electrónica de Psicología: *Psicología. Com* (Número monográfico: Psicobiología, Neuropsicología y Desórdenes emocionales), 3 (2), 1-15.
- Cheang, A. y Cooper, C. L. (1985). Psychosocial factors in breast cancer. *Stress Medicine*, 1, 61-66.
- Chochinov, H. y Holland, J. C. (1990). Bereavement: A special issue in Oncology. En J. C. Holland y J. H. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology: Psychological care of the patient with cancer* (págs. 612-627). Nueva York: Oxford University Press.
- Coe, C. L., Wiener, S. G. y Levine, S. (1983). Psychoendocrine responses of mother and infant monkeys to disturbance and separation. En L. A. Rosenblum y H. Moltz (Eds.), *Symbiosis in parent-offspring interactions* (págs. 189-214). Nueva York: Plenum.
- Contrada, R. J., Leventhal, H. y O'Leary, A. (1990). Personality and Health. En L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of Personality* (págs. 638-670). Nueva York: The Guilford Press.
- Cooper, C. L. (1988). Personality, life stress and cancerous disease. En S. Fisher y J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition and health* (págs. 369-381). Nueva York: Wiley.
- Derogatis, L. R., Abeloff, M. D. y Melisaratos, N. (1979). Psychological coping mechanisms and survival time in metastatic breast cancer. *Journal of American Medical Association*, 242, 1504-1508.
- Evans, E. (1926). A psychological study of cancer. Nueva York: Dodd-Mead.
- Eysenck, H. J. (1987). Anxiety, learned helplessness and cancer: A causal theory. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 87-104.
- Eysenck, H. J. (1995). The causal role of stress and personality in the etiology of cancer and coronary hearth disease. En Ch. D. Spielberger e I. G. Sarason (Eds.), *Series in stress and emotion: Anxiety, anger and curiosity*, Vol.15. (págs. 3-12). Washington: Taylor y Francis.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., Ruiz, M.A., Sebastián, J. y Spielberger, C. D. (1997). Assessing emotional expression: Spanish adaptation of the Rationality/Emotional Defensiveness Scale. *Personality and Individual Differences*, 22(5), 719-729.
- Fernández Seara, J. L. y Mielgo, N. (1992). *Escala de Apreciación del Estrés (EAE)*. Madrid: TEA Ediciones, S. A.
- Forsen, A. (1991). Psychosocial stress as a risk for breast cancer. Dissertation Abstracts International, 51, 577 (University Microfilms. Nº AAD90-12229).
- Gatti, G., Cavallo, R., Sartori, M. L., del Ponte, D., Masera, R., Salvadori, A., Carignola, R. y Angeli, A. (1987). Inhibition by cortisol of human natural killer (NK) cell activity. *Journal of Steroid Biochemistry*, 26, 49-58.
- Gibbons, J. C. (1964). Cortisol secretion rate in depressive illness. *Archives of General Psychiatry*, 10, 572-575.
- Greer, S., Morris, T. y Pettingale, K. W. (1979). Psychological response to breast cancer. Effect on outcome. *Lancet*, 785-787.
- Grossarth-Maticcek, R. y Eysenck, H. J. (1990). Personality, stress and disease: Description an validation of a new inventory. *Psychological Reports*, 66, 355-373.
- Grossarth-Maticcek, R. y Eysenck, H. J. (1991). Personality, stress, and motivational factors in drinking as determinants of risk for cancer and coronary heart disease. *Psychological Reports*, 69, 1027-1045.
- Grossarth-Maticcek, R. y Eysenck, H. J. (1995). Self-regulation and mortality from cancer, coronary heart disease, and other causes: A prospective study. *Personality and Individual Differences*, 19(6), 781-795.
- Grossarth-Maticcek, R., Kanazir, D. T., Schmidt, P. y Vetter, H. (1982). Psychosomatic factors in the process of carcinogenesis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 38, 284-302.
- 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.
- Hellstrand, K.; Hermodsson, S. y Strannegard, Ö. (1985). Evidence for a beta-adrenoreceptor mediated regulation of human natural killer cells. *Journal of Immunology*, 134, 4095-4099.
- Hentschel, U. (1993). Cognitive and affective aspects of information processing in psychosomatic disorders. En U. Hentschel y E. Eurelings-Bontekoe (Eds.), *Experimental researchs in psychosomatics*. Leiden: DSWO Press.
- Hofer, M. A. (1984). Relationships as regulators: A psychobiologic perspective on bereavement. *Psychosomatic Medicine*, 46:184.
- Hoffman-Goetz, L. y Klarlund, B. (1994). Exercise and the immune system: a model of the stress response?. *Immunology Today*, 15 (8), 382-387.
- Holland, J. C. (1990). Behavioral and psychosocial risk factors in cancer: Human studies. En J. C. Holland y J. H. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology: Psychological care of the patient with cancer* (págs. 705-726). Nueva York: Oxford University Press.
- Horne, R. L. y Picard, R. S. (1979). Psychosocial risk factors for lung cancer. *Psychosomatic Medicine*, 41, 503-514.
- Ibáñez, E., Romero, R. y Andreu, Y. (1992). Personalidad Tipo C: Una revisión crítica. *Boletín de Psicología*, 35, 49-79.
- Jansen, M. A. y Muenz, L. R. (1984). A retrospective study of personality variables associated with fibrocystic disease and breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 28, 35-42.
- Jensen, M. R. (1987). Psychobiological factors predicting the course of breast cancer. *Journal of Personality*, 55, 317-342.

- Kavan, M., Engdahl, B. y Kay, S. (1995). Colon cancer: Personality factors of onset and stage of presentation. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(8), 1031-1039.
- Kohlmann, C. W. (1993). Development of the repression-sensitization construct: With special reference to the discrepancy between subjective and physiological stress reactions. En H. Hentschel, G. Smith, W. Ehlers y J. G. Draguns (Eds.), *The concept of defense mechanisms in contemporary psychology* (págs. 184-204). Nueva York: Springer Verlag.
- Kune, G. A., Kune, S., Watson, L. F. y Bahnson, C. B. (1991). Personality as a risk factor in large bowel cancer. *Psychological Medicine*, 21, 29-41.
- Leshan, L. (1959). Psychological states as factors in the development of malignant disease: A critical review. *Journal of National Cancer Institute*, 22, 1-18.
- Leshan, L. y col. (1966). Personality as a factor in the pathogenesis of cancer. A review of the literature. *British Journal Medical Psychology*, 2, 49-56.
- Levenson, J. y Bemis, C. (1991). The role of psychological factors in cancer onset and progression. *Psychosomatics*, 32, 124-132.
- Levenson, J. L. y Bemis, C. (1995). Cancer onset and progression. En A. Stoudemire y col. (Eds.), *Psychological factors affecting medical conditions* (pp. 81-97). Washington: American Psychiatric Press.
- Levy, S. M. y Heiden, L. A. (1990). Personality and social factors in cancer outcome. En H. S. Friedman (Ed.), *Personality and disease* (págs. 254-279). Nueva York: Wiley.
- Levy, S. M., Herberman, R. B., Maluish, A. M., Schlien, B. y Lippman, M. (1985). Prognostic risk assesment in primary breast cancer by behavioral and immunological parameters. *Health Psychology*, 4, 99-113.
- Levy, S. M., Herberman, R. B., Simons, A., Whiteside, T., Lee, J., McDonald, R. y Beadle, M. (1989). Persistently low natural killer cell activity in normal adults: Immunological, hormonal and mood correlates. *Natural Immunity and Cell Growth regulation*, 8, 173-186.
- Marlowe, D. y Crowne, D.P. (1961). Social desirability and response to perceived situational demands. *Journal of Consulting Psychology*, 25, 109-115.
- Massie, M. J., Holland, J. C. y Straker, N. (1990). Psychotherapeutic interventions. En J. C. Holland y J. H. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology: Psychological care of the patient with cancer* (págs. 455-469). Nueva York: Oxford University Press.
- Mastrovito, R. (1990). Behavioral techniques: progressive relaxation and self-regulatory therapies. En J. C. Holland y J. H. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology: Psychological care of the patient with cancer* (págs. 492-501). Nueva York: Oxford University Press.
- McCaul, K., Sandgren, A. K., King, B., O'Donell, S., Branstetter, A. y Foreman, G. (1999). Coping and adjustment to breast cancer. *Psycho-oncology*, 8(3), 230-236.
- McKenna, M. C., Zevon, M. A., Corn, B. y Rounds, J. (1999). Psychosocial factors and the development of breast cancer: A meta-analysis. *Health Psychology*, 18 (5), 520-531.
- Miguel-Tobal, J. J. y Cano-Vindel, A. (1994). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (I.S.R.A.)*. Madrid: TEA Ediciones. (3ª Ed).
- Miguel-Tobal, J. J., Casado, M. I., Cano-Vindel, A. y Spielberger, C. D. (1997). El estudio de la ira en los trastornos cardiovasculares mediante el empleo del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo -STAXI-. *Ansiedad y Estrés*, 3 (1), 5-20.
- Molassiotis, A., Van-den-Akker, O.B.A., Milligan, D. W. y Goldman, J. M. (1997). Symptom distress, coping style and biological variables as predictors of survival after bone marrow transplantation. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(3), 275-285.
- Morris, T. y Greer, S. (1980). A "Type C" for cancer? *Cancer Detection and Prevention*, 3(1), 102.
- Morris, T., Greer, S., Pettingale, K. W. y Watson, M. (1981). Patterns of expressing anger and their psychological correlates in women with breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 25, 111-117.
- Nemiah, J. C. y Sifneos, P. E. (1970). Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. En O. W. Hill (Ed.), *Modern trends in psychosomatic medicine*, vol. 2 (págs. 26-34). London: Butterworths.
- O'Leary, A., Temoshok, L., Sweet, D. M. y Jenkins, S. R. (1989). Autonomic reactivity and immune function in men with AIDS. *Psychophysiology*, 26, 547.
- Onsrud, M. y Thorsby, E. (1981). Influence of in vivo hydrocortisone on some human blood lymphocyte populations. I. Effect on NK cell activity. *Scandinavian Journal of Immunology*, 13, 573-579.
- Ortega-Monasterio, L. (1993). *Lecciones de Psicología Médica*. Barcelona, PPU (Promociones y publicaciones universitarias).
- Páez, D., Basabe, N., Valdoseda, M., Velasco, C. y Iraurgi, I. (1995). Confrontation: Inhibition, Alexithymia, and health. En *Emotion, disclosure and health* (págs. 195-222). Washington: American Psychological Association.
- Pettingale, K. W., Burgess, C. y Greer, S. (1988). Psychological response to cancer diagnosis: I. Correlations with prognostic variables. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 255-261.
- Pettingale, K. W., Morris, T., Greer, S. y Haybittle, J. L. (1985). Mental attitudes to cancer: An additional prognostic factor. *Lancet*, 1, 750.
- Rosenzweig, M. R. y Leiman, A. I. (1992). *Psicología Fisiológica*. Madrid: McGraw-Hill.
- Sánchez-Cánovas, J. y Sánchez-López, M. P. (1994). *Psicología Diferencial: Diversidad e individualidad humanas*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Sánchez-Cánovas, J. y Sánchez-López, M. P. (1999). *Psicología de la diversidad humana*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Sánchez-López, M. P. (1997). El estilo psicológico como estudio de la diversidad humana: un ejemplo basado en los estilos de vida. *Revista de Psicología* 15 (2), 223-252.
- Sánchez-López, M. P. (1999). *Temporalidad, cronopsicología y diferencias individuales*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M. A. y Jiménez, P. (1995). Trastornos Psicósomáticos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología* vol. II (págs. 401-473). Madrid: McGraw-Hill.
- Scheier, M. y Bridges, M. (1995). Person variables and health: Personality predispositions and acute psychological states as shared determinants for disease. *Psychosomatic Medicine*, 57(3), 255-268.

- Schmale, A. e Iker, H. (1964). The affect of hopelessness in the development of cancer: Part I. The prediction of uterine cervical cancer in women with atypical cytology. *Psychosomatic Medicine*, 26, 634-635.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Shaffer, J. W., Duszynski, K. R. y Thomas, C. B. (1982). Family attitudes in youth as a possible precursor of cancer among physicians. A search for explanatory mechanisms. *Journal of Behavioral Medicine*, 5, 143-163.
- Shekelle, R. B., Raynor, W. J., Ostfield, A. M., Garron, D. C., Bieliauskas, L. A., Liu, S. C., Maliza, C. y Paul, O. (1981). Psychological depression and 17-year risk of death from cancer. *Psychosomatic Medicine*, 43, 117-125.
- Singer, J. L. (1995). *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology and health*. Chicago: University of Chicago Press.
- Smedslund, G. (1995). Personality and vulnerability to cancer and heart disease: Relations to demographic and life-style variables. *Personality and Individual Differences*, 19 (5), 691-697.
- Spielberger, C. D. (1988a). *State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)*. Odessa, FL.: Psychological Assessment Resources (PAR).
- Spielberger, C. D. (1988b). *The Rationality/Emotional Defensiveness (RIED) Scale: Preliminary test manual*. University of South Florida, Tampa: Center for Research in Behavioral Medicine and Health Psychology.
- Steproe, A. y Wardle, J. (Eds). (1994). *Psychosocial processes and health: A reader*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stoudemire, A. (1995). *Psychological factors affecting medical condition*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Temoshock, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: Towards and integrative model. *Cancer Surveys*, 6, 545-567.
- Temoshock, L., Heller, B. W., Sagebiel, R. W., Blois, M. S., Sweet, D. M., Di Clemente, R. J. y Gold, M. L. (1985). The relationship of psychosocial factors to prognostic indicators in cutaneous malignant melanoma. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 139-154.
- Watson, D. y Penebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234-254.
- Watson, M., Greer, S., Rowden, L., Gorman, Ch., Robertson, B., Bliss, J. M. y Tunmore, R. (1991). Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological Medicine*, 21, 51-57.
- Weinberger, D. A., Schwartz, G. E. y Davidson, R. J. (1979). Low-anxious, high-anxious, and repressive coping styles: Psychosomatic patterns and behavioral and physiological responses to stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 369-380.
- Wirsching, M., Stierlin, H., Hoffman, E., Weber, G. y Wirsching, B. (1982). Psychological identification of breast cancer patients before biopsy. *Journal of Psychosomatic Research*, 26, 1-10.