

# PERSONALIDAD Y CÁNCER: HANS J. EYSENCK, UN REBELDE CON CAUSA<sup>1</sup>

**ROCÍO FERNÁNDEZ-BALLESTEROS\***  
**MARÍA ÁNGELES RUIZ\*\***

\* Universidad Autónoma de Madrid

\*\*UNED

## Introducción

La autobiografía de Hans J. Eysenck (1990, 1997) tiene como título *Rebelde con causa*. Eysenck (1916-1997), además de uno de los más importantes psicólogos del siglo XX, ha sido un personaje extraordinariamente controvertido y polémico. En casi ningún caso se ha posicionado en el *mainstream* de la psicología, en la corriente principal de pensamiento sino, más bien, ha actuado con frecuencia como un «rompedor» de lo «científicamente correcto». Porque como se asegura desde la sociología de la ciencia, ésta siempre anda sobre las ascuas de la ideología y la política, sin poder inhibirse del espíritu de la época o, más concretamente, de lo que dictan los grupos de poder real.

Sin embargo, no es menos cierto que debajo de cada una de las polémicas en las que se ha visto envuelto (o, más aún, en aquellas que ha tomado la iniciativa) siempre ha existido para él una justificación científicamente relevante. Su crítica frente a la eficacia del psicoanálisis, su postura en el debate *nurtura/natura*, su posicionamiento respecto a la psiquiatría y a los trastornos mentales, su beligerante posición ante las diferencias individuales en Intelligenza (por citar alguna de sus más controvertidas «batallas»), en todas estos temas ha actuado como un polemista sistemático, tratando de convencer mediante la razón, con el método científico como herramienta básica, con la experimentación y la observación sistemática como forma de recoger evidencia empírica, con rigurosos análisis de datos que permitieran, finalmente, contrastar o falsar sus propias hipótesis o las de sus oponentes.

Tal vez por todo ello, Eysenck se ha definido a sí mismo como un rebelde, pero como un rebelde con causa. En otras palabras, siempre como base de su posición —en parte fuera del «zeitgeist»— han actuado «causas» científicas. Sin embargo, los datos científicos en sus manos, como en una tragedia griega, han sido como armas para la disputa y la confrontación. En una persona de su talla intelectual y científica, ello (como es por otra parte lógico), ha tenido repercusiones muy negativas en su propia reputación nacional e internacional<sup>2</sup>.

1. Correspondencia: Prof. R. Fernández-Ballesteros.- Dept. de Psicología Biológica y de la Salud.- Facultad de Psicología.- Universidad Autónoma de Madrid.- 28049-Madrid. E-mail:r.fallesteros@uam.es

2. En el Acto Conmemorativo organizado por el Instituto de Psiquiatría el día 21 de Noviembre, se puso de relieve la enorme reticencia que para algunas asociaciones británicas tuvo la obra de Eysenck.

Pero ¿cuál pudiera ser, al menos una, de las razones orécticas, motivacionales para actuar como líder de algunas de las batallas de la psicología lidiadas en la frontera de lo científicamente correcto?. Habiéndole conocido y leyendo su apasionante biografía se descubre que el «elan» de todo ello pudiera ser, más bien, una extraordinaria curiosidad que le lleva a su implicación en temas controvertidos junto a la honestidad intelectual de revelar lo hallado, una vez descubierto sin omitir su cerrazón contra algunas evidencias contrarias a sus principales tesis. En el guión de su vida —el que él mismo traza en su biografía— se va perfilando un personaje que se ve impelido, por pura probidad intelectual, a desliar el ovillo de ciertos temas inconvenientes y que puede permanecer impasible ante la crítica (tal vez con cierta suficiencia) porque su objetivo esencial es el de descubrir la verdad (aunque hablar de «verdad» a finales del siglo XX sea un tanto arriesgado), entendiendo por verdad aquellos datos que procedentes de un sistema de investigación se configuran en pruebas al servicio de la hipótesis y éstas en interacción siempre con la configuración de teorías.

Lo más importante para nuestros fines aquí es resaltar que Eysenck es uno de los autores más relevantes de la psicología de los que tratan de probar la asociación entre personalidad y cáncer y que lo que ocurre en este programa de investigación puede ser considerado como un ejemplo paradigmático de lo que se ha dicho hasta aquí. Sirviendo todo ello como marco general en la presentación de una serie de trabajos (la mayoría de ellos ya publicados) realizados sobre el mismo tema.

## Eysenck y el patrón Tipo C

Conviene empezar esta sección resaltando que Eysenck se implica en este tema, polémico como pocos, entrando en un contexto que frecuenta con asiduidad (y no sólo porque trabaje en el Maudslay Hospital de Londres, en el Instituto de Psiquiatría) el de las relaciones de la psicología con la medicina y, por ello, contraviene una cierta territorialidad pactada. Pero, es que, además, en su investigación, se asocia con Grossarth-Maticsek, oscuro investigador yugoslavo —(cuyo enfoque teórico inicial es psicoanalítico)— que goza de (seguramente inmerecida) mala reputación en los ámbitos de la ciencia psicológica y médica del «zeitgeist». En el intento de tomar su propia postura sobre lo que tal vez podría denominarse «affaire Grossarth-Maticsek», actúa como un Sherlock Holmes del caso, reabre protocolos y legajos antiguos, persigue ayudantes de investigación y cuando está convencido de lo injusto del trato al que Grossarth-Maticsek ha sido sometido por la comunidad científica, se asocia con él y comienza la investigación que le lleva a una batalla no ya teórica, sino también metodológica en defensa de unos datos que él considera fuera de toda duda razonable como prueba (a los niveles de probabilidad propios de un científico) de una relación entre un cierto tipo de personalidad (Tipo I o C) y el cáncer. Esta es seguramente su última gran batalla que, seguramente, le seguirá más allá de su muerte.

Para resumir el trabajo de Eysenck en este tema vamos a seguir el hilo argumental de su propia biografía (1990, 1997). Así que éste empieza hace más de veinte años de la mano de sus esfuerzos por poner de relieve la sinergia existente entre el comportamiento de fumar y la personalidad, en la enfermedad y, más concretamente, en el cáncer.

Por aquellas épocas, el patrón de comportamiento (o personalidad) Tipo A —como aquel que predispone a la patología cardiovascular como opuesto al saludable Tipo B— había sido «descubierto» por médicos y, por tanto, había entrado en el ámbito de la psicosomática y/o de la psicología de la salud, por la puerta grande. Como se sabe, el Tipo A era descrito con una serie de características como las de agresividad, hostilidad, competitividad y sobre-actividad. Al mismo tiempo, comenzaba a dibujarse un nuevo patrón de comportamiento (o personalidad o, también llamado estilo interpersonal) Tipo C descrito como sobre-cooperativo,

no asertivo, tendente a la depresión y al desamparo, evitador de conflictos, buscador de relaciones armoniosas, sumiso y conciliador, con falta de expresión de sentimientos negativos (como la ansiedad o la agresividad) y necesitado de aprobación social. Por cierto que esa era una común descripción que los propios oncólogos hacían de sus pacientes.

Grossarth-Maticek había trabajado en los sesenta en Crevenka (Yugoslavia), en un estudio prospectivo con un seguimiento de diez años, utilizando una entrevista estructurada en la que se interrogaba tanto sobre estilos de vida, y otra serie de elementos relativos a la salud y la enfermedad, como utilizaba escalas entre las que se encontraba la de «Racionalidad-Antiemocionalidad (R-A). Eysenck, consideró que ambos tipos eran opuestos y que el tipo C venía a ser algo así como el opuesto a su factor neuroticismo. Lo importante es que en el estudio de seguimiento realizado por Grossarth-Maticek parecía ponerse de relieve que los sujetos altos en racionalidad/ antiemocionalidad presentaban significativamente un mayor número de muertes por cáncer que los sujetos con baja puntuación en esta escala. El autor, que se había trasladado a Heidelberg, seguía trabajando en el tema pero, tal vez lo importante es que sobre él se cernía la desconfianza sobre su probidad científica y el rigor de los resultados obtenidos.

Narra Eysenck sus pesquisas de sabueso no sólo en la indagación de los datos primarios recogidos en Crevenka sino también sus visitas a Yugoslavia donde se entrevistó con colaboradores de Grossarth-Maticek así como los re-análisis a los que sometió los datos primarios recogidos. Finalmente, Eysenck concluye que a pesar de que existen problemas metodológicos, como en toda obra científica, se había cometido una terrible injusticia con un hombre de considerable integridad y honestidad (para una revisión ver, Grossarth-Maticek, Bastiaans y Zanazir, 1985).

A partir de entonces Eysenck trabaja en asociación con Grossarth-Maticek realizando tanto investigación correlacional como experimental. Desarrollan un nuevo instrumento el «Personality-Stress Inventory» (Grossarth-Maticek y Eysenck, 1990), mediante el que poner de relieve el valor predictivo de los dos patrones de comportamiento medidos a los que considera tipos de personalidad A y B<sup>3</sup>, factores de riesgo, a la hora de contraer, diferencialmente, patología cancerosa o cardiovascular. Pero, también, mediante estrategias experimentales, desarrollando una técnica de manipulación del tipo C («Creative Novation Behaviour Therapy», por ejemplo, Eysenck y Grossarth-Maticek, 1991) y, sometiendo a pacientes diagnosticados con cáncer a dicho tratamiento y comparándolos con controles, pone de relieve tanto la eficacia de este tratamiento en la prolongación de la vida (promedio quince meses de supervivencia) de los pacientes con cáncer tratados (frente a los once meses de los sujetos no tratados) sino, también, a los efectos sinérgicos de estos tratamientos psicológicos con los tratamientos quimioterapéuticos que mientras solos alcanzaban un promedio de supervivencia de catorce meses, conjuntamente implementados llegan a prolongar la vida veintidós meses.

En esta apretada síntesis de algunos de los resultados de Eysenck y Grossarth-Maticek no puede darse por concluida sin añadir su convencimiento repetidamente escrito y divulgado sobre la enorme complejidad de este ámbito de investigación. Con el añadido colofón de sus atinadas críticas al dualismo cartesiano como endemia constante de la psicología. Así dice evaluando su propio trabajo en este campo:

«La gente ha crecido con la noción Cartesiana sobre la existencia de dos entidades separadas: cuerpo y mente... Pero esta noción de dos entidades separadas es casi ciertamente equivocada. Justo como los físicos tienen que aprender que el espacio y el tiempo no son enteramente dos entidades diferentes y ahora tratan del continuo espacio-tiempo. La evidencia

---

3. Eysenck, realmente investiga cuatro tipos de personalidad a los que denomina I, II, III y IV (I o Tipo C, II o Tipo A, III o Tipo Psicopático y IV o tipo saludable).

(de la que disponemos ahora) de que la conducta (incluyendo la conducta cognitiva) puede influir en los procesos de enfermedad es arrolladora y no debemos permitir prejuicios filosóficos para permanecer en el camino de reconocer este hecho (Eysenck, 1997, p.185)».

## Luces y sombras en la relación entre personalidad y cáncer

Una revisión realizada recientemente por Bleiker (1995) concluye que: «Los resultados de los estudios conducidos más recientemente (desde más o menos los sesenta) que utilizan diferentes diseños (retrospectivos, cuasi-prospectivos y prospectivos) han fallado en producir resultados concluyentes, (pero), factores psicológicos como «los eventos vitales», el «estilo represivo de afrontamiento», la «falta de habilidad para expresar rabia» y la «depresión», han sido descritos por los autores como relacionados con el cáncer de mama» (p.65).

Sin embargo, a pesar de la indudable evidencia empírica de la existencia de que determinados factores psicológicos contribuyen en la aparición y progresión del cáncer, siguen produciéndose radicales críticas, esencialmente desde los medios difusión científica médicos. Así, por ejemplo, Pelosi y Appleby (1992, 1993) acusan la metodología de «incompleta y desigual», tachan su cuestionario de «tosco» y las definiciones operacionales de los ítems de «imprecisas». Pero, como es lógico, la crítica no sólo va en contra del programa de investigación de Eysenck sino que abarca a todos los llamados factores psicológicos del cáncer; así, por ejemplo, un editorial publicado en *The Lancet* (1989) afirma, refiriéndose a un reputado texto sobre el tema, que en éste se ilustra de forma excelente la falta de pruebas sobre la relación entre el cáncer y ciertos factores psicológicos o de personalidad. Incluso Angell (1985) en un editorial en el *New England Journal of Medicine* afirma que «hay que reconocer que la creencia de que la enfermedad (el cáncer) es un reflejo directo<sup>4</sup> de un estado mental es ampliamente un mito y folcklore» (p.1572).

Existen pues críticas de todo tipo de la investigación sobre la contribución de factores psicológicos en el cáncer. Temoshok y Heller (1984) sintetizan muy bien este punto en su trabajo seminal: «Sobre la comparación de manzanas, naranjas y ensalada de fruta: una vista de conjunto, metodológica, de los estudios de resultados médicos en oncología psicosocial». Y es que, tanto las críticas —como en algunos casos los propios sustentadores de la relación personalidad-cáncer— mezclan múltiples y variados elementos teóricos, metodológicos y técnicos. Así, se están comparando resultados de investigación procedentes de muy distintos tipo de diseño de investigación —prospectivos, retrospectivos, cuasi-prospectivos y hasta experimentales—; se están utilizando muestras con distintas características sociodemográficas y, sobre todo, sujetos con cáncer, con distintos grados de severidad, de distintos tipos y en distintos momentos en el curso de la enfermedad (desde antes de su aparición hasta su desenlace), y, finalmente, se están examinando factores psicológicos y psicosociales de la más variada naturaleza. Así, por ejemplo, el análisis del estrés definido como «estresor» o eventos vitales que acontecen al sujeto en un momento pre-mórbido; formas de enfrentamiento al estrés una vez que éste se ha detectado y ha de enfrentarse un proceso de tratamiento; tipos complejos de personalidad (como el tipo C o tipo I) al que se le supone una gran estabilidad intrasujeto que se supone actúan tanto en la aparición del cáncer como en su tratamiento; estilos o patrones de respuesta ante las relaciones interpersonales; mecanismos de defensa frente a la ansiedad; estados psicopatológicos crónicos como la depresión, por citar unos cuantos. Pero

4. Desde luego, ningún autor, al menos de entre los revisados por nosotros, ha afirmado que los factores psicológicos influyen *directamente* sobre la aparición o progresión del cáncer por lo cual hay que considerar esta afirmación, amén de poco científica (puesto que es una generalización sin autor ni referencia), demagógica.

esto no es todo, como ha señalado muy atinadamente Eysenck (1997), la incidencia de un determinado factor psicológico en una determinada enfermedad o condición biológica no puede ser entendida sino a través de complejos procesos sinérgicos que actúan en las relaciones entre el comportamiento (y la «psiqué») y las estructuras biofísicas -y ambientales- del agente de la conducta.

A pesar de estas críticas, lo que está claro es que la contribución de los factores psicológicos o psicosociales al cáncer es una importante área de investigación. Desde 1974 a 1995, en una búsqueda de las bases bibliográficas *Psychlit* y *Medline* identificamos 300 artículos y 68 libros y capítulos de libros. De entre todos ellos puede deducirse la existencia de factores tanto personales (factores de personalidad, estrategias de afrontamiento, patrones de comportamiento, mecanismos de defensa frente a la ansiedad etc.) como externos (eventos vitales en la vida de la persona, escasas redes de apoyo social, etc.) asociados al cáncer existiendo bastante consistencia entre la investigación que procede de diseños retrospectivos (o transversales) como prospectivos (o longitudinales).

Desde luego, un primer paso a dar, aconsejable a todo investigador que va a implicarse en esta compleja área de investigación, es que acote el ámbito de estudio<sup>5</sup>. En otras palabras, que seleccione variables, no sólo plausibles, sino bien definidas operacionalmente y que puedan ser medidas con rigor.

## **Expresión emocional y cáncer de mama**

### ***El núcleo del Tipo C***

Una de las críticas recibidas por el Tipo C de personalidad en su contribución a la patología cancerosa, ha sido, sobre todo, su molaridad; es decir, el estar constituido por un amplio número de características psicológicas. Por ello, el interés de múltiples autores ha sido el de tratar de encontrar cuál es el núcleo, el «meollo», del Tipo C. Pero, además, el Tipo C descrito por Eysenck y Grossarth-Maticek y medido por el «Personality-Stress Inventory» (Grossarth-Maticek y Eysenck, 1990) en el que se entremezclan elementos de muy variado espectro, están saturados por deseabilidad social existiendo escasos datos sobre sus propiedades psicométricas.

Los trabajos de Spielberger junto con los de otros autores como Greer y Watson (1985), Temoshok y Dreher (1992), Van der Plog et al. (1989), Bleiker 1996) entre otros, consideraban que lo que pudiera ser considerado el meollo del Tipo C de personalidad podría ser, esencialmente la inhibición, represión o supresión de las emociones negativas (o anti-emocionalidad) junto con la necesidad de mantener relaciones interpersonales armoniosas. Sin embargo, no existe acuerdo entre la naturaleza de estas variables, mientras unos autores consideran que se trata de «mecanismos de defensa» frente a la ansiedad (por ejemplo, Temoshok y Dreher, 1992, Spielberger, 1988), otros sostienen que, más bien, puede ser considerado un estilo o patrón comportamental de anti-emocionalidad o supresión emocional (Greer y Watson, 1985). En todo caso, la mayor parte de los estudios han utilizado una serie de elementos de autoinforme a través de los cuales, abierta y directamente, se pregunta al sujeto sobre sus comportamientos ante situaciones interpersonales.

---

5. También será deseable aconsejarle/a que utilizara diseños rigurosos prospectivos y potencialmente experimentales. Sin embargo, este consejo es mucho más difícil de seguir ya que el investigador ha de ser, primero de todo, posibilista y de todos es conocido las dificultades en la utilización de diseños longitudinales y experimentales en la investigación no sólo psicológica, sino, más aún, la que se produce en psicología de la salud.

## Medidas de expresión emocional

Con base en los trabajos de Grossack-Maticek, Spielberger da un paso más acotando el ámbito del Tipo C desarrollando dos Escalas que inicialmente bautiza como «Interpersonal Behavior Scales» (IBS, R/ED y IBS N/H) y, posteriormente, rebautiza como «Emotional Defesiveness Scale, E/D» (12 elementos) «Need of Harmony Scale, N/H» (12 elementos) atribuyéndoles la medida de mecanismos de defensa de represión y negación (Spielberger, 1988).

Lo más importante es que los resultados que con ellas obtiene son moderadamente satisfactorios desde el punto de vista psicométrico y de validación factorial así como encuentra también resultados positivos por lo que se refiere a que ambas escalas permiten diferenciar entre mujeres normales, con patología benigna de mama y con cáncer (Spielberger, 1988; Swan, Carmeli, Dame, Rosenman y Spielberger, 1991, 1992).

Lo que va a seguir a continuación es una apretada síntesis de un conjunto de investigaciones realizadas con el fin de poner de relieve el valor psicométrico de los dos instrumentos elaborados por Spielberger y, tras ello, el estudio de la potencial contribución de esas dos construcciones psicológicas (patrones de respuestas o componentes de la personalidad), medidas por unos determinados instrumentos, al cáncer de mama.

### Primer estudio

#### Objetivos

- Adaptar al castellano las escalas de Racionalidad/Defensividad Emocional (R/ED) (Apéndice 1) y Necesidad de Armonía (N/H) (Apéndice 2) analizando sus propiedades psicométricas.
- Explorar el poder discriminante de ambas escalas entre distintos grupos: estudiantes universitarias, mujeres sanas, mujeres con patología mamaria benigna y mujeres con cáncer de mama.

#### Descripción de la muestra

Participaron en este estudio un total de 589 sujetos, todos ellos voluntarios. Las propiedades psicométricas de ambas escalas (R/ED y N/H) se obtuvieron, inicialmente, mediante los datos suministrados por una muestra de 281 estudiantes universitarios (211 mujeres y 70 varones). El análisis del poder discriminante de las escalas entre distintos grupos, así como la ampliación del estudio de las propiedades psicométricas de las mismas, se llevó a cabo con la participación adicional de 122 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama (media de edad, 55 años); 90 mujeres con patología mamaria benigna (media de edad, 42.29 años) y 96 mujeres sanas y sin ningún tipo de patología mamaria (media de edad, 44.39 años). Los datos sociodemográficos relacionados con el estado civil y situación laboral son similares en los tres grupos de mujeres (para mayor información ver Fernández-Ballesteros et al., 1997).

Todos los sujetos de las distintas muestras cumplieron ambas escalas en una única sesión de forma autoadministrada ante la presencia de un asesor por si necesitaban algún tipo de aclaración. Un grupo de estudiantes universitarios (36 mujeres, 28 varones) rellenó los cuestionarios en una segunda ocasión (15 días de intervalo), con el fin de analizar la fiabilidad test-retest de las escalas. Se les aplicó también una escala de Sinceridad y otra de Deseabilidad Social con el fin de precisar la potencial influencia de estas fuentes de error en los cuestionarios.

### **Propiedades psicométricas de las Escalas R/ED y N/H**

Con el fin de incrementar el número de ítems de la primera versión española, se incluyeron tres nuevos enunciados en la escala R/ED y dos en la escala N/H. El estudio de la estructura interna de ambas escalas se llevó a cabo mediante diferentes análisis factoriales (componentes principales, rotación Varimax, solución de dos factores), realizándose un análisis comparativo, en cada una de ellas, de la versión original y de la ampliada. Estos análisis se realizaron con las puntuaciones obtenidas en la muestra de estudiantes universitarios. Puesto que la inclusión de nuevos ítems no parecía contribuir a una notable mejoría en la definición de los factores de ninguna de las escalas, se procedió a eliminarlos y a realizar el análisis de las propiedades psicométricas de las versiones originales propuestas por Spielberger y sus asociados.

El análisis de la estructura interna de las escalas se realizó en cada una de las muestras seleccionadas: estudiantes (hombres y mujeres), mujeres con patología mamaria benigna, cáncer de mama y sanas. Los tres criterios considerados para la extracción de los diferentes factores fueron: la presencia de eigenvalues superiores a 1, pesos en cada ítem superior a .40 y significación psicológica de las soluciones factoriales. Dado que las estructuras factoriales fueron muy similares entre ambos géneros, presentaremos únicamente los resultados relativos a las mujeres ya que el resto de los análisis se realizaron con los datos procedentes de las mismas.

Los doce ítems de la *escala de Racionalidad/Defensividad Emocional* se agruparon en torno a dos factores diferenciados. Las estructuras factoriales fueron muy similares en las distintas muestras. En el primer factor saturaron por encima de 0.50 los ítems 1,2,3 y 4, mientras que los ítems 6,7,8,9 y 11 lo hicieron en el segundo factor. Los ítems 5,10 y 12 obtuvieron diferentes pesos en las distintas muestras. La similitud de esta estructura factorial con la encontrada en los estudios de Spielberger, así como el significado psicológico de estos dos factores, parece confirmar que el *Inventario R/ED* está constituido por dos subescalas bien definidas que evalúan aspectos relacionados con Racionalidad (primer factor) y con Defensividad Emocional (segundo factor)(para más información ver Fernández-Ballesteros y cols., 1997).

La consistencia interna de la escala, se evaluó calculando los coeficientes alpha (Cronbach, 1951) en las distintas muestras de sujetos. En la escala R/ED, se obtuvieron en todos los grupos unos coeficientes alpha superiores a 0.81, y en las subescalas de Racionalidad (R) y Defensividad Emocional (ED), los índices superaron el 0.70.

La fiabilidad test-retest (15 días de intervalo) se calculó con los datos aportados por una muestra de 68 sujetos. La correlación producto/momento de 0.82 ( $p < 0.001$ ) puede considerarse indicativa de una alta estabilidad de las puntuaciones de la escala R/ED. Así mismo, las correlaciones entre esta escala y Sinceridad y Deseabilidad Social fue, respectivamente, de  $-0.09$  y  $-0.17$  (ninguna de las dos significativa).

La estructura interna de la *escala de Necesidad de Armonía*, agrupa, igualmente, los 12 ítems que la componen en torno a dos factores. Las dos subescalas de Relaciones Armoniosas (HR) (Ítems: 3,5,7,8,9) y Tendencia al Autosacrificio (SS) (Ítems: 1,2,6,10 y 11) propuestas por Spielberger y sus asociados, no se ven avaladas por las dos soluciones factoriales extraídas en cada una de nuestras muestras, puesto que en todos los casos incluyen ítems de ambas subescalas. Nuestros datos son consonantes con los aportados por estos autores dado que en las dos soluciones que presentan con sus diferentes muestras (hombres, mujeres, patología mamaria benigna y cáncer), hay ítems cuyos pesos no superan el 0.30 y otros saturan en ambos factores o aparecen en factores distintos a los esperados. Estos datos parecen poner de manifiesto la interrelación de las dos subescalas y la necesidad de proceder a una mayor depuración de los ítems que la componen, si se pretenden separar los aspectos relacionados con la tendencia al autosacrificio de aquellos relacionados más estrechamente con el deseo de mantener relaciones armoniosas con las personas significativas del entorno.

Aunque los análisis factoriales no revelaron la existencia de dos factores claramente definidos y diferenciales, los coeficientes alpha sí aportan datos sobre una alta consistencia interna de la escala N/H tomada en su globalidad, puesto que oscilaron entre 0.83 en la muestra de cáncer y 0.74 en la muestra de estudiantes. Igualmente puede decirse de la consistencia de cada uno de los 12 ítems del inventario cuyos coeficientes alpha fueron superiores en todas las muestras 0.78. Sin embargo, en consonancia con los resultados de las soluciones factoriales, los coeficientes fueron más bajos en cada una de las subescalas. En HR oscilaron entre 0.52 y 0.68 y en SS, entre 0.59 y 0.78.

La fiabilidad test-retest (15 días de intervalo) de la escala N/H, se calculó, al igual que en la escala R/ED, con los datos aportados por una muestra de 68 sujetos. La correlación producto/momento de 0.65 ( $p < 0.01$ ) puede considerarse indicativa de una moderada estabilidad. No se encontraron diferencias significativas entre esta escala y la puntuación de Sinceridad y de Deseabilidad Social.

### Estadísticos descriptivos y comparación de grupos

En la Tabla 1 se presentan las medias y desviaciones típicas de la puntuación global de las dos escalas objeto de estudio y de sus diferentes subescalas. Asimismo, se presentan los valores z de las comparaciones realizadas entre las distintas muestras de mujeres: saludables (S), patología Benigna (B), cáncer de mama (C) y estudiantes universitarias (E).

TABLA 1.- Medias, Desviaciones Típicas y valores z en las escalas R/ED y N/H en los distintos grupos de mujeres: saludables (S), Benignas (B), Cáncer (C) y Estudiantes (E)

		Saludables (N=96)	Benignas (N=90)	Cáncer (N=122)	Estudiantes (N=210)	C/S (z)	C/B (z)	S/B (z)	E/S (z)	E/B (z)	E/C (z)
<b>R/ED</b>	X	31.0	30.8	42.9	30.7	13.1	14.8	0.3	0.4	0.1	19.5
	D.T.	5.9	5.1	5.8	4.8	***	***				***
<b>R</b>	X	14.4	15.2	18.9	14.5	12.3	10.1	2.1	0.4	2.2	17.4
	D.T.	2.7	2.6	2.1	2.3	***	***	*		*	***
<b>ED</b>	X	11.2	10.5	16.9	11.2	13.5	15.9	1.7	0.0	2.7	17.0
	D.T.	2.7	2.5	3.3	2.4	***	***	*		*	***
<b>N/H</b>	X	35.2	35.8	44.5	33.6	12.4	11.8	0.6	2.2	3.0	21.1
	D.T.	5.6	5.3	4.3	4.8	***	***		*	**	***
<b>HR</b>	X	14.9	15.1	18.4	15.0	10.1	9.5	0.7	0.5	0.3	13.5
	D.T.	2.7	2.6	2.1	2.3	***	***				***
<b>SS</b>	X	14.4	13.9	18.4	12.6	11.7	11.1	1.1	5.8	3.5	21.5
	D.T.	2.5	3.1	2.4	2.3	***	***		*****		***

\*\*\* $p < 0.001$ ; \*\* $p < 0.01$ ; \* $p < 0.05$



Como se muestra en la Tabla, las mujeres con cáncer presentaron diferencias altamente significativas con respecto al resto de los grupos de mujeres (saludables, benignas y estudiantas) tanto en la escala R/ED como en la escala N/H. La puntuación en R/ED del grupo de mujeres con cáncer (media = 42.9) fue significativamente superior a la de los grupos de mujeres saludables (media = 31.0), benignas (media = 30.8) y estudiantas (media = 30.7), sin embargo, las diferencias no fueron significativas entre el resto de los grupos. En las subescalas R y ED las medias de las mujeres con cáncer fueron también significativamente superiores (R=18.9; ED=16.9) a las medias de las mujeres saludables (R=14.4; ED=11.2), benignas (R=15.2; ED=10.5) y estudiantas (R=14.5; ED=11.2). Aunque con menor nivel de significación ( $p < .05$ ), el grupo de patología mamaria benigna obtuvo mayor puntuación en Racionalidad (R=15.2) y menor en Defensividad Emocional (ED=10.5), que los grupos de mujeres saludables (R=14.4; ED=11.2) y estudiantas universitarias (R=14.5; ED=11.2).

En relación con los datos obtenidos en la escala N/H y en sus dos subescalas, la comparación de medias de los distintos grupos, indican una puntuación significativamente más alta en las mujeres con cáncer (N/H=44.5; HR=18.4; SS=18.4), que en las mujeres saludables (N/H=35.2; HR=14.9; SS=14.4), benignas (N/H=35.8; HR=15.1; SS=13.9) y estudiantas (N/H=33.6; HR=15; SS=12.6). Por su parte, el grupo de estudiantas universitarias obtuvo en la escala N/H una puntuación significativamente más baja (N/H=33.6) que el grupo de benignas (N/H=35.8) y el de mujeres saludables (N/H=35.2), probablemente explicada por la menor puntuación obtenida en la subescala de Autosacrificio (estudiantas: SS=12.6; benignas: SS=13.9; saludables: SS=14.4).

En las Figuras 1 y 2 se representa la distribución de frecuencias de la puntuación media (puntuación total dividida por 12 ítems) obtenida en los distintos grupos, tanto en R/ED como en N/H. Estas puntuaciones se han calculado en función de la valoración realizada por las mujeres sobre si el contenido de cada uno de los ítems se corresponde con su manera habitual de reaccionar (1= «casi nunca»; 2= «algunas veces»; 3= «a menudo»; 4= «casi siempre»).

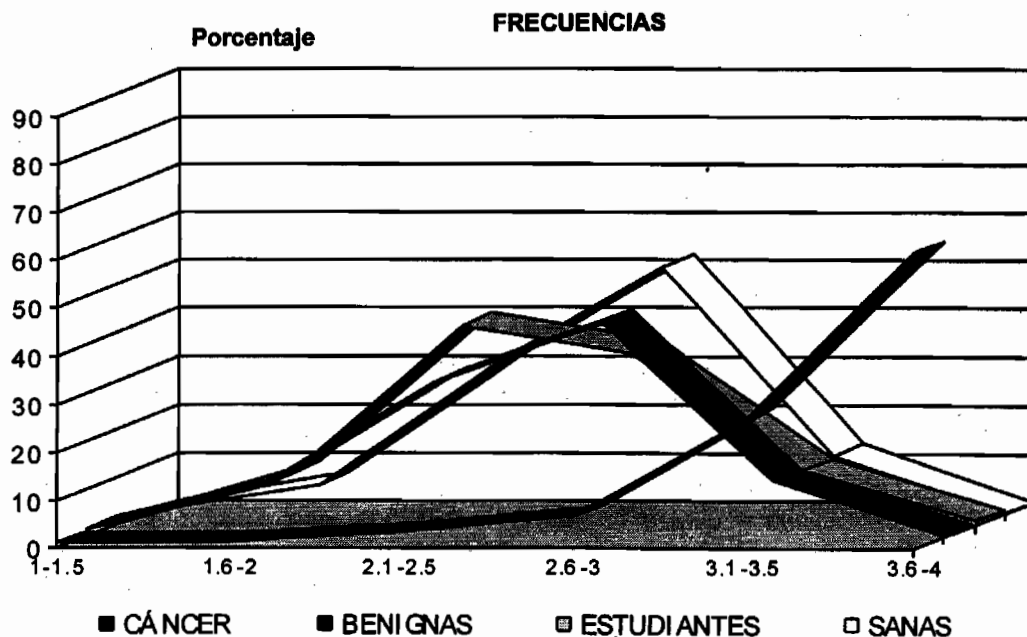
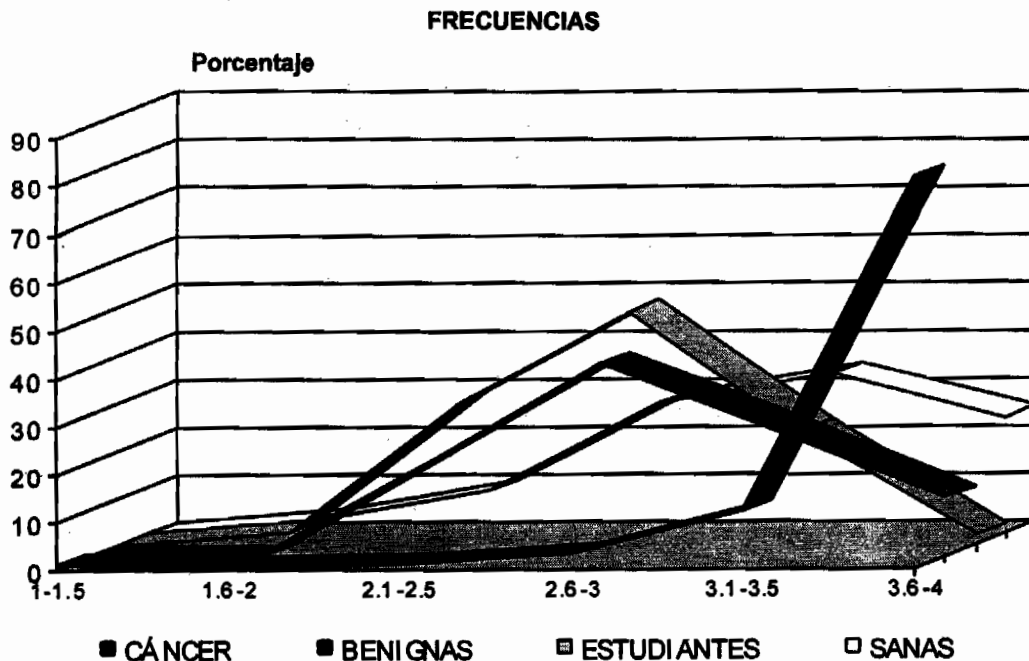


Figura 1.- Escala de racionalidad/defensividad emocional (R/ED)



*Figura 2.- Escala de necesidad de armonía (N/H)*

Tanto en la escala R/ED como en la N/H, las puntuaciones medias de las mujeres saludables, con patología mamaria benigna y estudiantes universitarias, parecen distribuirse de acuerdo a la curva normal, mientras que las puntuaciones de las mujeres con cáncer se encuentran mayoritariamente desplazadas hacia los valores más altos. En la escala R/ED, el 88.3% de las mujeres con cáncer de mama tendieron a considerar que «a menudo» o «casi siempre» se comportaban de acuerdo con lo enunciado en cada uno de los ítems (intervalos 3.1-3.5 y 3.6-4)), sin embargo, sólo realizaron la misma valoración el 12% de las mujeres saludables, el 11.9% de las mujeres con patología benigna y el 12.4% de las estudiantes universitarias. De igual manera, en la escala N/H, el 94% de las mujeres con cáncer frente al 57.8% de las mujeres saludables, el 39.5% de las que presentaban patologías benignas y el 25.9% de las estudiantes universitarias, consideraron que «a menudo» o «casi siempre» reaccionaban tal y como se indicaba en los ítems.

Ante las importantes diferencias encontradas en R/ED y N/H entre el grupo de cáncer y el resto de los grupos, valoramos la posibilidad de que estos sorprendentes resultados pudieran ser explicados por la influencia de otras variables. Por ejemplo, las mujeres con cáncer de mama residían todas ellas en Navarra mientras que las mujeres de los otros grupos residían en Madrid y, por término medio, tenían un menor nivel cultural. También la media de edad de las mujeres con cáncer era algo superior a la del resto de las mujeres. Sin embargo, si esta variable fuera la que explicara en mayor medida los resultados obtenidos, deberían haberse encontrado diferencias significativas en R/ED y N/H entre las estudiantes universitarias y las mujeres saludables o con patología benigna, considerando la gran diferencia de edad entre estos grupos. Por último, el conocimiento de un diagnóstico de cáncer podría estar influyendo en la mayor puntuación en R/ED y N/H de estas mujeres. El análisis de la posible influencia de estas variables, nos llevó a realizar el segundo estudio.

## Segundo estudio

### Objetivo

- Examinar el poder discriminativo de R/ED y N/H en muestras de mujeres con cáncer y sanas, homogéneas en cuanto a características sociodemográficas.
- Descripción de la muestra

Las participantes en este estudio fueron 414 mujeres de la provincia de Navarra, todas ellas voluntarias, que habían pasado por la Campaña de Prevención de Cáncer que organiza el Departamento de Salud del Gobierno de la Comunidad Autónoma. Del total de la muestra, 311 mujeres habían sido diagnosticadas de cáncer de mama y 103 mujeres se encontraban sanas. La media de edad de las mujeres con cáncer era de 56 años y la de las mujeres sanas de 49. En la selección de la muestra se puso especial cuidado en que las características sociodemográficas de ambos grupos fueran similares. En relación con el estado civil, el 75.4% de las mujeres con cáncer, estaban casadas, el 12.8% solteras; el 2.6% divorciadas y el 9.3% viudas. En el grupo de las mujeres sanas, el 77.7% estaban casadas; el 11.6% solteras, el 2.9% divorciadas y el 7.7% viudas. En cuanto al nivel de estudios, el 92.9% de las mujeres con cáncer tenía estudios primarios, el 4.2% medios y 2.9% universitarios. En la muestra de las mujeres sanas, el 92.2% tenían estudios primarios, el 4.8% medios y el 2.9 universitarios. Por último, el 79.2% de las mujeres con cáncer eran amas de casa y el 20.9% trabajaban fuera, por su parte, el 74.7% de las mujeres sanas trabajaban en el hogar y el 25.3% ejercían algún tipo de profesión remunerada (para más información ver Fernández-Ballesteros, Ruiz y Garde, 1998).

Todas las mujeres de ambas muestras cumplimentaron los inventarios R/D y N/H en una única sesión y de forma autoadministrada ante la presencia de un asesor por si necesitaban algún tipo de aclaración. En el caso de las mujeres con cáncer, 74 rellenaron los cuestionarios antes de conocer el diagnóstico de cáncer, 105 cuando ya estaban en tratamiento y 132 durante el primer año de seguimiento.

### Resultados

Los primeros análisis se realizaron entre distintos grupos de mujeres con cáncer de mama. Se llevó a cabo un análisis para determinar posibles diferencias en las puntuaciones de las escalas R/ED y N/H, entre las mujeres que presentaban distintos estadios de evolución de la neoplasia (0-I-II-III-IV). No se encontraron diferencias significativas entre los cinco grupos.

Se realizó igualmente un análisis de varianza para detectar las posibles diferencias entre las mujeres que rellenaron los cuestionarios en distintos momentos del proceso (antes del diagnóstico, durante el tratamiento o en el seguimiento). El objetivo fundamental de este análisis era averiguar si el conocimiento del diagnóstico de cáncer podía tener una influencia decisiva en las respuestas dadas a los cuestionarios y, por tanto, pudieran explicar las importantes diferencias encontradas en el estudio anterior entre las mujeres de cáncer y las sanas. Los resultados no revelaron la existencia de diferencias significativas entre los tres grupos en la escala R/ED, ni en ninguna de las dos subescalas que la componen (R y ED). En cuanto a la escala N/H se encontraron diferencias moderadamente significativas ( $F=3.06$ ,  $p<.04$ ). Las mujeres que fueron evaluadas durante el periodo de seguimiento, mostraron puntuaciones algo más altas en N/H que las mujeres que fueron evaluadas antes de conocer el diagnóstico y durante el periodo de tratamiento. Sin embargo, la diferencia de medias no alcanzó el nivel de significación en ninguna de las dos subescalas (HR y SS). La falta de diferencias significativas entre las mujeres que contestaron los cuestionarios antes de saber que tenían cáncer

y las que contestaron durante el tratamiento, parece indicar que el conocimiento del diagnóstico de cáncer no tiene una clara influencia en la valoración que hacen las mujeres sobre su tendencia a la racionalidad y defensividad emocional, ni sobre su tendencia a mantener relaciones armoniosas.

Una vez descartada la influencia del estadio del cáncer, del momento en que fue realizada la entrevista y del conocimiento o no del diagnóstico de cáncer, se procedió a analizar las posibles diferencias entre la muestra de mujeres sanas y las que padecían cáncer de mama.

Los resultados del análisis de varianza indicaron diferencias altamente significativas entre estos dos grupos en las escalas R/ED y N/H así como en sus respectivas subescalas. En la Tabla 2 se muestran las medias, desviaciones típicas y valores F de ambos grupos de mujeres.

TABLA 2.- Medias, Desviaciones Típicas y valores F de la diferencia entre las medias de las mujeres con cáncer y las sanas en las escalas R/ED y N/H

	CANCER (N= 311)		SANAS (N=103)		F
	X	D.T.	X	D.T.	
<b>R/ED</b>	43.8	5.0	34.0	5.2	288.5***
<b>R</b>	19.2	1.7	16.3	2.6	179.1***
<b>ED</b>	17.4	3.0	12.5	2.8	206.1***
<b>N/H</b>	45.0	3.7	36.9	5.7	269.1***
<b>HR</b>	18.5	1.9	15.4	2.6	165.7***
<b>SS</b>	18.7	2.6	14.8	3.2	197.6***

\*\*\*P<.0000

Para comprobar la posible influencia en estos resultados de la edad, se realizó un análisis de varianza en el que se comparaban dos niveles de estado de salud (sanas y cáncer) por tres niveles de edad (40-47, 48-52 y más de 53). Los resultados indicaron diferencias significativas en la variable «estado de salud» entre las mujeres sanas y las de cáncer, tanto en R/ED como en N/H, siendo las mujeres de cáncer las que obtuvieron las mayores puntuaciones. También la variable «edad» fue significativa. Fueron las mujeres de más edad las que puntuaron más alto en estas escalas. La interacción del estado de salud y la edad, no resultó significativa.

Aunque la alta significación de la variable estado de salud (en las dos escalas y en sus respectivas subescalas,  $p < .0000$ ) podía considerarse como indicativa de una mayor influencia de esta variable que de la variable edad ( $p < .01$ ), se procedió a realizar un análisis discriminante con el fin de comprobar cómo eran clasificados ambos grupos de mujeres en las dos escalas. Los resultados indicaron que las puntuaciones en R/ED y N/H clasificaron correctamente al 85.99% de las mujeres (87.1% de las mujeres de cáncer y 82.5% de las mujeres sanas), confirmando nuevamente, la clara influencia de la variable estado de salud en las diferencias encontradas entre las mujeres sanas y con cáncer de mama.

Por último, y al igual que en el estudio anterior, en las Figuras 3 y 4 aparecen representadas las distribuciones de frecuencias de las mujeres sanas y con cáncer, en función de la valoración realizada sobre el grado de acuerdo con el contenido de cada uno de los ítems en las escalas R/ED (figura 3) y N/H (figura 4).

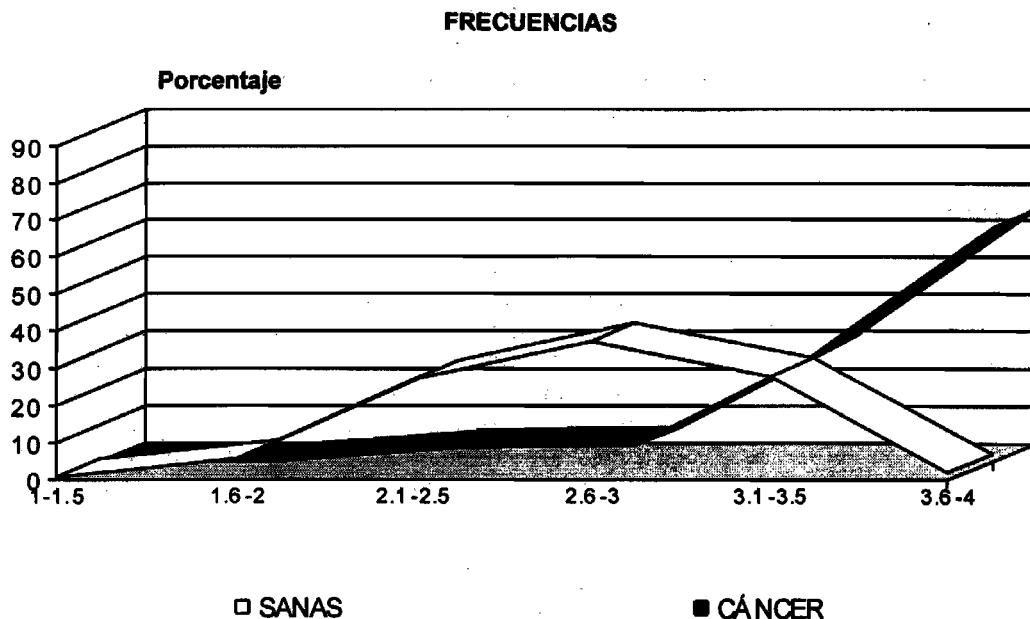


Figura 3.- Escala de racionalidad/defensividad emocional (R/ED)

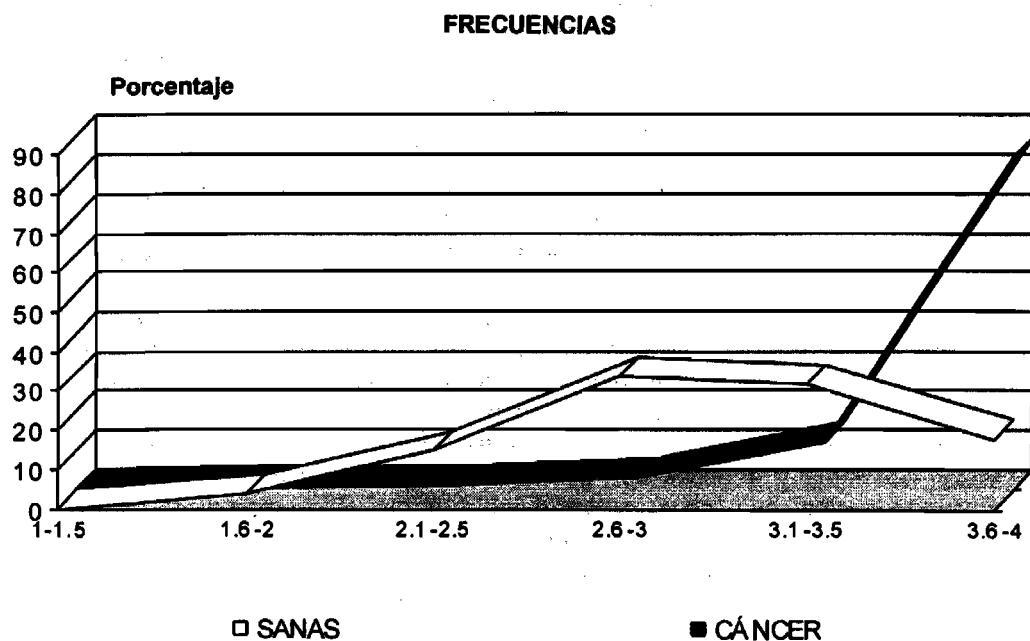


Figura 4.- Escala de necesidad de armonía (N/H)

Como puede apreciarse en estas figuras, se confirma la tendencia encontrada en el estudio anterior. Las puntuaciones de las mujeres sanas tienden a seguir una distribución normal, aunque algo sesgada hacia la derecha, mientras que las puntuaciones de las mujeres con cáncer se agrupan en los valores más altos de la escala. Un 92% de las mujeres con cáncer, frente a un 30% de las mujeres sanas, informa que «a menudo» o «casi siempre» (intervalos de 3.1-3.5 y 3.6-4) reaccionan de acuerdo con todos los contenidos enunciados en el inventario R/ED. En cuanto al inventario N/H, el 96.1% de las mujeres con cáncer contestan que reaccionan «a menudo» o «casi siempre» tal y como indican los enunciados de los ítems, y sólo el 48.8% de las mujeres sanas contesta en esta misma dirección.

## Discusión

Nuestro primer estudio pone de relieve las adecuadas propiedades psicométricas, tanto de la escala R/ED como de la N/H. Existe una alta consistencia interna en las cinco muestras utilizadas (incluyendo la de los hombres). Incluso, los coeficientes Alpha fueron mayores que los obtenidos por Spielberger (1988) y por Swan y cols. (1991). También encontramos una alta estabilidad test-retest en ambas escalas, lo cual pone de relieve que estamos hablando de unas características estables como así mantienen Grossarth-Maticek y Eysenck (1990), Spielberger (1988) y Van der Ploeg y cols. (1989), entre otros. Finalmente, ambos instrumentos parecen no estar asociados significativamente con factores de error de los autoinformes como la deseabilidad social y la sinceridad.

En cuanto a la estructura factorial, en la misma línea de lo encontrado por Spielberger (1988), R/ED aparece constituida por dos subfactores que se mantienen con una alta concordancia entre las distintas muestras estudiadas. El primer factor, denominado por Spielberger «Racionalidad» explica más de un tercio del total de la varianza (de un 31.2% a un 39.7%), estando saturado por elementos que implican la tendencia a mostrarse racional y lógico desde una perspectiva general (por ejemplo, «En mis relaciones con los otros, intento actuar razonablemente»). El segundo factor, denominado por Spielberger «Defensividad Emocional», explica un menor porcentaje de la varianza (del 12.3% al 14%), estando saturado por elementos que implican que la racionalidad se expresa aún contraviniendo los propios sentimientos y necesidades (por ejemplo, «Si alguien hiere profundamente mis sentimientos, sigo intentando tratarle razonablemente y comprender su conducta»).

Por lo que se refiere a N/H —contrariamente a las propuestas de Spielberger (1988) y Swan y cols. (1991)— los análisis factoriales realizados en las distintas muestras utilizadas, no arrojan dos factores diferenciados que permitan avalar la existencia de dos subescalas: la tendencia a mantener relaciones armoniosas y el auto-sacrificio. Nuestros resultados avalan más bien la existencia de una sola dimensión de tendencia a la armonía y ello, tal vez, porque existen pocos elementos, de entre los que componen la escala N/H, que impliquen el auto-sacrificio o la posposición de los propios deseos frente a las necesidades de los demás.

Tal vez lo más importante —desde una perspectiva clínica y de la psicología de la salud— es que R/ED y N/H son medidas con una excelente capacidad discriminativa entre mujeres con cáncer de mama y aquellas con patología benigna, mujeres saludables y estudiantes. Incluso, puede decirse que, en el primer estudio, todos los elementos del R/ED y del N/H permiten diferenciar significativamente a las mujeres con cáncer de aquellas que no lo tienen (tanto con patología benigna como saludables o estudiantes) y, sin embargo, que existe más baja capacidad de diferenciación entre las estudiantes, las mujeres con patología benigna de mama y las saludables. La capacidad discriminativa de ambas escalas se pone en evidencia también cuando se han controlado variables sociodemográficas potencialmente contaminadoras en el segundo estudio. Así mismo, el poder discriminativo de ambas escalas se hace aún más

evidente cuando se aplican análisis discriminantes. Además, cuando se trata de examinar los efectos de la edad sobre estas escalas se pone de manifiesto que, si bien existe una asociación entre edad y racionalidad y necesidad de armonía, cuando comparamos los efectos diferenciales de la edad y la patología, es ésta última la que explica un mayor porcentaje de varianza de nuestros resultados.

Todo ello va en la misma línea de lo hallado por otros autores tanto utilizando estudios retrospectivos (por ejemplo, Bleiker, 1995; Sebastian y cols., 1997; Swan y cols., 1991, 1992), como prospectivos (por ejemplo, Grossarth-Maticek y cols. 1985, 1988) o retrospectivos experimentales (por ejemplo, Kneier y Temoshok, 1993) y, desde luego, van en la misma línea de los planteamientos de H.J. Eysenck (por ejemplo, ver, 1994).

Llegado este punto, conviene no sólo admitir, sino también resaltar que ninguno de nuestros trabajos es prospectivo y que, por tanto, tienen un valor limitado a la hora de establecer si R/ED y N/H son componentes premórbidos y, por consiguiente, pueden ser considerados como factores psicológicos de riesgo o, más bien, son una consecuencia de estar en el «tránsito» de padecer un cáncer de mama o haberlo padecido recientemente. Aunque somos plenamente conscientes de las limitaciones de nuestros resultados, sí tenemos algunos datos que avalan el hecho de que estamos hablando de unas características psicológicas estables. Así, en nuestro primer estudio, se puso de relieve una alta fiabilidad test-retest de las puntuaciones R/ED y N/H, pero, además, lo que es más importante es que en nuestro segundo estudio no se obtuvieron diferencias significativas entre aquellas mujeres que aún no sabían el diagnóstico de cáncer y aquellas que ya estaban recibiendo el tratamiento prescrito o las que se encontraban en el seguimiento. Creemos que estos resultados aportan alguna evidencia a favor de que estamos hablando más de características pre-mórbidas, de riesgo, que de estilos de afrontamiento ante la enfermedad como sostienen, entre otros, Kreitler y cols. (1993) o Phipps y Srivastava (1997). Estamos plenamente de acuerdo que sólo estudios prospectivos permitirán resolver este problema.

Pero, tal vez la cuestión más importante no es si, a través de unas características psicológicas, podemos diferenciar mujeres con cáncer de aquellas que no lo tienen, sino si esta relación es de tipo explicativo y, aún más, como psicólogos nos interesa saber cuál es la naturaleza de nuestro predictor. ¿Es un tipo de personalidad?. ¿Se trata, más bien, de un estilo de respuesta interpersonal?. Y aún, ¿estamos hablando de un mecanismo de defensa como la represión, la negación o la inhibición?

Como señalamos en la Introducción, la posición de Eysenck (1994) es bien clara, estaríamos hablando de un tipo de personalidad, y, por tanto, de una condición psicológica estable y de un alto nivel jerárquico (puesto que para Eysenck las tipologías se construyen como fundamento de las intercorrelaciones observables entre los rasgos). Sin embargo, como también se ha señalado, otros autores consideran que la racionalidad o la tendencia a la armonía son estilos interpersonales o, en otras palabras, nos estaríamos moviendo en el plano de la reacción habitual ante un conjunto de estímulos específicos (por ejemplo, la primera versión de Spielberger). En nuestra opinión, los elementos que conforman ambas escalas (en total 24 reactivos) expresan comportamientos muy específicos referidos a situaciones también específicas, todas ellas relativas al mundo interpersonal. Además, como se ha dicho, N/H parece mantener un carácter altamente monofactorial por lo que nos inclinamos a pensar que estamos hablando de estilos interpersonales más que de tipos de personalidad. En todo caso, estamos trabajando en esta línea sobre esa hipótesis.

Gran parte de los autores (empezando por Spielberger y terminando por Temoshok) consideran que racionalidad o tendencia a la armonía implican un *componente defensivo* del psiquismo (ver, para una revisión, Temoshok y Dreher, 1992). En nuestra opinión, como señalan otros autores (por ejemplo, Greer y Watson, 1985), dado que estamos evaluando estos

componentes por medio de autoinformes y que el sujeto responde a los distintos reactivos verbales de manera consciente, parece más lógico pensar que nos encontramos ante estilos de comportamiento interpersonal que, si bien pueden ser producidos de manera automática, son aspectos que el sujeto puede informar como pertenecientes a sí mismo y por tanto, en rigor, no deberían ser considerados como mecanismos de defensa.

Finalmente, por lo que se refiere a la capacidad explicativa funcional de estas variables en su relación con el cáncer, estamos plenamente de acuerdo con Eysenck cuando alerta de los peligros del dualismo comportamiento/biología y de la importancia de considerar los aspectos psicológicos en sus relaciones sinérgicas con las condiciones biológicas y ambientales. En todo caso, existe suficiente evidencia empírica como para postular complejas relaciones entre condiciones biológicas (por ejemplo, sistema inmune), ambientales (por ejemplo, los estresores) y comportamentales (por ejemplo, estilos de personalidad (para una revisión, ver O'Leary, 1990) que seguramente permitirán, en el futuro, plantear más claras explicaciones funcionales entre componentes de la personalidad y condiciones del organismo en su sentido biológico. Nuevas investigaciones podrán contestar a estas importantes preguntas, pero lo que sí parece posible concluir es que —contrariamente a las maliciosas aseveraciones de Angell— las relaciones entre componentes de la personalidad y el cáncer —en línea de lo defendido por Hans J. Eysenck— es mucho más que «un mito» o «folklore».

## Referencias

- Ascunce, M. et al. (1995): Early detection program for breast cancer in Navarra, Spain. *European Journal of Cancer Prevention*, 3, 41-48.
- Angell, M. (1985) Disease as reflection of the psyche. *The New England Journal of Medicine*, 312, 1570-72
- Bleiker, E. (1995) *Personality factors and breast cancer* Dordrecht: ICG Printing.
- Bleiker E., Van der Ploeg H.M., Ader, H.J., Van Daal W.A.J., Hendriks, J.H.C.L. (en prensa): Personality traits of women with breast cancer: before and after diagnosis. *Psychological Reports*.
- Eysenck, H.J. (1988): Personality, stress and cancer: Prediction and prophylaxis. *British J. Medical Psychology*, 61, 57-75
- Eysenck H.J. (1994): Cancer, personality and stress: prediction and prevention. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 16, 167-215.
- Eysenck, H.J. (1990): *Rebel with a cause. The autobiography of Hans Eysenck*. London: W.H. Allen & Co.
- Eysenck, H.J. (1997): *Rebel with a cause. The autobiography of Hans Eysenck*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- Eysenck, H.J. y Grossarth-Maticek, R. (1991): Creative novation behaviour therapy as a prophylactic treatment for cancer and coronary heart disease: Part II-effects of treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 29: 17-31.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D., Ruiz, M.A. y Sebastian, J. (1994): Spanish adaptation of Defensiveness Scales. *23rd Inter-national Congress of Applied Psychology*, Madrid, 1994.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón M.D., Ruiz, M.A., Sebastian, J. y Spielberger, C.D (1997): Assessing emotional expression: Spanish Adaptation of the Rationality/Emotional Defensiveness Scale. *Personality and Individual Differences*, 22, 719-729.
- Fernández-Ballesteros, R, Ruiz, M.A. y Garde, S. (1998): Emotional expression in healthy women and those with breast cancer. *British J. of health Psychology*, 3,1-10
- Greer, S y Morris T. (1975): Psychological attributes of women who developed breast cancer: A controlled study. *Journal of Psychosomatic Research*, 19, 147-153.
- Greer, S. y Watson, M. (1985): Towards a psychobiological model of cancer: psycho-logical considerations. *Social Science and Medicine*, 20, 773-777.
- Grossarth-Maticek, R., Bastiaans, J.J., y Kanazir, D.T. (1985): Psychosocial factors as strong predictors of mortality from cancer, ischaemic heart disease and stroke: The Yugoslav prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 167-176.
- Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H.J., Vetter, H. y Frenzel-Beyme, R. (1988). The Heidelberg prospective study. In: Eysenck WJ, VanLerebeke N, Depoorter AM, eds. *Primary prevention of cancer*. New York: Raven Press, pp 199-212.
- Grossarth-Maticek, R. y Eysenck, H.J. (1990): Prophylactic effects of psychoanalysis on cancer-prone and coronary heart disease-prone probands, as compared with control groups and behavior therapy groups. *Journal of behavioural Therapy & Experimental Psychiatry*, 21, 91-99.



- Kneier, A.W. y Temoshok L. (1993): Repressive coping reaction in patient with malignant melanoma as compared to cardiovascular disease patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 28, 145-155.
- Kreitler, S., Chaitchik, S y Kreitler, H. (1993): Repressiveness: cause or result of cancer?. *Psychoncology*, 2:43-54.
- Lancet (1989): Psychosocial intervention and the natural history of cancer. *Lancet*, 14, 901.
- Lazarus, R.S. (1966): Psychological stress and coping in adaptation and illness. In Lipowski D.R., Lipsitt, L.P. y PC Whybrow (Eds.): *Psychosomatic medicine. Current trends and clinical applications* New York: Oxford University Press.
- Levenson, J.M. y Bemis, D. (1991): The role of psychological factors in cancer onset and progression. *Psychosomatics*, 32, 124-132.
- Muldner, C.L., Van der Pompe, Spiegel, D., Antoni, M.H. & De Vries, M.J. (1992): Do psychosocial factors influence the course of breast cancer?. *Psychoncology*, 1: 155-167.
- O'Leary, A. (1990): Stress, Emotion, and Human Immune Function. *Psychological Bulletin*, 108, 363-382.
- Pelosi, A.J. & Appleby L. (1992): Psychological influences on cancer antischaemic heart disease. *Lancet*, 304, 1295-1298.
- Pelosi AJ & Appleby L. (1993): Personality and fatal diseases. *Lancet*, 306, 1666-1667.
- Phipps, S. Y Srivastava, D.K. (1997): Repressive Adaptation in Children with cancer. *Health Psychology*, 16, 521-528.
- Rigatos, G.A. (1992). *Psychosomatic aspects in cancer: From Antiquity to the 20th Century*. A special publication for the 6th International Congress of Psychooncology. France: Beaumne.
- Sebastian, J., Mateos, N. y Bueno, M.J. (1997): Expresión emocional y personalidad tipo C: diferencias entre mujeres con patología mamaria maligna, benigna y normales. *Revista de Psicología de la Salud*, 9, 93-126
- Spielgel, D., Kraemer, H.C., Bloom, K.R. & Gotthell, E. (1989): Effect of Psychosocial Treatment on Survival of Patients with Metastatic Breast Cancer. *The Lancet*, 14, 888-891.
- Spielberger, C.D. (1988) *Rationality/Emotional Defensiveness Scale and Need for Harmony Preliminary Manuals* Institute for Research on Behavioral Medicine and Health Psychology, South Florida University.
- Swan, G.E., Carmelli, D., Dame, A., Rosenman, R.H., & Spielberger, C.D. (1991): The Rationality/Emotional Defensiveness Scale-I. Internal Structure and Stability. *Journal of Psychosomatic Research*, 35, 545-554.
- Swan, G.E., Carmelli, D., Dame, A., Rosenman, R.H., y Spielberger, C.D. (1992): Rationality/Emotional Defensiveness Scale-II. Convergent and Discriminant Correlation Analysis in Males and Females With and Without Cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 349-359.
- Temoshok, L. (1990). On attempting to articulate the biopsychosocial model: Psychological-psychophysiological homeostasis. In: H. Friedman (Ed.) *Personality and Disease*. New York: John Wiley & Son.
- Temoshok, L. y Dreher, A.W. (1992): *The Type C Connection*. New York: Random House.
- Temoshok, L. y Heller, B.W. (1984): On Comparing Apples, Oranges, and Fruit Salad: a Methodological Overview of medical Outcome Studies in Psychosocial Oncology. In C.L. Copper (ed.): *Psychosocial Stress and Cancer* New York: John Wiley.
- Van der Ploeg, H.M., Kleijn, W.C., Mook, J., Van Donge M., Pieters, A.M.J. y Leer J.W.H. (1989): Rationality and antiemotionality as a risk factor for cancer: Concept differentiation. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 217-225
- Wirsching, M., Stierlin, H., Hoffman, F., Weber, G. y Wirsching, B. (1982): Psychological identification of breast cancer before biopsy. *Journal of Psychosomatic Research*, 6, 1-10

## APÉNDICE 1

### ESCALA DE RACIONALIDAD/DEFENSIVIDAD EMOCIONAL

1. Trato de hacer lo que es razonable y lógico.
2. Trato de entender a la gente y su conducta.
3. En mis relaciones con otros, intento actuar razonablemente.
4. Uso la inteligencia y la razón para superar los conflictos y desacuerdos con la gente.

5. Cuando me encuentro en una situación en la que estoy en desacuerdo con otras personas, intento no mostrar mis emociones.
6. Si alguien hiere profundamente mis sentimientos, sigo intentando tratarle razonablemente y comprender su conducta.
7. Intento entender a los otros aunque me disgusten.
8. Tengo éxito en evitar polémicas con la gente utilizando la razón y la lógica (frecuentemente, contrario a mis sentimientos).
9. Si alguien actúa en contra de mis deseos y necesidades continuo tratando de comprenderle.
10. En la mayor parte de las situaciones de la vida, mi manera de actuar es razonable y lógica y no está influida por mis emociones.
- \*11. Si alguien hiere profundamente mis sentimientos, puedo atacarle o responder en forma totalmente emocional.
12. El uso de la razón y de la lógica me ayuda a no atacar a otros, incluso aunque tenga buenas razones para ello.

\*Puntuación invertida.

## APÉNDICE 2

### ESCALA DE NECESIDAD DE ARMONIA (N/H)

1. Con el fin de lograr relaciones armoniosas, acepto dificultades e ignoro mis propias necesidades.
2. Mi meta en la vida es vivir para mi familia y mis íntimos amigos, sin pedir nada a cambio.
3. Estoy dispuesto a ayudar a la gente, me ocupo incluso de sus pequeños problemas.
4. Con mis mejores amigos pretendo tener sólo relaciones armoniosas.
5. Cuando me siento implicado con alguien hago cualquier cosa para hacerle feliz.
6. Estoy dispuesto a hacer sacrificios para mantener relaciones agradables con las personas que quiero.
7. Haría cualquier cosa para mantener relaciones armoniosas con las personas que me importan.
8. Cuando no puedo estar con mis íntimos amigos, me gusta hablar con ellos por teléfono.
9. Para mí es muy importante hacer felices a las personas que quiero.
10. Cuando existe un conflicto entre mis propias necesidades y alguien importante que quiero, soy capaz de renunciar a mis propias necesidades para ayudarlo.
11. Me siento responsable de que mis relaciones con otros transcurran tan plácidamente como sea posible.
12. Es importante para mí llevarme bien con la gente que quiero.