

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

FACULTAD DE PSICOLOGÍA.

**“LA PERSONALIDAD TIPO C COMO PREDICTOR DE
ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS.”**

TESIS

Que para obtener el título de Licenciado en Psicología.

Presenta:

Hernández Castillo Montserrat.

Asesor de Tesis:

Jorge Álvarez Martínez.

Ciudad Universitaria, Distrito Federal 2011.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE.

Resumen.	6
Introducción.	7
Capitulo 1. EL CÁNCER.	9
1.1 Concepto de enfermedad.	9
1.2 Enfermedad crónica.	13
1.3 Antecedentes Históricos.	16
1.4 Definición de cáncer.	19
1.5 El proceso del cáncer.	23
1.6 Tipos de Cáncer.	24
1.7 Etimología del cáncer.	28
Capitulo 2. PERSONALIDAD.	33
2.1 Taxonomía tipológica	34
2.2 Definición de personalidad.	36

2.3 Componentes de la personalidad	42
2.4 Personalidad Tipo A.	46
2.5 Personalidad Tipo B.	50
Capitulo 3. PERSONALIDAD TIPO C.	52
3.1 Antecedentes de la personalidad Tipo C.	52
3.2 Definición personalidad Tipo C.	53
3.3 Características de la personalidad Tipo C.	57
3.4 Factores determinantes de la Personalidad Tipo C.	60
3.5 Relación de la personalidad con el cáncer.	63
Capitulo 4. METODOLOGÍA.	67
4.1 Planteamiento del problema.	67
4.2 Hipótesis de trabajo.	67
4.3 Variables.	67

4.4 Diseño.	68
4.5 Tipo de estudio.	68
4.6 Escenario.	69
4.7 Muestreo.	69
4.8 Sujetos.	69
4.9 Instrumentos.	69
4.10 Procedimiento.	71
4.11 Tratamiento estadístico.	71
Capitulo 5. RESULTADOS	72
5.1 Descripción de la muestra.	72
5.2 Análisis de correlación	88
Capitulo 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.	89
6.1 Aportaciones y limitaciones.	93

Referencias bibliográficas.	9
ANEXOS.	106
Anexo 1. Prueba de Personalidad Tipo C.	107
Anexo 2. Agrupación de la Prueba de Personalidad Tipo C por escalas	109

RESUMEN.

El presente trabajo reporta los resultados obtenidos en la investigación sobre Personalidad Tipo C, como predictor de enfermedades Oncológicas.

Se trabajo con 120 sujetos de 35 a 60 años de edad, asignados a dos grupos. El primer grupo (control) estaba compuesto por 60 personas (30 hombres y 30 mujeres) que no tuvieran diagnostico de cáncer y que en su familia tampoco tuvieran registro de algún caso. El otro grupo (experimental) estaba compuesto por 60 pacientes del Hospital Centro Médico Siglo XXI del área de oncología (30 hombres y 30 mujeres) que tuvieran diagnostico de algún tipo de cáncer.

Los datos obtenidos se analizaron de manera cuantitativa. A través de la prueba estadística de análisis de correlación de Pearson, para establecer la relación entre las variables que se estudiaron (Personalidad Tipo C y Cáncer).

En base a los datos obtenidos se puede concluir que las personas con cáncer tienen una Personalidad Tipo C. dando evidencia para pensar que las personas que no tienen cáncer y obtuvieron puntajes altos en la prueba podrían desarrollar dicha enfermedad en el futuro.

INTRODUCCIÓN.

El cáncer es una enfermedad crónica degenerativa. Considerada como psicósomática que ataca a las personas no importado su edad condición social, sexo o religión. Esta enfermedad representa una de las mayores y más frecuentes agresiones que pueden sufrir las personas y sus familias, puesto que una de cada dos personas se enfrentará a un tumor maligno en su vida.

Cualquier enfermedad pone en estado de tensión al enfermo y a todos sus seres queridos, tal es el caso de todas aquellas personas que por algún motivo contraen cualquier enfermedad. Si esta enfermedad es degenerativa o muy peligrosa se analiza lo vivido y se replantean las expectativas del futuro ya que como cualquier limitación “la enfermedad” reorienta a los individuos y los hace más fuertes ante las adversidades que le pone la vida a su paso.

En el mundo el cáncer se sitúa entre las primeras cinco causas de mortalidad y en los países occidentales, es la segunda causa de muerte (López, 1999).

El cáncer definido por Bevan (1980) es una afección en la que ciertas células del organismo se multiplican sin control aparente, destruyendo tejidos y órganos sanos.

Un enfermo de cáncer no es la excepción ya que la misma palabra “cáncer” produce un miedo que recorre el cuerpo de quien lo padece y concientiza al que no tiene la enfermedad. El paciente con cáncer toma en este punto una nueva visualización y muchas veces reorienta al lugar a donde quiere llegar, toma fuerzas y sigue adelante y si es posible trata de vencer su patogénico estado.

Aunque si bien, es cierto que las investigaciones sobre el cáncer, se han orientado preferentemente en el aspecto médico, desde el punto de vista biológico y el factor psicológico el estudio es muy poco. En los últimos tiempos se ha teorizado acerca de cómo influye la personalidad en enfermar. Se han realizado investigaciones con la finalidad de encontrar un patrón establecido de

personalidad que pueda estar correlacionado con enfermar de diferentes cánceres. Teniendo en cuenta que la personalidad es el patrón organizado y distintivo del comportamiento que caracteriza la adaptación individual a determinado ambiente y dura toda la vida (Guerrero, 2001).

Se cree que las personas con cáncer o los futuros enfermos, tienen una determinada personalidad. Varios autores señalan que los individuos que poseen esta personalidad conocida como "Tipo C"; cuentan con una vocación de servicio exagerada, gratuita habilidad para recabar toda la personalidad y toda la sensatez de la familia en un solo comando, la dignidad de aceptar el sufrimiento, la capacidad de ocultarlo y la necesidad de mantener siempre una atmósfera de cariño, alejada de sus posibilidades, son entre otras cosas (Riquez, citado en Flórez 1994).

Flórez (1994) sintetiza las características más sobresalientes de la personalidad Tipo C de la siguiente manera:

- Dificultad para expresar emociones o sentirlas.
- Baja autoestima.
- Convencionalismo.
- Desamparo y desesperanza.
- Perfeccionismo.
- Simpatía.
- Falta de asertividad
- Laboriosidad

Esta investigación da un panorama etiológico del "Cáncer" además se hace un estudio con personas que no padecen dicha enfermedad y con las que ya la han manifestado. Con esto se trata de corroborar si el cáncer está relacionado con una personalidad definida como *Tipo C* o sólo es un patrón de conducta tomado como medio de afrontamiento que algunas personas manifiestan como medio de protección.

CAPITULO 1. EL CÁNCER.

El capítulo uno está destinado para dar a conocer el concepto de enfermedad y enfermedad crónica, las limitaciones que pueden ocasionar y la forma en como se manifiestan, además de los antecedentes del cáncer y su definición.

Schützenberger (2005) dice que todos “agarramos” células malignas todos los días y las retenemos, pero nos desechamos de ellas, salvo en algunos casos: si tenemos una “sobredosis de estrés”, de cansancio, decepciones, agresividad sufrida. Si hay demasiadas agresiones contra las cuales ya no se puede luchar, entonces se tienen dificultades para deshacerse de ellas naturalmente. Es necesario, entonces ayudar al cuerpo en su lucha

1.1 Concepto de enfermedad.

La mayoría de las ocasiones se ve y siente a la enfermedad como una invasora, como un enemigo silencioso al cual es necesario combatir. En los siglos XVII y XVIII, se veía como una advertencia de Dios y el pecado como la causa principal del mal que se sufría; por tal motivo se les aconsejaba a los enfermos y a los inválidos que debían buscar curación en los remedios naturales, sirviéndose de aquellos que el señor había creado. Empleando todo lo que pudiera serles útil para aliviarse, si aquellos que enfermaban no decidían tomar dicha alternativa, entonces tomaba acción la idea de que la enfermedad era un accidente o un azar programado (Coleman, 1985).

Desde el punto de vista del modelo tradicional la enfermedad se produce cuando una entidad invade los órganos del cuerpo, alterando su estructura y funcionamiento. Este modelo se focaliza solamente en la estructura bioquímica, inmunológica, fisiológica y genética como causa de la enfermedad. Por otro lado, se encuentra el modelo psicológico cuya máxima contribución en la práctica de la medicina radica en la focalización de los aspectos psicológicos de la enfermedad. Desde el punto de vista Freudiano, las personas enfermas y sus conflictos no son entidades independientes. El modelo psicológico de la

enfermedad es totalmente diferente al modelo biomédico. La enfermedad no es meramente el producto de una alteración estructural. Además este modelo tiene en cuenta el impacto o repercusión que dicha enfermedad genera en el seno familiar, cultural y social del paciente.

La Organización Mundial de la Salud define a la enfermedad (palabra que viene del latín y que significa <falta de firmeza>), como un proceso que se desarrolla en el ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado normal de salud.

La enfermedad como enuncia Sontag (1996) “es el lado oscuro de la vida” en donde se sopesa lo transcurrido y lo que esta por ocurrir. Asato (1990) señala; la enfermedad hace parecer como si el cuerpo destruyera nuestro ser. En apariencia viene el mal no se sabe de donde, y azota sin advertencia, mostrando sus efectos en el organismo de la persona enferma.

Dethlefsen y Dahlke (1998) dicen “la enfermedad es la perdida de una armonía o también de un orden hasta ahora equilibrado; por lo tanto si una persona sufre un desequilibrio en su conciencia, ello se manifestara en su cuerpo en forma de síntoma”.

De la Torre (2001) hace mención al termino enfermedad del latín *infirmus* (*in-firmus*) significa no firme, *infirmitas* es falta de firmeza. Es un término muy general referente a algo débil, falta de solidez, consistencia y poder. La enfermedad ataca lo más radical del ser humano, su yo biológico. En este sentido dice que se originan distintas reacciones en cadena: *síntomas físicos* (dolores, malestar, limitaciones para: moverse, comer, trabajar, disfrutar), *síntomas psicológicos* (tristeza por las limitaciones, preocupaciones por la incertidumbre, dolor por la aflicción que sufren los seres queridos, dolor moral por no poder atender los compromisos; depresión, desesperación) y *síntomas sociales* (según su tipo y su grado, la enfermedad incapacita para obtener o mantener su trabajo, ocasiona abandono de tareas importantes, impide participar en reuniones o eventos sociales, corta muchas vías de comunicación).

La enfermedad es la ruptura del equilibrio de la organización jerárquica de la salud; en este contexto la salud es definida en términos del mantenimiento del equilibrio biopsicosocial (Díaz, 2007).

Dethlefsen y Danlke (1998) sostienen que “la enfermedad y la salud van de la mano, ambos se refieren a un estado del ser humano y no a órganos o partes del cuerpo”. Bajo este parámetro el cuerpo nunca esta enfermo ni sano, ya que en él sólo se manifiestan las informaciones de la mente, el cuerpo no hace nada por si mismo, su funcionamiento se debe a dos instancias que son conciencia (alma) y vida (espíritu). Entonces la enfermedad se produce en la conciencia y el cuerpo lo muestra. Por consiguiente, el cuerpo es el vehiculo de la manifestación o la realización de todos los procesos y cambios que se producen en la conciencia.

Aunado a lo anterior el holismo sostiene que la salud óptima es mucho más que sólo la ausencia de enfermedad; es el hecho de querer tener las cualidades más altas del nivel mental, emocional, físico y del entorno; así como de los aspectos sociales de las experiencias humanas. Los cuales se verán reflejados en el equilibrio de las emociones y la experimentación de éste como protagonista del cambio y no como simple espectador, de cómo un tranquilizante “tapo sus síntomas” (López S., 2002).

Cruz (2001) comenta que a través del avance de la ciencia se han podido detectar los posibles generadores de enfermedades:

- ♦ *Aspectos biológicos:* son agentes fisiológicos hereditarios y del medio ambiente.
- ♦ *Aspectos psicológicos:* emociones [angustia (manifestación emocional caracterizada por un temor a lo desconocido o a lo amenazante), ansiedad (estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud ante una amenaza), estrés, depresión, frustración, miedo, etc.] practicas o conductas de riesgo.

- ♦ *Aspectos sociales:* de tipo económico, político y social, el establecimiento de sistemas económicos ajenos a los anteriormente vividos y nuevos modos de producción.

Kierkegaard (citado en Schützenberger, 2005) habla de dos tipos de enfermos; los que se dejan morir y los que luchan para vivir, tomando como un desafío a esta lucha. Además señala “ciertas fuerzas de supervivencia sólo se despiertan cuando estamos o nos sentimos acorralados, y luchamos por nuestra vida”.

William Schutz (citado en Schützenberger, 2005) cita tres necesidades fundamentales para que el hombre viva: *el afecto* (recibido), *la inclusión* (en un grupo), *el control de su situación*. La verdad vuelve activo al enfermo poniéndolo al tanto de la situación actual, fortalece los lazos con las personas de su grupo (familiares, amigos, compañeros de trabajo, etc.) y orienta al individuo a replantearse su camino. Entonces recomienza a tener control sobre el timón de su vida.

Bernard (citado en Cooper, 1986) fue el primero en promulgar la teoría acerca de los rasgos más característicos en los organismos vivos es su “capacidad por mantener la constancia”, designándolo como ambiente interno. La salud del organismo por consiguiente, depende de una comunicación efectiva entre sus componentes internos y su interacción con el medio exterior.

Schützenberger (2005) asegura que es muy difícil luchar para sanarse estando solo. Por eso se debe de construir una “red de sostén”, una red afectiva de curación que puede ser (familiar, amistoso, etc.) por teléfono (móviles o fijos), mail, carta, libro, disco y/o a través de un programa (televisivo o radiofónico), aportando buenos deseos y pensamientos positivos.

De la Torre (2001) afirma que el temor incrementa la intensidad de cualquier enfermedad.

Schützenberger (2005) dice que lo más terrible para un enfermo de cáncer es sentir la sensación de que ya no tiene ningún control sobre la

situación y en consecuencia esto lo conduce a la desesperanza y la depresión. Por eso tener un poco de esperanza permite aguantar y superar el golpe. Es importante tener cierto control sobre la vida y el destino.

1.2 Enfermedad crónica.

Hay dos tipos de enfermedades; las enfermedades agudas como un catarro o una gripe suelen durar relativamente poco. Sin embargo, las enfermedades crónicas son problemas de salud de larga duración (la palabra "crónico" El término "crónico", del griego *Xpovos* (*Chronos*): «dios del tiempo», se refiere al tiempo de evolución de la enfermedad, pero nada dice acerca de su gravedad. referencia

Vivir con una enfermedad de larga duración (denominada crónica) le plantea a la persona nuevos retos; aprender a afrontar, no es algo que se consiga de la noche a la mañana. Pero entender lo que ocurre y participar activamente en el cuidado de la salud ayudara al enfermo a afrontar esos retos. Mucha gente descubre que el hecho de adoptar un papel activo en el tratamiento de un problema de salud crónico le ayuda a sentirse más fuerte y preparado para enfrentarse a muchas dificultades y pruebas que les depara la vida.

En Medicina, se llama enfermedad crónica a aquella patología de larga duración, cuyo fin o curación no puede preverse. Aun no se determina el plazo que debe de tener una enfermedad para considerarse crónica; pero por término medio, toda enfermedad que tenga una duración mayor a tres meses puede considerarse como crónica. En psicología por ejemplo, la depresión se considera crónica después de los seis meses según el Manual de diagnostico psicológico (DMS-IV, 2003).

La enfermedad crónica es un trastorno orgánico-funcional que obliga al individuo a una modificación en el estilo de vida y probablemente que persistirá largo tiempo (Latorre, 1994 y Sadin, 1995). El diagnostico de la enfermedad crónica afecta profundamente el autoconcepto, ya que desde ese momento

todo será distinto. Su proyecto de vida deberá ser revisado y a menudo “no podrá saber cuál será su curso” (Rodríguez, 1995).

La adaptación a la enfermedad crónica tiene varios factores, como la edad, género, estatus social, apoyo, educación, creencias religiosas, patrones de personalidad, inteligencia, autoesquemas, estilos de afrontamiento, etc. (Vinaccia, 2001).

López (1998) y Mazarrasa (1996) señalan que el diagnóstico de las enfermedades crónicas produce una grave distorsión en la vida de cualquier persona, teniendo repercusión sobre:

- 1.- Área Personal: el individuo presenta,
 - Malestar físico y emocional.
 - Cambios en los patrones de sexualidad.
 - Pérdida de la independencia.
 - Modificaciones en la escala de valores y filosofía de vida.
 - Alteraciones en la autoimagen.
 - Sentimiento de impotencia y desesperanza.
 - Miedo a lo desconocido.
 - Respuestas depresivas, de negación o de agresividad.
- 2.- Área Familiar: se produce una pérdida del equilibrio familiar. Se manifiesta por:
 - Pérdida del rol del enfermo.
 - Cambios en el rol de los demás miembros de la familia.
 - Separación del entorno familiar.
 - Problemas de comunicación en la familia.
- 3.- Área Social: los problemas que surgen son,
 - Cambio o pérdida de status social por la pérdida o cambio de trabajo.
 - Aislamiento social.
 - Cambio en el nivel socioeconómico.
 - Cambio en la utilización del tiempo libre.

Evers (citado en Vinaccia, 2006) ha planteado que es una situación adversa a largo tiempo, sumamente incontrolable. En este periodo las personas pueden desarrollar reevaluaciones cognitivas de diferente índole con relación a los elementos de tensión.

Cuando alguien se enfrenta a elementos de tensión a largo plazo pueden diferenciarse 3 tipos de reevaluaciones (Vinaccia, 2006):

1. Cogniciones que enfatizan el significado negativo del elemento de tensión (actitud de desamparo y desesperanza).
2. Cogniciones que disminuyen el significado adverso de la tensión (aceptando el impacto negativo de la tensión y aprendiendo a convivir con él).
3. Cogniciones que dan un significado positivo al evento (enfocándose en consecuencias positivas o negativas, refleja las dimensiones del incremento negativo, y el incremento de pensamientos positivos cuando alguien se enfrenta a tensiones de larga duración, pueden proveer un patrón comprensivo de ajuste cognitivo que permitiría predecir el estado de salud al término de la enfermedad.

Además Lopetegui (2007) explica que las enfermedades crónicas tienen las siguientes características:

- ♣ Toman un período de tiempo prolongado para que se desarrollen.
- ♣ Ocasionan una destrucción progresiva de los tejidos.
- ♣ Interfieren con la capacidad del cuerpo para funcionar óptimamente.
- ♣ Algunas enfermedades degenerativas crónicas pueden prevenirse; es posible minimizar los efectos de alguna enfermedad.

Cuando se produce una enfermedad el organismo lucha unitariamente contra el enemigo, sea éste un microbio, veneno, o cualquier otro agente atacante. La sangre circula más rápidamente, la temperatura aumenta como reacción de defensa, el hígado trabaja activamente para la destrucción de toxinas y los riñones eliminan tóxicos por la orina; todas las células del cuerpo,

en suma, obedecen las ordenes del alto mando localizado en el cerebro, sistema vegetativo-nervioso y sus centros. La unidad del cuerpo se conserva siempre, tanto en la salud como en la enfermedad. Con una sola excepción, que rompe con todo este equilibrio: “El Cáncer” (Vander 1973).

1.3 Antecedentes históricos.

La analogía cáncer-cangrejo se hizo por la semejanza que existe entre las patas del animal y la acumulación de vasos sanguíneos en las proximidades de los tumores cancerígenos (López y De la Cruz, 1994).

El cáncer no es un padecimiento reciente o producto de la modernidad. Cortinas (1991) señala que es una enfermedad tan antigua como lo es la vida en nuestro planeta. Testimonio de ello son los tumores encontrados en los huesos de los fósiles de dinosaurios o en las momias descubiertas en Egipto y Perú.

Documentos que datan del 2000 a 1500 años a.c., como el Ramayana (India) o el papiro Ebers (egipcio), hacen referencia a este padecimiento. En el año 2000 a.C., en India se practicaba la extirpación de tumores y alrededor del año 180 d.C., se ocuparon ungüentos a base de arsénico y plomo para su tratamiento.

Hipócrates (460 a. C.) recopiló un sinnúmero de descripciones referentes al cáncer de piel, mama, útero y órganos internos.

Celsus (30 a. C.), distinguió por su vez diversas variedades de cáncer y clasificó el cáncer de mama (Fuente, 2004)

Su nombre, “cáncer” está inspirado en la observación de los tumores mamarios, que al crecer, toman la forma de un cangrejo, según explicaba Galeno en su tratado *Definitiones Medica*.

Galeno estableció una clasificación humoral de los tumores la cual, dominó el pensamiento médico por más de mil años (Henry, 1981):

- ◆ *Tumores según natura:* por maduración o desarrollo normal, como la hipertrofia de la glándula mamaria, resultado de la maduración sexual en la mujer.
- ◆ *Tumores extra natura:* responden a un requerimiento orgánico, para reparar algún daño, como la restauración de una herida o fractura.
- ◆ *Tumores contra natura:* proliferaciones celulares que no entran en las clasificaciones anteriores. A los que hoy se les define como crecimientos de tejido neoplásico.

En la época bizantina (475 a 1500 d. C.), se hicieron grandes progresos en la descripción de diversos tumores así como en su tratamiento.

En el siglo XVI, Paracelso dio como origen del cáncer, la acumulación excesiva en la sangre de sales minerales, dicha saturación producía los tumores cancerígenos (López y De la Cruz, 1994).

Antonio Benivieni (Alfici, 2001) considerado el padre de la Anatomía Patológica, trató de relacionar por primera vez la sintomatología, con las observaciones de la autopsia. Alrededor de 1620 anatomistas de la época encontraron un tumor linfático en el lugar donde se encontraba la neoplasia. Apoyado en este descubrimiento Descartes elaboró la Teoría de la Linfa, mencionando que la calidad del líquido determina la malignidad del neoplasma.

Posteriormente con la introducción del microscopio la medicina obtiene un invaluable colaborador en la investigación de las estructuras corporales y composición microscópica. Es así como Javier Bichat (1771-1802) por sus numerosas observaciones de tejidos corporales, fundamenta las bases de la histología moderna (Alfici, 2001). A principios del siglo XIX Bichat expresa que el cáncer es una formación de tejido que se desarrollaba accidentalmente en el organismo. En Inglaterra, en 1802 se funda la Sociedad Investigadora de la Naturaleza y Causa del Cáncer. Tiempo después Muller en 1898 ampliando la investigación de Bichat demostró que el tejido neoplásico estaba constituido por células anormales (Henry, 1981).

Levenson (1984) marca al siglo XIX como el inicio de una investigación acelerada del cáncer y su relación existente entre el buen o mal funcionamiento del cuerpo.

El científico alemán Rudolf Virchow (1821-1902) investiga células de tejido cartilaginoso, óseo y conjuntivo, lo cual llevo a postular la existencia de tejidos de sustancia “conjuntiva” que mostraban entre sí notables similitudes estructurales, decía que este tejido en particular estaba difundido por toda la piel, constituyéndose como la armazón del organismo y que era aquí donde se originaban las neoplasias, por ser el punto de partida de gérmenes que atacan a la célula (Alfici, 2001).

Continuando con sus investigaciones Virchow fue el primero en proponer la relación entre la irritación crónica y el cáncer. La llamada Teoría de la irritación manifiesta dice: “cuando los agentes químicos entran en contacto con cicatrices o heridas crónicas pueden establecer la aparición del cáncer”. En esta etapa se propusieron otras teorías para explicar la génesis del cáncer, la teoría parasitaria, propuesta a finales del siglo XIX por Donovan exponía que el cáncer tenía un origen infeccioso, el cual era causado por una bacteria, llamada *Micrococcus neoformans*. En 1877 Julius Cohnheim, propuso la teoría del residuo embrionario, donde explicaba que las células cancerosas existen ya en la vida embrionaria, pero no se expresan hasta fases posteriores del desarrollo humano. Más tarde, en el siglo XIX Waldeyer da un paso más en la investigación del cáncer demostrando que las células del tumor primario, tendían a la metastatización o colonización en otro lugar formando un nuevo foco morbozo (Henry, 1981).

Las últimas décadas del siglo XIX se ocuparon del detallado estudio de la morfología de los tumores, en la separación de las variedades de la enfermedad, en la dilución de la histogénesis y en la descripción de la clínica de los tumores malignos (Fuente, 2004)

Con la innovación del microscopio en el siglo XX hubo nuevos métodos de investigación ayudando a un amplio estudio estructural o morfológico de los procesos patológicos y no solamente descriptivos (Alfici, 2001).

En 1910 se abre el camino a las investigaciones sobre la transmisión viral del cáncer (López y De la Cruz, 1994). En esta etapa se empezaron a describir las diferentes variedades neoplásicas de manera específica y a relacionarlas con modalidades terapéuticas, tales como los rayos X y la radiación.

Hacia 1975 Harold Varmes y Michael Bishop, de la Universidad de California, explicaron que la célula maligna o neoplásica se originaba por acumulación de alteraciones en los genes, en un periodo largo de tiempo, donde la célula fracasaba en su capacidad de recuperación (Alfici, 2001).

En los últimos años, los científicos tratan de encontrar anticarcinógenos protectores contra las neoplasias y de entender el comportamiento del gen susceptible al cáncer, es decir, por qué algunos padecen la enfermedad y otros no, aun cuando se esta expuesto a los mismos riesgos (López y De la Cruz, 1994). Al respecto Ostrosky en el 2003 (citado en Zamano, 2005) del Instituto de Investigaciones Biomédicas de la UNAM, comento que el cáncer es una enfermedad heredada de un cinco a un diez por ciento.

El estudio del cáncer ha seguido un largo proceso, el cual, aun continúa evolucionando, ya que existen dudas que dejan abiertas líneas de investigación acerca de esta temida enfermedad.

1.4 Definición de cáncer.

El cáncer es una enfermedad distinta a las demás, porque el equilibrio del organismo se destruye. Vander (1973) dice que es "Como si la vida atentase contra si misma, destruyéndose".

Es un padecimiento mundial, que ataca a los seres humanos sin importar la raza, edad, género, cultura y nivel socioeconómico. Deteriora la vida del enfermo, familiares y amigos.

El Instituto Nacional del Cáncer (2005) lo define como un grupo de muchas enfermedades relacionadas que empiezan en las células.

El doctor Héctor Rodríguez (citado en Pérez, 2003) dice que este término se aplica a todas las neoplasias malignas y que se presenta en todo el reino animal incluyendo el hombre. El cáncer se puede desarrollar desde antes del nacimiento y a lo largo de la vida. Es menos frecuente en niños y más frecuente en adultos maduros (mayores de 55 años).

Rosch (citado en Cooper 1986) hace referencia a la definición inglesa de 1601: "cáncer es una hinchazón o llaga procedente de la sangre melancólica, alrededor de la cual las venas aparecen de un color negro u oscuro, extendiéndose como las garras de un cangrejo".

Bevan (1980), Panno (2005) y el Instituto Nacional de Cáncer (2007) dicen es una afectación en la que ciertas células del organismo se multiplican sin control aparente, destruyendo tejidos y órganos sanos.

Harrison (citado en Zamano 2005) indica que la palabra cáncer es un término utilizado para caracterizar el crecimiento anormal de las células capaces de invadir tejidos normales o diseminarse a otros tejidos, proceso llamado metástasis. El grado de malignidad se basa en la propensión de estas células a invadir y diseminarse a distancia.

Oswaldg (2004) lo describe como crecimiento y propagación descontrolados de células anormales en el cuerpo. Las células son unidades vitales básicas. Todos los organismos están compuestos por una o más células y, en general, se dividen para producir más células sólo cuando el cuerpo lo necesita. En algunas ocasiones las células continúan dividiéndose y así crean más células incluso cuando no son necesarias. Cuando esto sucede, se forma

una masa de tejido. Esta masa de tejido extra se denomina tumor. Los tumores se encuentran en todos tipos de tejidos y pueden ser benignos o malignos

Griffiths (citado en Zamano 2005) se refiere al cáncer como una masa de tejido anormal, estas células, no cumplen las funciones de las células normales y al proliferarse rebasan los límites del tejido normal. Este proceso según Pepper (1997) comprende de las siguientes etapas:

- I.** Transformación de una célula normal en maligna.
- II.** Constitución de una pequeña población de células cancerosas.
- III.** Vascularización.
- IV.** Inicio de un crecimiento rápido.
- V.** Posible diseminación y manifestación en síntomas y signos.

Santos (1986) y Cortinas (1991) comentan que bajo la denominación de Cáncer se engloban, en realidad, distintas enfermedades que varían en sus manifestaciones clínicas y en su respuesta a las medidas terapéuticas, pero que comparten mecanismos desencadenantes comunes carcinomas (generados de los epitelios o capas celulares que recubren la superficie de nuestro cuerpo), leucemias y linfomas (producidos a partir de la sangre que residen en la medula ósea y en los tejidos linfáticos) y sarcomas (originados en las estructuras de soporte como el tejido fibroso y en los vasos sanguíneos). Una afección se considera cancerosa cuando: la reproducción celular rápida y aparentemente casual. La ciencia médica no ha podido explicar todavía que agente o mecanismo inicia esa compleja cadena de acontecimientos (Levenson 1984).

Cooper (1986) argumenta, para que el cáncer se pueda desarrollar se deben haber dos cambios esenciales: Primeramente, las células normales deben de transformarse en células malignas, como resultado de código genético, mutación espontánea o exposición a un carcinógeno. En segundo

lugar, debe ocurrir un fallo de las defensas del huésped contra esta proliferación celular. Además, las células malignas pueden escaparse de la masa tumoral, y viajar a través de los vasos sanguíneos o el sistema linfático, alojándose finalmente en un sitio distante, provocando la aparición de tumores secundarios (Cooper, 1986).

Torroella (1998) lo define como un trastorno en los mecanismos que controlan la proliferación y la diferenciación en las células eucariontes superiores. Un rasgo fundamental de todos los seres vivos es la existencia de un tiempo de vida finito en cada organismo, propiedad ésta que se extiende también a las células eucariontes superiores de cada individuo, cuyos procesos de crecimiento y división están sutilmente controlados.

Pepper (1997) expone las categorías de las neoplasias malignas desde el punto de vista genético y ambiental:

- ☉ Neoplasia maligna de origen predominantemente ambiental, donde la constitución genética del individuo tiene aparentemente poca influencia. Ejemplo: cáncer pulmonar en fumadores
- ☉ Neoplasias malignas en las que una alteración genética previa hace más susceptibles a los individuos afectados a la acción de carcinógenos presentes en el medio ambiente.
- ☉ Neoplasias malignas que demuestran agregación familiar, cuyo componente genético no está determinado. Ejemplo: cáncer de mama y de colon.
- ☉ Neoplasias malignas denominadas “hereditarias”, en las que existe un modo de herencia mendeliana simple. En este caso se heredan genes alterados que son responsables de la transformación maligna originando el desarrollo temprano del cáncer.

Además como escribe Tubiana (1989) hay tres diferencias importantes entre una célula normal y una cancerosa:

1. Inmortalidad, es decir, la capacidad indefinida de proliferación.
2. Autonomización de la división celular; una célula sana se multiplica cuando tiene una orden expresa. Una célula cancerosa pierde su capacidad de relación.
3. Invasión-Emigración. Las células sanas mantienen relaciones con las células contiguas que influyen en su evolución y no puede prescindir de ellas. Las células cancerosas pueden invadir los tejidos contiguos y llegar hasta los tejidos con características diferentes: así se forman colonias en otros tejidos (metástasis).

La historia natural de la enfermedad, se divide en una etapa prepatogénica, donde se lleva a cabo prevención primaria, para evitar la aparición de la enfermedad, por medio del fomento de la salud, (evitando la exposición de cualquier parte del cuerpo, indigestión, alteración en los hábitos de detección y micción, cambios aparentes en lunares o verrugas y tos persistente). López y González (citado en Zamano 2005) añaden a las señales de advertencia antes citadas, algunos signos generales: dolor, febrícula y adelgazamiento. Sin embargo, hacen notar que la aparición de estos signos no es sinónimo de un diagnóstico de certeza, sino que solamente son sospecha clínica de la enfermedad.

La *oncología*, palabra derivada de raíces griegas *onkos*, tumor y *logos*, ciencia o tratado, se ocupa de estudiar el origen de la célula maligna, su biología, los factores que se relacionan con ella; así como la historia natural de la enfermedad (Aresca, 2004).

1.5 El proceso del cáncer.

El cáncer empieza en las *células*, las cuales son las unidades básicas que forman los *tejidos*. Los tejidos forman los *órganos* del cuerpo. Normalmente, las células crecen y se dividen para formar nuevas células a medida que el cuerpo las necesita. Cuando las células envejecen, mueren, y células nuevas las reemplazan. Algunas veces este proceso ordenado se

descontrola. Células nuevas se siguen formando cuando el cuerpo no las necesita, y las células viejas no mueren cuando deberían morir. Estas células que no son necesarias forman una masa de tejido, que es lo que se llama *tumor*.

Los tumores pueden ser *benignos* o *malignos*:

❖ Los **tumores benignos** no son cancerosos.

- ◆ Rara vez ponen la vida en peligro.
- ◆ Se pueden operar y comúnmente no vuelven a crecer.
- ◆ Las células de estos tumores no invaden tejidos de alrededor.
- ◆ No tienen metástasis.

❖ Los **tumores malignos** son cancerosos.

- ◆ Generalmente son más graves que los tumores benignos. Pueden poner la vida en peligro.
- ◆ Logran extirparse, pero algunas veces vuelven a crecer.
- ◆ Las células pueden invadir, dañar tejidos y órganos cercanos.
- ◆ Tienen metástasis a otras partes del cuerpo. Las células cancerosas se diseminan al desprenderse del tumor original (primario) y entrar en el torrente sanguíneo o en el *sistema linfático*. Las células pueden invadir otros órganos y formar tumores nuevos que dañan estos órganos.

1.6 Tipos de cáncer.

Bevan (1980) y Santos (1986) contemplan unos 100 tipos diferentes de cáncer que pueden afectar al ser humano, siendo las formas más comunes los de mama, cervix, piel, próstata y ciertos órganos del aparato digestivo, como el estomago, hígado y colón.

Los cánceres se agrupan en dos clasificaciones científicas principales: el **carcinoma**, o cáncer del tejido epitelial que forma la piel y recubre los órganos internos, y el **sarcoma** o cáncer del tejido conjuntivo, tal como el cartílago y el hueso.

Argilés (1998) destaca los tipos de cáncer que tienen mayor número de incidencias entre ellos se encuentran los siguientes:

1. Cáncer de piel.

Existen tres tipos básicos de cáncer de piel. El más agresivo es el llamado *melanoma maligno*, tumor muy invasivo. Su entrada al nivel del sistema linfático y circulatorio es muy rápida, además, su respuesta a la quimioterapia es muy pequeña. El *carcinoma* de células basales es un tipo de tumor que, aunque invasivo, nunca metastatiza. El *epitelioma* de las células escamosas crece rápidamente, y alcanza relativamente pronto los nódulos linfáticos regionales, puede aparecer en cualquier zona, relacionándose con la irritación crónica, como en el caso de la boca o la lengua de los fumadores de pipa o los intérpretes de instrumentos de viento.

2. Cáncer de senos nasales garganta y faringe.

Se hayan relacionados con el consumo de tabaco o la exposición a vapores industriales. Aunque metastatizan con rareza, son localmente invasivos, causando fuertes molestias.

3. Cáncer de laringe.

Sus Principales síntomas residen en una fuerte ronquera, este tipo de tumor se relaciona con la utilización continua y estresante de la voz; como el caso de actores, cantantes e incluso profesores.

4. Cáncer de esófago.

Este tipo de cáncer es poco frecuente en los países occidentales, siendo más habitual en Irán, Asia Central y el norte de china, donde parece relacionarse con la frecuente ingestión de bebidas muy calientes (té y otras infusiones).

5. Cáncer de pulmón.

Su etiología se halla relacionada con el consumo del tabaco y la exposición a ciertos vapores o partículas industriales. Sus manifestaciones clínicas suelen ser tardías, cuando el tumor se ha extendido a nivel óseo o cerebral, causando fuertes dolores de cabeza.

6. Cáncer gástrico.

Este tumor invade rápidamente los nódulos linfáticos regionales y posteriormente llega al hígado, donde establece nódulos metastáticos. El cáncer gástrico o de estómago se manifiesta por una pérdida brusca de apetito, anemia, vómitos y fuerte reducción de la masa corporal. Japón es el país con más alta incidencia de este tipo de cáncer, lo que podría deberse al gran consumo de alimentos ahumados. También se relaciona la bacteria *Helicobacter pylori* (causante de úlceras gástricas) con ciertos tipos de cáncer de estómago.

7. Cáncer intestinal.

Los tumores que atacan al duodeno y el resto del intestino delgado son muy raros, se relacionan con la rápida velocidad con que los alimentos circulan por esta parte del intestino delgado. El cáncer de intestino grueso (colón y recto) muestra una predisposición genética más elevada. Se manifiesta por una moderada a grave incapacidad para la defecación, lo que puede acompañarse de heces sanguinolentas y diarrea.

8. Cáncer de páncreas.

Es sin duda uno de los cánceres más agresivos y difíciles de diagnosticar antes de que la situación se haya vuelto irreversible. Su crecimiento es relativamente lento, pero invade los nódulos linfáticos y el hígado, donde metastatiza. El paciente afectado suele presentar falta de apetito, molestia abdominal y pérdida de peso. Por la ubicación suele oprimir el conducto biliar

9. Cáncer de hígado.

Frecuentemente en países africanos y asiáticos, parece muy relacionado con la presencia de un agente carcinogénico denominado aflatoxina en la dieta (especialmente la aflatoxina B₁, considerada como uno de los carcinógenos más potentes que se conocen). Este compuesto es producido por el crecimiento de un hongo, *Aspergillus flavus*, que puede contaminar los cereales y frutos secos.

10. Cáncer de riñón.

La más común de las patologías tumorales que afectan al riñón es el denominado hipernefroma, tumor de crecimiento moderado y que no suele conferir ningún tipo de sintomatología al paciente afectado hasta que su tamaño es considerable.

11. Cáncer de vejiga urinaria.

Suele ser de crecimiento muy lento y se presenta en formas diversas con variables grados de malignidad. Suele manifestarse por hematuria, además de dolor local y aumento de la frecuencia y deseo de orinar.

12. Cáncer de próstata.

Más probable en hombres adultos. La sintomatología es muy clara: obstrucción y aumento de la frecuencia urinaria. Existen innumerables tipos de tumores de próstata, la mayoría benignos y fáciles de extirpar. Aquellos que metastatizan lo hacen a nivel óseo.

13. Cáncer testicular.

El cáncer testicular aparece en individuos jóvenes, su aparición es más frecuente en el testículo hundido. Si produce metástasis lo hace a nivel pulmonar.

14. Cáncer de ovario.

Se presenta bajo variadas formas, que van desde benignas hasta las más malignas. De crecimiento relativamente rápido, dejan notar sus efectos sobre todo en el nivel abdominal, provocando fuertes distensiones acompañadas de dolor en la vejiga y la zona pélvica. Su crecimiento y expansión provoca la acumulación de líquido ascítico abdominal.

15. Cáncer de cérvix o de cuello uterino.

El cáncer cervical se presenta principalmente en mujeres de mediana edad. Empieza por lo general, en forma de una pequeña ulcera hemorrágica en la boca del útero. El tumor crece en el interior de la vagina y en los tejidos, vecinos, y se extiende vía linfática.

16. Cáncer de mama.

En las mujeres suele aparecer tras la menopausia, aunque puede haber casos de mujeres afectadas de cualquier edad. El tumor es de crecimiento relativamente lento, y se manifiesta por la aparición de un bulto no doloroso presente en una de las mamas. Si el tumor no se ha metastatizado a nivel óseo o pulmonar (se extiende primero a los nódulos linfáticos axilares), la simple extirpación del mismo confiere muy buenas perspectivas de remisión total.

Hasta el momento se ha descrito lo que es el cáncer y mencionado que existen distintas variedades de esta enfermedad, veamos ahora que lo provoca.

1.7 Etiología del cáncer.

No existe un factor etiológico único para el cáncer en general o para un determinado tipo de neoplasia en particular. Se habla de factores predeterminados que aumentan la probabilidad de que un individuo sea afectado por un determinado tipo de cáncer. Estos factores se relacionan con el medio ambiente o con características propias del individuo (Pepper 1997).

Por lo tanto, en la etiología del cáncer intervienen factores endógenos o propios del individuo y exógenos o derivados del medio ambiente, los que llevan, a través de un proceso gradual, a múltiples alteraciones genéticas sucesivas que otorgan independencia proliferativa y fenotipo a un grupo de células.

Si bien no se ha determinado aun la etiología del cáncer, es cierto que se han identificado ciertos factores o agentes causales como desencadenantes del padecimiento; varios autores entre estos, Cruz (1999), Bertino (citado en Zamano 2005) y Lopetegui (2007) enumeran los factores genéticos, ambientales, físicos, químicos, así como virus y hormonas:

✦ *Factores genéticos:*

Existen factores propios del huésped que influyen en la información del cáncer. Para algunos tipos de neoplasias se sabe que existe un patrón hereditario bien definido. Se conoce también que sólo una pequeña proporción de neoplasias se heredan por la transmisión de un solo gen y cuando la enfermedad no es heredada como tal, es decir, cuando no se manifiesta, los genes heredados se identifican como preneoplásicos o precancerosa.

Además se ha observado que la mayor parte de los casos de cáncer son el resultado de daños al material hereditario (DNA) de las células, los investigadores han descubierto ciertos genes peculiares que inician la formación del cáncer llamados oncogenes. Estos genes representan las versiones mutantes, ocasionando que las células se descontrolen y se desarrollen en tumores.

Los errores genéticos no deben de ser confundidos con la herencia ya que ocurren dentro de los cuerpos celulares y no son transmitidos a los niños.

✦ *Factores ambientales:*

En el ambiente existen agentes carcinógenos, que son capaces de provocar la enfermedad, por lo cual es importante la evaluación del entorno

donde se vive y se trabaja, para determinar los posibles factores de riesgo. Entre los factores ambientales se encuentran el asbesto y el humo, los cuales son capaces de provocar cáncer de pulmón, el hollín de chimenea provoca cáncer de escroto, estos por citar algunos.

Sin embargo pocas veces se relaciona la enfermedad con la exposición a una cierta sustancia; ya que existe un periodo bastante grande entre la exposición al agente causal y el desarrollo de la enfermedad.

♣ *Factores físicos:*

Las radiaciones de cualquier tipo como las ionizantes y las ultravioletas están asociadas al desarrollo de las neoplasias porque alteran la estructura de las células.

Existen datos que corroboran esto, por ejemplo se sabe que los sobrevivientes a la explosión atómica de Hiroshima y Nagasaki han desarrollado en gran porcentaje leucemia granulocítica aguda (caracterizada por la proliferación de los glóbulos blancos). La radiación solar es otro factor de riesgo, para desarrollar cáncer de piel, siendo las más susceptibles las personas de raza blanca y la gente que trabaja a la intemperie.

♣ *Causas químicas:*

La primera vez que se documentaron las sustancias carcinógenas fue en 1775, hoy en día se conocen alrededor de 14000 químicos que pueden ser considerados como carcinógenos.

Algunos ejemplos son: el tabaco y el alcohol que provocan la aparición de cáncer de pulmón, boca y esófago, por otro lado el asbesto es responsable de desencadenar cáncer en la boca. Se debe hacer notar que algunos factores carcinógenos se encuentran en los alimentos, donde son utilizados para la conservación de los mismos.

♣ **Virus:**

Se conoce que algunos tipos de virus pueden ocasionar neoplasias en casi todos los mamíferos, en los peces y en las ranas. Los virus RNA formados por ácido ribonucleico monocatenario [esta molécula dirige dos procesos: la *síntesis de proteínas* (producción de las proteínas que forman la cápsula del virus) y *replicación* (proceso mediante el cual el ARN forma una copia de sí mismo)], producen leucemia y sarcomas, estos virus contienen una enzima que es la necesaria para transformar las células normales en malignas. Recientemente se ha detectado actividad de esta enzima en células blasticas de pacientes con leucemia aguda, lo cual constituye una probable demostración viral en algunos casos en seres humanos.

El Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos Americanos (2007) expone algunos de los virus más comunes que pueden provocar el cáncer.

- ***Virus del papiloma humano (VPH)***: La infección por VPH es la causa principal de cáncer cervical, es decir, cáncer de cuello uterino. También puede ser un factor de riesgo para otros tipos de cáncer.
- ***Virus de hepatitis B y hepatitis C***: El cáncer de hígado puede aparecer después de varios años de infección con hepatitis B o hepatitis C.
- ***Virus de la leucemia de células T humanas tipo 1 (HTLV-1)***: poner definición La infección con el virus de la leucemia de células T humanas tipo 1 aumenta el riesgo de padecer linfoma y leucemia.
- ***Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)***: El VIH es el virus que causa el *SIDA*. Las personas que tienen la infección de VIH tienen mayor riesgo de padecer cáncer, como linfoma y un cáncer raro llamado sarcoma de Kaposi {es un tumor maligno del endotelio linfático (el endotelio recubre el interior de todos los vasos sanguíneos)}.

- **Virus de Epstein-Barr (VEB):** La infección del virus de Epstein-Barr (forma parte de la familia del virus que produce el herpes) ha sido asociada con un mayor riesgo de linfoma.
- **Herpesvirus humano 8 (HHV8):** Este virus es un factor de riesgo para el sarcoma de Kaposi.
- **Helicobacter pylori:** esta bacteria puede causar úlceras en el estómago. También puede causar cáncer de estómago y linfoma en el recubrimiento del estómago.

♣ *Hormonas:*

Se cree posible que el desequilibrio hormonal es responsable de ciertos tipos de cáncer entre los cuales se encuentran los tumores uterinos, los mamarios y los prostáticos. Las hormonas son capaces de desencadenar cáncer de manera directa, no obstante también pueden potenciar la acción de otros agentes carcinógenos.

CAPITULO 2. LA PERSONALIDAD.

El capítulo dos habla acerca del concepto de personalidad; antecedentes, definición e historia, está destinado para abrir el panorama de lo que ha sido la concepción de personalidad en el transcurso de la historia desde los griegos hasta la época actual.

El concepto de personalidad tiene su origen en la lengua griega, significando etimológicamente “mascara”. Los actores del teatro se ponían mascarar para representar los distintos papeles de la pieza teatral (personajes). La raíz griega *Per Sona*, significa “sonido a través de”; es decir, los actores hablaban a través de las mascarar que servían al actor para interpretar el rol asignado. El objetivo era intensificar las características de los personajes, exagerando sus rasgos para que el público no dudara en reconocer su forma de ser. Al usar la mascara el actor se transformaba en personaje, en este sentido, la mascara destacaba el carácter (Pueyo 1996).

Se establece en la psicología moderna en los años treinta tal y como se utiliza hoy; y en 1934 aparece por primera vez este término en el *Psychological Abstracts* (Buss, citado en Pervin, 2000).

Este hecho sugiere que la personalidad se presenta como algo exterior, una imagen mostrada a los demás y que esconde nuestra verdadera naturaleza. En el origen del concepto de personalidad observamos algunos detalles que marcaran para siempre la definición: apariencia, imagen externa, ocultación, engaño. La mascara de la personalidad dice Roca (2002) ha de realizar muchas funciones, pero sobre todo dos: cubrir nuestra intimidad, (ocultando lo que no deseamos mostrar) y un disfraz que debe protegernos. Con el tiempo, la idea original de persona-personalidad como máscara evolucionó hasta enfatizarse.

La personalidad en la actualidad es un campo de estudio en la psicología cuyo objetivo, es explicar sistemáticamente las características en que un individuo se diferencia de otros. Al paso del tiempo, se ha definido de

varias formas, lo que ha permitido que cada investigador estudie los fenómenos que considera particularmente importantes (Pervin, 1996).

2.1 Taxonomía Tipológica.

Las diversas tipologías han elaborado sistemas de clasificación de las personas de acuerdo con los tipos. El tipo es la forma característica de constitución o estructura mental de un hombre que lo distingue particularmente de otros individuos (Pueyo, 1996).

En la antigua Grecia, Hipócrates menciona cuatro temperamentos basados en la "Teoría de los Humores", en la que afirmaba la existencia en el cuerpo humano de cuatro líquidos o humores (Pueyo, 1996).

TEMPERAMENTO	HUMOR	ELEMENTO	CARACTERISTICA
Melancólico	Bilis negra	Tierra	Es dado a la tristeza, con ideas lentas y pesimista
Colérico	Bilis amarilla	Fuego	Es dominante, violento y dado a excesos de ira
Flemático	Flema	Agua	Es frío y parece incapaz de emociones intensas, indiferente
Sanguíneo	Sangre o linfa	Aire	Es activo, alegre y optimista

Kretschmer también desarrollo su taxonomía tipológica explicando la estrecha relación que existe entre la estructura corporal y su psiquismo, agrupándolos en cuatro clases siguientes (Schultz, 2002):

PICNICO	Tiene piernas cortas y tronco en forma de barril, cuello ancho, hombros redondos, pies
----------------	--

(compacto)	pequeños y manos cortas. Son expansivos y sociales, prácticos y realistas.
ATLETICOS	Presentan un desarrollo bien proporcionado del tronco y las extremidades, con huesos y músculos bien desarrollados, manos y pies grandes.
ASTENICOS (sin fuerzas)	Son altos y delgados, de pecho estrecho, piernas, brazos, manos y pies largos. También se les llama leptosomáticos, que quiere decir de formas delgadas, estrechas. Son reservados y solitarios, con frecuencia idealista y se les suele aplicar el calificativo de raros o excéntricos.
DISPLASTICOS	Este grupo comprende a los que no entran en ninguna de las categorías anteriores y presentan anomalías en su desarrollo físico.

Por otro lado la teoría de Sheldon tiene como fundamento la existencia de tres componentes corporales, definiendo los tipos por el relativo predominio de estos componentes (Schultz, 2002):

ENDOMORFO	Caracterizado por el predominio del desarrollo visceral; gordura. Su estructura ósea y muscular esta poco desarrollada y es débil. Corresponde al tipo pícnico de Kretschmer.
MESOMORFO	Predominan las estructuras corporales: huesos, músculos y tejido conjuntivo lo que proporciona un aspecto físico fuerte y resistente; el tronco es largo y musculoso; el volumen del tórax es superior al del abdomen;

	la piel es gruesa.
ECTOMORFO	Tiene un organismo demacrado, de músculos pobres y huesos delicados, pecho aplastado, extremidades largas y delgadas. Correspondiente al asténico.

2.2 Definición de Personalidad.

Todos los humanos obedecen a las mismas leyes de conducta, pero cada individuo tiene un material conductual único que define su “personalidad” (Keller 1979).

Allport (1965) refiere que Cicerón consideraba el término “personalidad” en cuatro sentidos diferentes:

1. Conjunto de cualidades personales (ej. Altivo, altruista, generoso).
2. La forma en que un individuo aparece frente a los demás (ej. Altivo, comunicativo).
3. El papel que juega en su entorno inmediato (ej. Líder, dominante, sumiso).
4. Conjunto de cualidades que denotan dignidad y distinción en un individuo (ej. Juan es una personalidad en el mundo de las finanzas).

No hay un acuerdo que determine si la personalidad tiene una etiología predominantemente genética o ambiental, aunque ambos orígenes juegan un papel importante. Dana (1966) menciona dos premisas: al momento del nacimiento, se pueden encontrar los elementos necesarios para formar la personalidad. Y la maduración conducirá simplemente a un desarrollo de sus características; pero también se piensa que el individuo aprende a ser como es por medio de hechos concretos, de la interacción humana, la experiencia vital, y de su comportamiento según sus modalidades que fueron exitosas o

gratificantes en el pasado, es decir, una persona en desarrollo puede cambiar de acuerdo con nuevas experiencias.

Crozier (1968) da la definición siguiente: “son factores internos más o menos estables en la conducta de una persona, coherente de un momento a otro y diferente de la conducta que otras personas manifestarían en situaciones comparables”.

La personalidad determina ese modo de ver el mundo y de vernos a nosotros mismos, pero, al mismo tiempo, la manera como nos percibimos es nuestra personalidad (Meneses, 1970).

Según Connell (1985), se podría definir como el conjunto de características que distinguen a una persona de otras cuando se encuentra en situaciones sociales.

Freeman (citado en Lawther 1987) la concibe como: la individualidad que emerge de la interacción entre un organismo psicobiológico y el mundo en el cual se desarrolla y vive. D’Angelo (1998) dice; “es una organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona, que determina su adaptación única al ambiente”.

Así mismo Sender (1991) explica que el patrón de conducta de un sujeto reúne rasgos de personalidad, actitudes, creencias, conducta manifiesta y una determinada activación psicofisiológica.

Velásquez (1998) la detalla cómo: pautas de pensamiento, percepción y comportamiento relativamente fijos y estables, profundamente enraizadas en cada sujeto. Es la estructura psíquica de cada individuo, la forma como se revela por su modo de pensar y expresarse, en sus actitudes, intereses y actos.

Así mismo algunos autores (Baron, 1996; Coon, 2005; Pervin, 1999; Wade, 2003) dicen, es un patrón de comportamiento, pensamiento y emoción

distintivo y relativamente estable que caracteriza a una persona a lo largo de la vida.

También se define como “una organización compleja de cogniciones, emociones y conductas que da orientaciones y pautas (coherencia) a la vida de una persona. Como el cuerpo, la personalidad está integrada tanto por estructuras como procesos; reflejando tanto la naturaleza (genes) como el aprendizaje (experiencia). Además engloba los efectos del pasado, incluyendo en gran medida los recuerdos, así como construcciones del presente y del futuro” (Pervin, 1996).

“Es el término con el que se suele designar lo que de único o singular, tiene un individuo, las características que lo distinguen de los demás. Además de los rasgos emocionales y conductuales relativamente estables y predecibles, que caracterizan a una persona”. Estos rasgos determinan la manera de relacionarse con los otros y de enfrentarse con el mundo (Pervin, 1996).

Es la organización única y dinámica de las características de una persona (físicas, psicológicas), que influyen en la conducta y las respuestas al ambiente social y físico (Liebert, 2000).

Shaffer (2000) afirma: es el patrón único de rasgos (cualquier aspecto distintivo y duradero) de un individuo que lo hace diferente a los demás. La personalidad viene a ser la suma total de patrones conductuales y potenciales del organismo, determinados por la herencia y el medio social; se origina y desarrolla a través de la interacción funcional de los cuatro sectores principales: cognoscitivo (inteligencia), conativo (carácter), afectivo (temperamento) y somático (constitución).

De la integración que se produce entre estos sistemas derivan el sentido personal del individuo, su personalidad, teniendo relevancia tres conceptos o dimensiones: *a) la visión del mundo*, consecuencia de la interacción entre los sistemas cognitivo y estilos, *b) los estilos de vida del individuo*, determinados

fundamentalmente por la interacción entre los sistemas afectivos y de valores, c) *la autoimagen o autoconcepto* que está determinada, en último término, por la interacción de los sistemas de estilos y valores (Millán, 2002).

La definición de personalidad de Millon y Davis, es una de las de más difundidas, la cual reúne ciertos aspectos: “La personalidad se concibe actualmente como un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconcientes, difíciles de cambiar y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizajes que en última instancia comprenden el patrón característico de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo” (Roca, 2002).

Según Filloux (1992) y Schultz (2002) es la configuración única que se forma a lo largo de la historia de un individuo, el conjunto de los sistemas responsables de su conducta.

Felman (2003) comenta que está compuesta por todas las características relativamente perdurables que diferencian a las personas; son aquellos comportamientos que hacen único a cada individuo. Cloninger (2003) la define como las causas internas que subyacen al comportamiento individual de la experiencia de la persona.

Myers (2005) añade que la personalidad es la forma característica de pensar, sentir y actuar de una persona.

Larsen y Buss (2005) dicen que es difícil establecer una definición para algo tan complejo como la personalidad humana. Pero la consideran, el conjunto de rasgos psicológicos y mecanismos dentro del individuo que son organizados y relativamente estables: estos influyen en sus interacciones, adaptaciones al ambiente intrapsíquico, físico y social.

Bara, Gould y Weinberg (citados en Montes, 2007) consideran la personalidad como un conjunto de características psicológicas que sumadas, comprenden el carácter único de cada individuo.

Domínguez (2007) apunta que el desarrollo de la personalidad es resultado de la interacción entre la combinación genética de un individuo y el ambiente en el que interactúa.

Algunas definiciones clásicas de la personalidad:

AUTOR.	DEFINICIÓN.
Allport.	Organización dinámica dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan sus adaptaciones únicas a su ambiente.
Catell.	Es lo que permite la predicción de lo que hará una persona en una situación determinada. Se relaciona con toda la conducta del individuo; tanto manifiesta como la que no sale de su piel.
Eysenck.	Organización más o menos duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona, que determina su adaptación única a su entorno.
Sullivan.	Es el patrón de conducta relativamente perdurable de situaciones interpersonales que caracterizan a la vida humana.

Fuente: Liebert R. (2000) Personalidad. Editorial Thomson. México.

Rappoport (citado en Domínguez 2007) menciona a otros autores que han proporcionado su definición:

- ◆ Samoff la define como rasgos y disposiciones relativamente perdurables del individuo que, a lo largo del tiempo, se han consolidado hasta construir un patrón que lo distingue de otros individuos.
- ◆ Baughman y Welsh llegan a la conclusión de que la personalidad es un concepto hipotético complejo; hipotético porque lo hemos construido a partir de las observaciones de la conducta; y es complejo, porque suponemos que

está compuesto de unidades menores (rasgos o necesidades; ello, yo y super yo).

- ✿ Byme menciona que la personalidad de un individuo es la combinación de todas las dimensiones relativamente perdurables de las diferencias individuales que sea posible medir en él.
- ✿ Para Gordon, la personalidad consiste en los contenidos y consecuencias específicos de la conducta y en los procesos que son responsables de estos contenidos y consecuencias.
- ✿ McClelland considera a la personalidad como una interpretación teórica que se deriva de toda la conducta de una persona.

En la psicología existen varios enfoques teóricos como el psicoanalítico, cognoscitivo, humanista, cada uno ha dado la definición de personalidad. Considerándola como el patrón organizado y distintivo del comportamiento que caracteriza la adaptación individual a determinado ambiente y dura toda la vida (Darley, 1990).

- ✿ Las primeras ideas sobre la personalidad intentaron explicar el comportamiento de una persona en función de rasgos innatos.
- ✿ Desde el modelo biológico la personalidad tiene una dotación genética y las características biológicas determinan la personalidad.
- ✿ El modelo psicoanalítico de la personalidad supone que los individuos son motivados por las pulsiones e instintos sobre los cuales se tiene poco control, estas motivaciones se encuentran sobre todo en el inconsciente. Además los psicoanalistas determinan que la personalidad esta formada por tres instancias o sistemas, *ello, yo y superyo*. El comportamiento de una persona es producto de la interacción y con frecuencia de los conflictos entre estas tres estructuras.

- Para los teóricos humanistas-existencialistas la personalidad se concentra en un todo, esto es en oposición de los comportamientos independientes que constituyen la personalidad.
- Los teóricos del aprendizaje la definen como un conjunto de patrones que se aprenden para dar respuestas a estímulos específicos, según como estas respuestas hayan sido reforzadas.
- El modelo cognoscitivo la considera el resultado de la organización cognoscitiva única que la persona tiene del mundo, esto es, las acciones de una persona influye en su perspectiva.

González (citado en Contreras, 2009) la percibe como la organización jerárquica de sistemas, subsistemas y rasgos que clarean, transforman e integran la información. Millan (2002) dice: la personalidad total esta integrada por seis sistemas; sensorial, motor, cognitivo, afectivo, estilos y valores, cada uno consta a su vez, de subsistemas multidimensionales a múltiples niveles. Los constructos de orden superior ejercerán una influencia mayor sobre la conducta y un papel más integrativo que los de orden inferior de menos a más: sensorial, motor, cognitivo, afectivo, estilos y valores.

2.3 Componentes de la personalidad.

Las personas van adquiriendo un repertorio de rasgos y conductas, profundamente grabados y difíciles de modificar.

La herencia y el medio ambiente interactúan para formar la personalidad de cada sujeto. Desde los primeros años, los niños difieren ampliamente unos de otros, tanto por su herencia genética como por variables ambientales dependientes de las condiciones de vida intrauterina y el nacimiento. Entre las características de la personalidad que aparecen determinadas por la herencia genética, al menos parcialmente, están la inteligencia y el temperamento, así como la predisposición a sufrir algunos tipos de trastornos mentales (West, Rosario y Rojas, 2003).

Pervin (1996) describe otros factores que influyen en la personalidad:

- ✿ *Constitución*: Conjunto de aspectos exteriores e interiores de base genético-hereditario, origen de la reacción funcional.
- ✿ *Temperamento*: Esta compuesto por reacciones involuntarias e indeterminadas. Es la fuerza psicológica del organismo, la cual se expresa a través de este, su génesis esta formada por una constitución orgánica congénita, que se refleja en el tipo somático o corpóreo, morfológico y fisiológico, el sistema endocrino las llamadas glándulas de secreción interna, la sangre, más exactamente el plasma sanguíneo que nutre al sistema nervioso y la estructura del sistema nervioso y del sistema neurovegetativo. Todas ellas interactúan durante el desarrollo intrauterino (embrionario, fetal) y en la primera infancia compuesta por tres factores:

- a) congénitos.
- b) hereditarios.
- c) exógenos a partir del nacimiento como:
cultura, clima y alimentación.

Todo esto compone el temperamento y a partir de los dos años ya no se puede modificar, solo se matiza por medio de la interacción con los padres. El **temperamento** es una de las bases de la personalidad y es lo que rige la vida del sujeto durante los dos primeros años.

- ✿ *Carácter*: Se distingue del temperamento porque no es algo orgánico sino que se forma de la interacción *sujeto-medio*, se relaciona también con las desiciones voluntarias que realiza el sujeto, están condicionadas por el temperamento, el ambiente y otros factores externos. Es un conjunto de reacciones constantes de cada individuo ante condiciones ambientales en que vive. **Para que se forme el carácter** se necesita de funciones psíquicas como **atención, memoria, lógica y voluntad** que es el componente principal del carácter. Al evaluar la personalidad se toman en cuenta las reacciones que el sujeto tenga en forma voluntaria, las cuales dependen del carácter.

- ✿ *Actitudes*: Formas de motivación social que predispone la acción de un individuo hacia determinados objetivos o metas. La actitud designa la orientación de las disposiciones más profundas del ser humano ante un objeto determinado. Existen actitudes personales relacionadas únicamente con el individuo y actitudes sociales que inciden sobre un grupo de personas. Las actitudes engloban un conjunto de creencias, todas ellas relacionadas entre si y organizadas en torno a un objeto o situación. Las formas que cada persona tiene de reaccionar ante cualquier situación son muy numerosas, pero son las formas comunes y uniformes las que revelan una actitud determinada.
- ✿ *Aptitudes*: Rasgos generales y propios de cada individuo que facilitan el aprendizaje de tareas específicas y distingue de los demás. Las aptitudes aparecen en las distintas etapas de maduración individual, aunque no comienzan a precisarse hasta los 10 años de edad aproximadamente.
- ✿ *Rasgos*: Una tendencia a comportarse de una manera particular, como la expresada en la conducta de una persona a lo largo de una serie de situaciones. Características constantes del comportamiento del individuo en una gran variedad de situaciones.
- ✿ *Cognición*: acto o proceso de conocimiento que engloba los procesos de atención, percepción, memoria, razonamiento, imaginación, toma de decisiones, pensamiento y lenguaje. (Pervin, 1996).

Las distintas teorías psicológicas recalcan determinados aspectos concretos de la personalidad y divergen unas de otras sobre cómo se organiza, se desarrolla y manifiesta en el comportamiento.

Una de las teorías más influyentes es el psicoanálisis, creado por Sigmund Freud, quien sostenía que los procesos del inconsciente dirigen gran parte del comportamiento de las personas. Una suposición esencial de la teoría freudiana es que los conflictos inconscientes involucran deseos y pulsiones (instintos), originadas en las primeras etapas del desarrollo (Hall, 1990). Para

comprender la conducta humana, Freud describe un primer esquema del aparato psíquico, el cual se compone de:

- * Consciente: Esta formado por todo aquello de lo que nos percatamos en un momento dado. Es una delgada corteza de la mente total, “la punta del iceberg”. Lo que se ve en la superficie es el consciente, el inconsciente es la mayor parte que esta oculta bajo la superficie.
- * Inconsciente: Consta de dos partes: el preconscious y el inconsciente propiamente dicho.
- * Preconscious: Integrado por los procesos psíquicos de los cuales el sujeto no se percata en un momento determinado, pero que los puede traer a la conciencia con mayor o menor dificultad según el tipo de contenido.
- * Inconsciente propiamente dicho: Se caracteriza por procesos dinámicos que no llegan a la conciencia a pesar de su fuerza e intensidad, ni la voluntad, ni la memoria logran hacerlos conscientes. Hay dos tipos de contenido, un Estrato Profundo que tiene que ver con todo aquello que nunca ha sido consciente (lo biológico, fuerzas pulsionales de origen ancestral) y el otro contenido por todo lo reprimido desde el comienzo de nuestro desarrollo (Hall, 1990).

Es conveniente pensar que la personalidad tiene partes o divisiones en el aparato psíquico (ello, yo y superyó) que llevan a cabo funciones específicas e interactúan entre si, estas entidades intervienen en la personalidad de cada individuo (Hall, 1990).

Otra corriente importante es la conductista, representada por psicólogos como Skinner, quien hace hincapié en el aprendizaje por condicionamiento, que considera el comportamiento humano principalmente determinado por sus consecuencias. Si un comportamiento determinado provoca algo positivo (se refuerza), se repetirá en el futuro; por el contrario, si sus consecuencias son negativas (hay castigo) la probabilidad de repetirse será menor. El enfoque conductista le llevó a formular una teoría psicológica en términos de estímulo-respuesta-consecuencia. Según esta teoría, todas las formas complejas de

comportamiento (las emociones, los hábitos, e incluso el pensamiento y el lenguaje) se analizan como cadenas de respuestas simples musculares o glandulares que pueden ser observadas y medidas. Watson sostenía que las reacciones emocionales eran aprendidas del mismo modo que otras cualesquiera.

2.4 Personalidad Tipo A.

Mainieri (1991) dice que los sujetos denominados **A**, corresponden a perfiles psicológicos donde existe una respuesta excesiva. Predomina la hiperactividad, irritabilidad, son ambiciosos, agresivos, hostiles, impulsivos, impacientes crónicos, tensos y competitivos, ya sea con su medio ambiente, con ellos mismos o con sus relaciones interpersonales. Poseen mayor predisposición a padecer patologías cardiovasculares. A su vez éstos tienen con frecuencia elevado el colesterol (Lipoproteína de baja densidad LDL) y/o disminuido el colesterol (lipoproteínas de alta densidad HDL) y acumulan asimismo otros factores de riesgo como obesidad, nicotinismo e hipertensión.

Es competitivo, se preocupa si se atrasa en su trabajo, se irrita cuando debe esperar, es ambicioso en exceso y hace lo posible por adquirir cosas consideradas como símbolos de éxito en nuestra cultura, por ejemplo un buen auto o una linda casa. Hay incapacidad de delegar responsabilidades, racionalizar emociones, busca constantemente el éxito profesional o social y se angustia en tiempos de ocio.

El patrón de conducta tipo A, se caracteriza por un profundo sentido de impaciencia o urgencia en el tiempo, que lo obliga a involucrarse en más actividades de las que puede abarcar y a un alto grado de empeño en la ejecución, siendo perfeccionista e intolerante, lo cuál a menudo lo lleva a la hostilidad. Intenta controlar el ambiente, el cuál es percibido como hostil y amenazante.

Cada objetivo no conseguido, por insignificante e inmediato que sea, es vivido como un fuerte fracaso personal, cuestionando al sujeto en su totalidad. Este *fracaso* es seguido por uno de los siguientes caminos (Mainieri, 1991):

a) El sujeto consigue mantener de manera precaria el ideal que tiene de si mismo, culpando a otras personas o situaciones, su discurso se carga de aclaraciones, justificaciones, su actividad motora se redobla en un vano y ciego intento de compensar el desacierto.

b) El ideal del sujeto no puede ser mantenido y colapsa, formando parte de los factores desencadenantes del infarto.

Este tipo de sujetos son incapaces de pedir ayuda, no oyen consejos e intenta todo el tiempo realizar las cosas solos. Frente al ofrecimiento de ayuda por parte de otros pueden reaccionar rechazando esa ayuda o si la acepta luego no reconoce a quien se la brindó. Intentan tener todo el mérito sin querer compartirlo con nadie. Pareciera ser que la ayuda empaña el logro personal, no deja absolutamente claro quien consiguió el objetivo.

Cinco parecen ser estos rasgos conductuales (Murillo, 1977):

I. Hostilidad flotante.- Friedman y Rosenman entienden por hostilidad flotante lo que al parecer es agresividad que no decae en violencia física enérgica. Aparentemente se trata de un estado generalizado de irritabilidad fácil de despertar (con bajo umbral) por los estímulos apropiados. Es una agresividad más verbal que motora, más “amenazadora” que real, más expresada en gestos y manerismos (particularmente faciales) que “motorizada” por la musculatura esquelética.

Además de esta clase externa de hostilidad es posible que el Tipo “A” presente otra, no menos conductual, aunque inobservable directamente desde el exterior.

Esta segunda clase de agresividad es fantasiosa, mental, encubierta; son especies de “historias” cuyos temas primordialmente hostiles, se “cuenta” el

sujeto a sí mismo, son hilvanadas sucesiones de imágenes con un tema en un contexto. Estas fantasías terminan por lo general con el fantaseador infligiendo algún castigo verbal o físico a alguna otra persona o a las representantes de alguna institución.

II. Competitividad.- Es una demostración socialmente deseable de la personalidad, un rasgo de conducta exigida incluso en algunas ocupaciones y actitudes. Se define como un “drive” o impulso para lograr algo. Pero no gozar el período previo a la consecución, sino por la momentánea satisfacción de su culminación. El tipo “A” compite de varias maneras: contra reloj, contra las demás o contra sí mismo. En sus casos más extremos la competitividad se demuestra como un buscar y aceptar retos en el medio para poner a prueba las propias capacidades. A veces contra las de otros o contra las propias ejercitadas previamente.

Su competitividad sólo tiene un fin: ganar, superar, derrotar a sus “contrincantes”.

Como es obvio, no siempre “gana”, y en tales casos sufre frustraciones que pueden traducirse en reacciones hostiles “civilizadas”: amenazas, insultos, venganzas no físicas, etc.

La competitividad esta íntimamente relacionada a la hostilidad (frustración producida por la derrota en una competencia debe conducir a respuestas agresivas); con la numerización (el sujeto puede acostumbrarse a acumular “éxitos”) y con la preferencia por el producto, dado que la constante lucha competitiva se ejerce en función de un resultado que, apenas conseguido, empuja de nuevo a otra situación competitiva para lograr un nuevo resultado, y así sucesivamente. Cada resultado “victorioso” o favorable reasegura, y los desfavorables despiertan el “fantasma” de la inseguridad al que sólo aplacan nuevos “éxitos” o conquistas.

III. El sentido de urgencia, o prisa.- Es otro componente perfectamente observable en la conducta; no sólo en el esfuerzo por hacer las cosas más

rápidamente (caminar, hablar, comer, etc., a gran velocidad) sino por llenar la misma cantidad de tiempo con, más y más actividades. El tipo “A” “no tiene tiempo”, “no le queda tiempo para más”. Todo su tiempo, o la mayor parte de él, lo emplea en *obtener* y muy poco o ninguno en *ser*.

Son personas que no tienen tiempo para perfeccionar las cosas y cambian sus intereses por las circunstancias externas, además de que muchas de ellas las dejan a medias por la falta de tiempo.

La interacción urgencia de tiempo, competitividad, hostilidad, parece ser tan clara que requiere poca acotación. Una persona acostumbrada hacer las cosas muy rápido, no tardará en desesperarse *contra* quienes las hacen más despacio, y al mismo tiempo, puede tender a considerar cada problema nuevo como un *reto* a su “agilidad mental” o su “velocidad de manos”.

IV. Numerización.- Supone una escala de valores paralela a la del “éxito” social (al menos en esferas no artísticas) donde la cantidad supera y es más importante que, la calidad.

En el tipo “A” la cantidad de sus logros, éxitos, adquisiciones, etc., prepondera sobre la calidad de los mismos, tanto dinero ganado, tantas mujeres (u hombres) “conquistados”, tantos puestos ascendidos, tantos libros publicados, hacen olvidar el sano y legítimo goce que puede obtenerse en las actividades. No solo a si mismo, también a los demás juzga el tipo “A” por el número de sus logros. De esta manera “elige” o “sitúa” a sus “inferiores”, “iguales” o “superiores”. Mientras que con los que han logrado menos que él puede mostrarse (y a menudo lo hace) generoso, desinteresado y hasta “dadivoso” (con lo cual los atrae y gana seguidores para su personalidad) una vez que han roto la barrera de miedo de que se rodea (el tipo “A”, muchas veces, no impone respeto sino provoca miedo), con sus “iguales” sólo busca competencia.

Aunque no necesariamente, ni siempre el tipo "A" hace alarde de sus logros numéricos. El alarde puede ser "presuntuoso" y "obvio" o "sencillo" y "modesto". Como de ello depende en grandísima parte su seguridad, es comprensible, el tipo "A" deje salir a las demás su "posición ganadora". Esto le crea una aureola de "triunfador" y le ayuda en su labor "seductora".

V. Preferencia por el producto en detrimento del proceso.- Es una característica que no por casualidad Whilhem Reich atribuyó a la personalidad fascista...

Si lo importante es hacer más en menos tiempo, y este hacer es cuidadosamente computado y sirve de marco para estimar y estimarse, es apenas lógico que lo cualitativo, la atención al proceso, el aprendizaje de vida pase a un segundo término.

2.5 Personalidad Tipo B.

El Patrón de Conducta Tipo B se considera como "neuro. Sus características son:

- a) relajación.
- b) amistad.
- c) positividad.
- d) tranquilidad.
- e) plenitud temporal.

Los sujetos con Patrón de Conducta Tipo B son en general tranquilos, confiados, relajados, abiertos a las emociones, incluidas las hostiles. El estado emocional es agradable por reducción de la activación o por activación placentera (Mainieri, 1991).

Son sujetos de naturaleza poco combativa, proclives a instalarse en situaciones de subordinación y a aceptar ésta de forma tranquila, suelen tender a gordos y de aspecto bonachón (García, 1999).

Además SERVENTUR (2008) da otros rasgos de las personas Tipo B:

- Expresan sus emociones constantemente.
- No les preocupa la puntualidad.
- No se sienten apurados.
- Tienen un ritmo lento para la realización de las tareas.
- Realizan una cosa a la vez.
- Son pasivos.
- Se les considera relajados y tranquilos.
- Evitan las actividades de riesgo y los altos niveles de activación.
- Organizan su tiempo de acuerdo con sus posibilidades.
- Son poco competitivos.

Este tipo de persona sufre muy poco de estrés y es muy criticada en su trabajo debido a la lentitud, a pesar de que los resultados que alcanza en sus tareas son excelentes.

Capitulo 3. PERSONALIDAD TIPO C.

El capítulo tres se centra en lo que es la Personalidad Tipo C, sus antecedentes, definición, características, factores determinantes, pero sobre todo en la relación que existe de esta misma con las enfermedades oncológicas, abriendo el panorama a la investigación psicológica en el tema y a la posible contribución de la misma ciencia en la ayuda contra el cáncer.

3.1 Antecedentes de la personalidad Tipo C.

Desde los tiempos de Hipócrates se especuló sobre las características psíquicas de las personas en términos de temperamento y predisposición a las enfermedades. En la época de Galeno se consideró que las mujeres melancólicas eran más propensas a enfermar de cáncer de mama que las sanguíneas (Suárez 2002).

En los últimos tiempos se han realizado investigaciones con la finalidad de encontrar un patrón establecido de personalidad que pueda estar correlacionado con enfermarse de diferentes cánceres. Teniendo en cuenta que la personalidad es el patrón organizado y distintivo del comportamiento que caracteriza la adaptación individual a determinado ambiente y dura toda la vida tal y como lo señala Darley (1990).

Pero quizá habría que remontarse a los trabajos del grupo de Greer, Morris, Watson y Pettingale para acercarnos a una línea consistente de investigación sobre la personalidad tipo C, término que utilizan estos mismos autores en 1980 (Morris, 1980), aunque fueron Temoshock y Heller (1984) quienes lo popularizaron y le dotaron de contenido, si bien referido a enfermos con melanoma maligno.

Numerosos investigadores como Eysenck y Marrero, consideran que hay una relación entre el cáncer y ciertos patrones de conducta. En 1980, los investigadores Morris y Greer plantearon la existencia de un patrón de conducta al que llamaron Tipo C, pero ya a principios del siglo XVIII, Gendron

Allport había planteado que las mujeres ansiosas y deprimidas eran propensas al cáncer (Ibáñez, 1992).

Temoshock (citado en Nieves, 2004) conceptualizó el patrón de conducta de tipo C, descrito como cooperativo, con poca expresión de opiniones, supresión de emociones negativas, particularmente la ira, que acepta o se subordina a autoridades externas.

3.2 Definición Personalidad Tipo C.

La personalidad tipo C haría referencia a una constelación de dimensiones cognitivas, emocionales y conductuales (Temoshock y Heller, 1984).

El estilo de afrontamiento Tipo C lo plantea Nieves (2004) como el resultado de una predisposición genética de patrones de interacción familiar, de tal modo que la persona aprende a enfrentar las dificultades inevitables, estresantes y posibles acontecimientos traumáticos, suprimiendo la manifestación de sus necesidades y sentimientos. Así suprime las propias necesidades a favor de otras personas, trayendo como consecuencia la eliminación de manifestaciones emocionales negativas. El individuo da la impresión de ser cooperativo, asertivo, sosegado y sumiso. Este afrontamiento resulta efectivo para la homeostasis ambiental facilitando las interacciones sociales no conflictivas. Es decir, el sujeto presenta una fachada de amabilidad, comprensión y paciencia, rara vez incurre en discusiones o conflictos con los demás, suele tener suficientes recompensas sociales para mantener su propia autoestima, esto le permite un buen ajuste psicológico.

Sin embargo, se ha comprobado que un bloqueo duradero de la expresión de las propias necesidades y sentimientos tiene consecuencias biológicas y psicológicas negativas en el sujeto. Por ejemplo, lo que puede haber comenzado como una supresión consciente de síntomas físicos para no molestar a otras personas, puede terminar en una conducta habitual de ignorancia e incluso de no reconocimiento de síntomas biológicos como el dolor

o la fatiga; algo similar puede ocurrir con necesidades psicológicas como la soledad, tristeza y temor.

De este modo, es posible que el individuo Tipo C sufra desamparo y desesperanza de forma crónica, aunque no lo reconozca conscientemente. La persona cree inútil expresar las propias necesidades y sentimientos, por tanto, los oculta bajo una máscara de normalidad y autosuficiencia, a lo largo de su vida enfrenta los acontecimientos amenazantes con el mismo estilo habitual de afrontamiento, supresión de emociones, interactúa con los estresores ambientales para crearle más estrés, el cual combate con mecanismos Tipo C cada vez más fuertes. La persona, puede comenzar a sentirse deprimida, pero en estos casos, la depresión no va ligada a un acontecimiento determinado, sino que es la sobrecarga acumulada de necesidades y sentimientos sin expresar. Donde no ha existido un estilo de afrontamiento adecuado (Nieves, 2004).

La personalidad tipo C, tiene que ver con las situaciones de estrés vividas por los sujetos, pudiéndose tomar en consideración tres tipos de datos: un número superior de eventos estresantes vitales ocurridos (vinculados fundamentalmente a la pérdida de personas significativas), un escaso apoyo social con que se pudiera contar en éstas situaciones y, por último, unas determinadas estrategias de afrontamiento, en particular una estrategia represiva de afrontamiento que vendría caracterizada por la supresión de necesidades y sentimientos negativos (Sebastian, 2005).

Además Antón (2007) argumenta que los sujetos propensos al cáncer suelen enfrentarse al estrés con sentimientos de desesperanza, desamparo, depresión y represión de las reacciones emocionales. Tales personas informan no tener exabruptos de ira violentos, exhiben poca ansiedad y una fantasía vital pobre, comportándose de modo racional y falto de emoción.

Se caracteriza por una supresión de emociones ante situaciones estresantes. Cuando la persona se ve sobrecargada por el estrés acumulado,

se da cuenta de que no puede continuar, y tiende a reaccionar de tres modos diferentes:

- a) Comienza a cambiar y desarrolla un estilo más adecuado de afrontamiento de los acontecimientos estresantes.
- b) La fachada se derrumba y su desesperanza se hace manifiesta.
- c) Continúa utilizando el mismo patrón tipo C, lo cual le crea cada vez más tensión.

La personalidad tipo C, tiene que ver con las situaciones de estrés vividas por los sujetos, pudiéndose tomar en consideración tres tipos de datos: un número superior de eventos estresantes vitales ocurridos (vinculados fundamentalmente a la pérdida de personas significativas), un escaso apoyo social con que se pudiera contar en éstas situaciones y, por último, unas determinadas estrategias de afrontamiento, en particular una estrategia represiva de afrontamiento que vendría caracterizada por la supresión de necesidades y sentimientos negativos (Sebastian, 2005).

Tanto la depresión como el desamparo o desesperanza son capaces de reducir la función de las células NK (células capaces de destruir las células cancerígenas) y, de este modo, influir sobre la aparición, desarrollo y recurrencia del cáncer

Así mismo, este comportamiento puede inducir a una persona a la realización de conductas de riesgo para el cáncer, como el consumo de alcohol y tabaco.

La tendencia a la evitación emocional presenta las siguientes características:

1. Evitación de situaciones que producen emociones negativas.
2. Inexpresividad de emociones negativas a otras personas, con lo cual se intensifican estas emociones.

3. No afrontar los acontecimientos conflictivos.

Arbizu (2002) puntúa: los elementos que definen más al "Tipo C" son la inhibición y negación de las reacciones emocionales negativas como la ansiedad, agresividad e ira, la expresión acentuada de emociones y conductas consideradas positivas 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.

Algunos autores como Kune GA, Kune S, Watson LF, Bahnson CB retratan a esta personalidad como la "típica buena persona" que está deseando siempre complacer. Buscando la armonía en las relaciones interpersonales, así como evitar expresar actitudes o reacciones que puedan ofender a otros, incluso en perjuicio de sus propios derechos y necesidades, con el fin último de no propiciar un conflicto (Arbizu, 2002).

Marrero (2005) expone cuatro personalidades donde puede ser localizado el patrón de conducta Tipo C.

1- Personalidad tipo antisocial – Descrita como una conducta delictiva, con tendencia a causar daño a los demás y a la propiedad sin sentir remordimiento ni arrepentimiento.

2- Personalidad tipo histriónico – Con reacciones emocionales dramáticas (de ira o alegría) que no guardan proporción con la realidad. Podría decirse que es un tanto teatral.

3- Personalidad tipo narcisista – El sujeto que tenga esta personalidad tiende a darse demasiada importancia, es pretensioso, exagera sus méritos y menosprecia lo que hacen los demás. Son indiferentes, pero no soportan la indiferencia ni las críticas.

4- Fronterizo – Estos sujetos tienen relaciones personales inestables, cambios drásticos de actitud y ánimo, son considerados como impulsivos.

Estas a su vez pueden tener características relevantes que hacen la aparición del cáncer.

El tipo de personalidad *tipo C* parece ligado al desarrollo del cáncer. Este patrón está compuesto por varias características: dificultad para expresar emociones o incluso sentirlas, rasgos de personalidad sociable, simpatía, perfeccionismo, laboriosidad, convencionalismo y uso de estrategias de afrontamiento como desamparo y desesperanza. El tipo C se muestra cooperativo, pacífico, no asertivo, paciente, de acuerdo con las autoridades externas y sin expresar emociones internas, particularmente la ira. Otros investigadores han sugerido que la propensión al cáncer se desarrolla en personalidades que reprimen y niegan el estrés emocional, que rara vez se proyectan y se recobran muy lentamente de las depresiones secundarias a alguna pérdida (Friedman y Rosenmann citados en Antón 2007).

3.3 Características de la personalidad Tipo C.

Eysenck (citado en Vinaccia 2006) resume las diferentes características de los sujetos que presentan un estilo comportamental Tipo C como sumamente cooperativos, pasivos, evitadores de conflicto, supresores de emociones, como ira o ansiedad, que usan la represión como mecanismos de afrontamiento, rígidos y con mayor predisposición a experimentar desesperanza y depresión.

Mainieri (1991) dice: “el Patrón de Conducta Tipo C se presenta en sujetos introvertidos, obsesivos, que interiorizan su respuesta al estrés, pasivos, resignados y apacibles, extremadamente cooperadores, sumisos y conformistas, siempre controlando las expresiones de hostilidad y deseosos de aprobación social”.

Además este patrón está compuesto por varias características: dificultad para expresar emociones o incluso sentirlas, rasgos de personalidad sociable, simpatía, perfeccionismo, laboriosidad, convencionalismo y uso de estrategias de afrontamiento y desamparo (Antón, 2007).

La gente con personalidad Tipo C se convierte en un sujeto no agradable, ya que siempre esta ansioso de complacer y antepone las necesidades de lo otros ante las suyas (Barracholug, citado en Guerrero, 2001).

Los datos descriptivos que ofrecen Pelosi y Appleby (citados en Sebastian, 2005) sobre las personas que desarrollaron un cáncer parecen encajar bastante bien en el esquema general de una "personalidad propensa al cáncer": actitudes sociales marcadamente conformista, ajustados superficialmente, evitación de conflictos, poco asertivos, mostrando poca expresión emocional negativa (ira, hostilidad, ansiedad, etc.), esforzándose por satisfacer las expectativas de los demás, poca fantasía, predisposición a la experiencia de desamparo y desesperanza, etc.

Flórez (1994) sintetiza las características más sobresalientes de la personalidad Tipo C de la siguiente manera:

- Dificultad para expresar emociones o sentirlas.
- Baja autoestima.
- Convencionalismo.
- Desamparo y desesperanza.
- Perfeccionismo.
- Simpatía.
- Falta de asertividad.
- Laboriosidad.

Este tipo de personas comenta la asociación de SERVENTUR (2008): inhibe la expresión emocional constantemente, en especial el enojo (considerando que así no se hiere así mismo, ni a los demás), tienden a ser sumisos, son conformistas con lo que tienen y los resultados que logran, altamente dependientes, necesitan aprobación y consentimiento de los demás, viven frustrados e insatisfechos. Al inhibir sus emociones son personas más

propensas a sufrir de cáncer. Estas personas padecen un gran sufrimiento emocional y psicológico, debido a que no logran descargar la activación que generan en su cuerpo las emociones que viven en él día a día.

El Tipo C se muestra cooperativo, pacífico, poco asertivo, paciente, de acuerdo con las autoridades externas y sin expresar emociones internas, particularmente la ira.

Finalmente Bleiker (citado en Vinaccia, 2003), concluye que los sujetos que presentan este patrón de comportamiento se caracterizan por una marcada anti emocionalidad.

En cuanto a la relación entre un bajo afecto negativo y un alto afecto positivo o, lo que es lo mismo, la relación entre la baja expresión de emociones negativas (ira, agresividad, hostilidad, etc.) y la alta expresión de emociones positivas, (complacencia, solidaridad, comprensión, etc.), habría que mencionar que fue propuesto precisamente para señalar, por contraposición, la diferencia entre lo que podría ser la personalidad Tipo C frente a la personalidad Tipo A.

Patrones de conducta.

Tipo A

Extrema competitividad
Ambición
Agresividad
Búsqueda del éxito
Inquietud
Impaciencia
Devoción al trabajo
Sensación subjetiva de urgencia del tiempo
Habla apresurada
Gesticulaciones
Tendencia a la hostilidad

Tipo B

Relajado
Positivo

Amistoso

Tranquilo

Tipo C

Depresivo

Reprime la cólera

Autoinculpación

(Friedman y Rosenhan, citados en Antón 2007).

Pero además de todas estas características, también hay factores determinantes que influyen en el Tipo C.

3.4 Factores determinantes de la personalidad Tipo C.

1. Depresión. Los estudios realizados no permiten afirmar que la depresión juegue un papel importante, pero sí puede ser un factor adicional en el desarrollo y aparición del cáncer, las personas con depresión tienen un riesgo más alto de morir de cáncer años más tarde.

2. Desamparo y desesperanza. Esta característica ha sido relacionada con la aparición del cáncer de un modo más consistente. Se ha visto que puede ser un buen predictor del desarrollo de cáncer de mama y melanomas, así como de las recaídas de la misma enfermedad. Estas personas suelen reaccionar con desamparo e impotencia ante acontecimientos estresantes.

3. Falta de apoyo social. La pérdida de personas importantes es uno de los factores que puede contribuir al desarrollo del cáncer. Como la pérdida o ausencia de buenas relaciones o lazos afectivos fuertes (con los padres, hijos, esposo, amigos o familiares). Las personas con mayores recaídas en la enfermedad presentan un mayor número de pérdidas recientes que aquellos que no recaen. Existen indicios en distintas investigaciones de que la falta de apoyo social puede estar asociada a una baja actividad de los linfocitos NK, es decir, células capaces de destruir las células cancerígenas (así como las células infectadas por virus) cuando estas aparecen e impedir así el desarrollo de la enfermedad.

4. Incapacidad para expresar las emociones negativas. Las personas propensas al cáncer tienen una gran dificultad para expresar emociones de ira, agresividad y otras emociones negativas, mientras que expresan emociones positivas (amor, solidaridad, etc.) en exceso. Suelen ser amables, preocupados por agradar y se presentan imperturbables ante el mundo. Son personas que se describen a sí mismas “como con tendencia a guardarse la ira dentro”. Es decir, no es que no sientan estas emociones, pues las sienten en la misma medida que la mayoría de las personas, pero en vez de expresarlas de un modo asertivo y apropiado, tratan de ignorarlas y suprimirlas sin llegar a procesarlas correctamente ni a solucionar el problema.

Esta tendencia procede tanto de factores genéticos como de los patrones de interacción familiar, que llevan a una persona a aprender a reaccionar ante las dificultades, los acontecimientos estresantes o los traumas, suprimiendo la manifestación de sus necesidades y sentimientos. Así, suprimen sus propias necesidades en favor de otras personas, situándolas por encima de las propias. Eso conlleva la eliminación de emociones negativas (enfado, ira, desagrado, injusticia, frustración, etc.) Mostrándose sumiso, cooperativo y tranquilo.

En condiciones normales, cuando no existen acontecimientos especialmente estresantes, las buenas relaciones que logran tener con los demás, pueden compensar el malestar originado por la supresión de sus necesidades. Sin embargo, el bloqueo excesivo de la expresión de los sentimientos y necesidades tiene consecuencias negativas para la salud física y mental, sobre todo cuando los deseos o sentimientos que suprime son muy intensos (por ejemplo, en situaciones altamente injustas o estresantes).

Esto crea una gran tensión interna y estrés, que originan emociones negativas ante las cuales reacciona del mismo modo, suprimiéndolas y mostrando una fachada de normalidad o autosuficiencia a pesar de sentir un gran desamparo. Incluso, pueden llegar a ignorar síntomas físicos, así como sentimientos de soledad, tristeza, miedo, etc. De esta forma la persona comienza a sentirse deprimida, pero esta depresión no se debe a un

acontecimiento concreto, sino que se debe a la sobrecarga acumulada de necesidades y sentimientos sin expresar.

La evitación emocional también puede estar relacionada con una menor tendencia a detectar síntomas físicos, los cuales también desea ignorar. Esto retrasa la búsqueda de ayuda médica y, por tanto, produce un retraso en el diagnóstico y tratamiento del cáncer.

A niveles biológicos, la tendencia a la evitación emocional produce una disminución de la actividad del sistema simpático adreno-medular, lo cual parece ir asociado a un funcionamiento más pobre de las células NK, que contribuiría al inicio, progresión o desarrollo del cáncer.

El estilo de evitación emocional también puede estar enmascarando una depresión. La depresión, sobre todo cuando se caracteriza por la presencia de síntomas físicos, como enlentecimiento psicomotor y fatiga, puede ir asociada a una disminución de la actividad del sistema nervioso simpático, lo cual convertiría a estas personas en un grupo de alto riesgo.

También hay que tener en cuenta la intervención de otros elementos inmunológicos, como los linfocitos T (son los responsables de coordinar la respuesta inmune celular), el interferón (es una proteína producida como respuesta a agentes externos, tales como virus y células cancerígenas) y algunos pépticos además de la relación existente entre el sistema neuroendocrino y el inmunológico (la relación entre estrés y depresión del sistema inmunitario), lo cual complica las vías de investigación de la influencia de las variables psicológicas en la iniciación, evolución y recurrencia del cáncer.

Diversos investigadores han contribuido al estudio de la relación que se encuentra entre la personalidad Tipo C y el cáncer.

En la Universidad de Málaga (Anarte, 2000) se llevó a cabo una investigación para saber si el Tipo C es un patrón exclusivo de las personas que padecen cáncer o por el contrario es un estilo de conducta característico

de personas que padecen una enfermedad crónica. Se ocupó una muestra de 203 pacientes con enfermedades crónicas (103 pacientes diabéticos y 100 pacientes con cáncer) y 203 personas sanas. Ocupando el Autoinforme de personalidad Tipo C, Anarte y colaboradores descubrieron que el Tipo C no es exclusivo de las personas con cáncer pero si es más alto que en su muestra de diabéticos. Aunque no descartaron la sospecha de que las personas con enfermedades crónicas tienden a tener el Tipo C de personalidad.

Vinaccia (2006) realizó una investigación donde evaluó las dimensiones del patrón de conducta Tipo C y su relación con la cognición hacia la enfermedad. Teniendo como muestra a 58 pacientes colostomizados (diagnostico de cáncer colorrectal) de ambos sexos, utilizó la escala del cuestionario de conducta Tipo C y el cuestionario de cognición hacia la enfermedad. Los resultados indicaron que existe una clara relación entre las respuestas y la actitud que toman los pacientes ante su enfermedad.

Torres (2006) efectuó una investigación acerca de la relación que existe entre el patrón de conducta Tipo C y el cáncer de mama. Dividiendo a su muestra en tres grupos: mujeres con cáncer de mama, mujeres con cáncer de cervix y mujeres sanas. Para medirlo ocuparon el cuestionario de patrón de conducta Tipo C, los resultados obtenidos mostraron que los dos grupos de mujeres con cáncer (cervix y mama), mostraban el mismo patrón de Conducta Tipo C.

3.5 Relación de la personalidad con el cáncer.

El cáncer es una enfermedad crónica, también considerada como psicósomática (Vander, 1973; Tubiana, 1989; Cooper, 1986; Flórez, 1994), los que proponen que la evolución de dicha enfermedad queda determinada por factores emocionales. Y representa el estado anormal del ser físico que simboliza al mismo tiempo la tenue capacidad de conservar la vida y la frágil realidad de autocontrol (Asato 1990).

Los terapeutas que trabajan con este tipo de enfermos aportan descripciones según Stierlin (2003) acerca de la personalidad de los mismos, considerándolos como: personas que se exigen demasiado constantemente, represores de sentimientos, depresivos, evitan conflictos, aspiran a la armonía prefiriendo la resignación y evitan ser compulsivos.

Aparentemente la inhibición y la dificultad de compartir emociones son factores predictores de esta enfermedad y peor evolución de la misma.

En base a investigaciones Bammer y Newberry (1985) concluyeron que los aspectos psicológicos de pérdida sin resolver, incapacidad de expresar frustración, ira y relaciones afectivas tenues formaban una constelación altamente característica en los pacientes con cáncer.

Nemeth (citado en Flórez, 1994) menciona que los pacientes con cáncer, frecuentemente, son descritos como inhibidos, conformistas, excesivamente ajustados, depresivos y con una personalidad compulsiva. Flórez (1994) considera además que estos pacientes tienden a la represión y rechazo de los afectos, así como una tendencia bastante acusada hacia la ansiedad.

Además, Leshan (citado en Flórez 1994) expresa que el enfermo canceroso parece tener una gran vocación de servicio y dan todo a cambio de nada. "Es la típica persona dispuesta a servir al otro gratuitamente".

Riquez (citado en Flórez 1994) en sus trabajos ha encontrado a través de la observación algunos rasgos de la personalidad característica del futuro enfermo canceroso:

- ✿ Vocación de servicio exagerada.
- ✿ Gratuita habilidad para recabar toda la personalidad y toda la sensatez de la familia en un solo comando.
- ✿ Dignidad de aceptar el sufrimiento.
- ✿ Capacidad de ocultarlo.
- ✿ Necesidad de mantener siempre una atmósfera de cariño, alejada de sus posibilidades.

Greene (citado en Cooper 1986) de acuerdo con la asociación de rasgos particulares de la personalidad y el cáncer, ha observado que la incidencia aumentada de acontecimientos estresantes en la vida, incluyendo enfermedad o muerte de un miembro de la familia, precedía el comienzo del cáncer uterino, páncreas o pulmón.

Además, parece estar relacionada específicamente con la incapacidad de manejarse con los problemas producidos por la pérdida, acompañada de un sentimiento impregnado de desesperanza (Bammer, 1985).

Green y Shellenberger (citados en Arbizu, 2002) realizan un completo resumen sobre las características de personalidad en pacientes de cáncer.

**Posibles factores de personalidad
predisponentes al cáncer.**

Estilo Interpersonal.

- Esfuerzo para parecer bueno y ser bueno.
- Aceptar la autoridad.
- Docilidad y lealtad.

Temperamento.

- Depresión.
- Indefensión/desesperanza.
- Fatiga.

Estilo Emocional.

- Tranquilidad.
- Supresión de emociones negativas.

Estilo Cognitivo.

- Aceptación estoica.
- Racional, leal a la realidad.
- Pesimismo.

Factores Sociales.

- Soledad.
- Carencia de apoyo social.
- Carencia de intimidad.

La desesperanza y/o una incapacidad para expresar las emociones efectivamente, son característica de los enfermos que pueden tener cáncer y pueden ser precursores del cáncer. Ambos estados emocionales pueden ser interpretados como rendición o como reacción inefectiva a los estresantes vitales. Pueden ser vistos como reflejo de un estilo pobre para resolver los problemas (Cooper 1986). Al respecto, Luecken y Compas (citado en Zamano, 2005) comentan que existen eslabones entre trastorno emocional, sistema

inmune y sistema neuroendocrino medidos en pacientes con cáncer. Ellos evaluaron un modelo biopsicosocial en donde el estilo de afrontamiento y el ajuste psicológico se asociaron a alteraciones en los niveles de cortisol, la función inmune y los resultados médicos.

Respecto al papel que la personalidad puede jugar en el desarrollo del cáncer, se ha llegado a la reciente formulación de una determinada tipología para el paciente con cáncer, o **patrón de personalidad Tipo C** (Antón, 2007)

La investigación sistemática sobre una personalidad propensa al cáncer no sólo se ajusta a la inexpressión de emociones negativas, diferentes autores como Antón 2007, Green y Shellenberger (citados en Arbizu, 2002), Cooper 1986, entre otros han hecho observaciones durante los siglos XVII, XVIII y XIX; de los trabajos empíricos pioneros sobre el tema abarcando también la exploración de otros conceptos o constructos como son la depresión, la pérdida de una persona significativa, el desamparo/desesperanza y el deficiente apoyo social. Los resultados empíricos obtenidos en el campo apuntan hacia un perfil del sujeto tipo C (o en otras palabras, de la persona con mayor riesgo de incidencia y/o progresión más rápida del cáncer) como una persona cálida y cordial; caracterizada por la supresión de las emociones negativas y, en particular, de la ira; con apoyo social deficiente o escaso y que utiliza preferentemente el desamparo/desesperanza como modo de afrontamiento ante el estrés (Andréu 1998).

Capítulo 4. Metodología.

4.1 Planteamiento del problema.

La personalidad influye en nuestra forma de pensar, sentir, así como en la forma de actuar; está a lo largo de toda la vida y gracias a ella nos inclinamos hacia alguna de las direcciones que se ponen frente a nosotros. Autores como Morris y Greer (citados en Ibáñez 1992) establecieron un perfil de personalidad para las personas que padecen o pueden padecer cáncer, considerando que la personalidad puede favorecer a que esta enfermedad aparezca en determinadas personas cuyas características son las anteriormente mencionadas. Tomando en base esta afirmación de que las personas pueden ser portadoras de una personalidad Tipo C como han mencionado los autores, la presente investigación trata de ver la relación que existe entre la personalidad Tipo C y el cáncer.

4.2 Hipótesis de trabajo.

Hi= Si la personalidad Tipo C está relacionada con la aparición del cáncer, entonces se espera que las personas portadoras de esta enfermedad presenten dicha personalidad y los individuos que no tienen este problema no muestren esta personalidad.

Ho= Si la personalidad tipo C no está relacionada con la aparición del cáncer entonces se espera que tanto los portadores de la enfermedad como las personas que no la tienen, mantengan características similares.

Ha= Si el cáncer no tiene relación con la personalidad Tipo C, entonces esta personalidad solo es un patrón de conducta que se utiliza como medio de afrontamiento por algunas personas para protección.

4.3 Variables.

Variable Independiente: Personalidad Tipo C.

Variable Dependiente: Cáncer.

Se entiende como variable independiente a la personalidad definida como el patrón de comportamiento, pensamiento, emoción distintivo y relativamente estable que caracteriza a una persona a lo largo de la vida (Barón 1996, Coon 2005, Wade 2003). Por lo tanto, algunos autores como Kune GA, Kune S, Watson LF, Bahnson CB retratan a la Personalidad Tipo C como la "típica buena persona" que está deseando siempre complacer. Buscando la armonía en las relaciones interpersonales, así como evitar expresar actitudes o reacciones que puedan ofender a otros, incluso en perjuicio de sus propios derechos y necesidades, con el fin último de no propiciar un conflicto (Arbizu, 2002).

En este estudio se considerara al cáncer como variable independiente definido como una afección en la que ciertas células del organismo se multiplican sin control aparente, destruyendo tejidos y órganos sanos (Bevan 1980).

4.4 Diseño.

Comparativo descriptivo.

La función es recoger información de una muestra seccionada o dividida por características diferentes, sobre un mismo fenómeno, para comparar resultados.

4.5 Tipo de estudio.

Correlacional funcional, diferencial.

Correlacional funcional, puesto que se trata de encontrar relaciones entre las variables estratégicas de "personalidad y cáncer", las cuales están una en función de la otra.

Diferencial ya que se trata de encontrar diferencias entre los grupos del estudio.

El estudio es de tipo transversal en el campo, debido a que se evaluarán a los pacientes en un tiempo determinado, esto quiere decir que no se hará seguimiento de los participantes de dicho estudio y es un estudio de campo porque se aplicaron los instrumentos de medición, dentro del ambiente natural (hospital) de tratamiento de la enfermedad.

4.6 Escenario.

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Centro Médico Siglo XXI en el área de oncología, para el grupo experimental y al grupo control se le aplicó al aire libre (en la calle, comercios, plazas, etc.).

4.7 Muestreo.

Se realizó un muestreo no probabilístico, intencional por cuota, puesto que se buscaran pacientes con diagnóstico de cáncer ya realizado y personas que nunca hayan padecido o padezcan esa enfermedad. Así mismo el número de participantes que integran la muestra será un total de 120 personas.

4.8 Sujetos.

Participaron en el estudio un total de 120 personas, divididas en dos grupos, el grupo control y el grupo experimental, donde el grupo experimental incluyó una población de 60 pacientes (30 hombres y 30 mujeres) del Hospital Centro Médico Siglo XXI de 35 a 60 años con diagnóstico de algún tipo de cáncer, el grupo control constó de 60 personas (30 hombres y 30 mujeres) en un rango entre los 35 y 60 años de edad que no presentaron dicha enfermedad (y no reportaron antecedentes de la misma).

4.9 Instrumentos.

Cuestionario que evalúa el constructo de Patrón de Conducta Tipo C (Anexo 1) diseñado por Anarte (2000). Esta escala contiene cinco factores:

1. Control Emocional: con ítems alusivos al grado en que los individuos utilizan la razón y la lógica para evitar emociones socialmente consideradas como negativas.
2. Represión Emocional: con ítems cuyo contenido se refería a la inhibición de la expresión de emociones consideradas socialmente como negativas.
3. Racionalidad: con ítems que hacían referencia al uso de la razón y la lógica como modo general de enfrentarse al mundo.
4. Necesidad de Armonía: con ítems indicativos de la inclinación del individuo a velar por el equilibrio en sus reacciones interpersonales.
5. Comprensión: con ítems que se referían al grado en que las personas intentan ponerse en el lugar de los demás y entenderlos a pesar de sentir emociones negativas suscitadas por los mismos.

Está compuesta por 26 ítems que se agrupan en 5 factores de la siguiente forma: 5 ítems en Control emocional, 4 en Racionalidad, 5 en Represión emocional, 6 en Necesidad de armonía y 6 en Expresión Emocional.

Las respuestas a dichos ítems se califican con uno (1) o cero (0), donde *Sí* es uno (1) y *No* es cero (0); con excepción de los ítems que puntúan inverso y que pueden verse en el Anexo 2 (Amaya y Gordillo 2004).

PORCENTAJE DE ACUERDO AL PUNTAJE DE LA PRUEBA.							
puntos	%	puntos	%	puntos	%	puntos	%
1	3.84	8	30.76	15	57.69	22	84.61

2	7.69	9	34.61	16	61.53	23	88.46
3	11.53	10	38.46	17	65.38	24	92.30
4	15.38	11	42.30	18	69.23	25	96.15
5	19.23	12	46.15	19	73.07	26	100
6	23.07	13	50	20	76.92	Anarte y Gordillo (2004) dicen que conforme los resultados se acerquen a la media (13 aciertos) la personalidad Tipo C desaparece ya que sus respuestas pueden ser inferidas por los comportamientos sociales enseñados.	
7	26.92	14	53.84	21	80.76		

4.10 Procedimiento.

Se aplico la escala antes citada con los siguientes parámetros:

En todos los escenarios y al inicio de la aplicación se les explicó a los participantes, que el motivo de la prueba es para un estudio realizado en la Facultad de Psicología de la UNAM, aclarándole al voluntario que todos los datos serian manejados confidencialmente y sólo para fines estadísticos.

Una vez que se explicó el objetivo y obteniendo la autorización de cada persona se procedió a la aplicación de la prueba. Al terminar se les dio las gracias por su participación en dicho estudio.

4.11 Tratamiento estadístico.

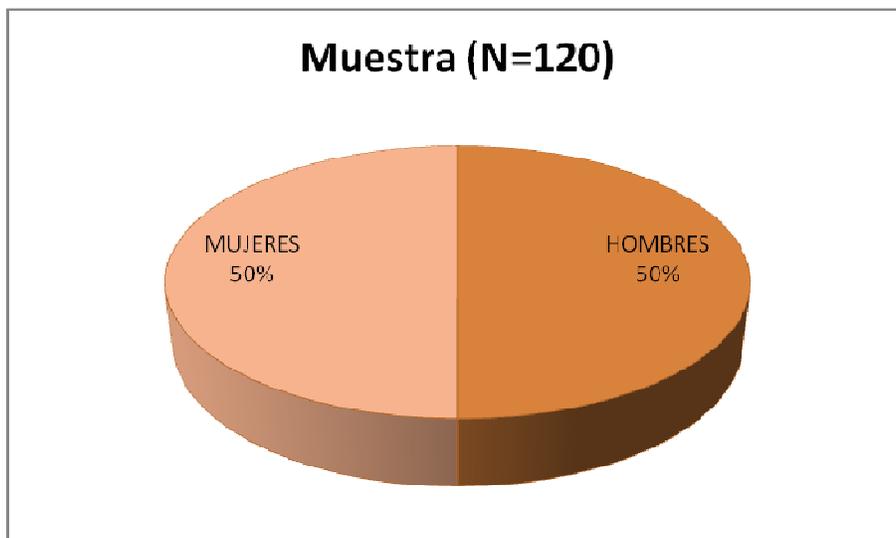
Este estudio se sometió a un análisis estadístico en la computadora, a través del paquete estadístico aplicado a las ciencias sociales, SPSS. Se efectuó un análisis de correlación de Pearson, para establecer la relación entre las variables que se estudiaron.

Capítulo 5. RESULTADOS.

5.1 Descripción de la muestra.

La muestra estuvo compuesta por 120 personas, divididas en dos grupos; 60 personas de 35 a 60 años con diagnóstico de cáncer y 60 personas con el mismo rango de edad que no padecen dicha enfermedad (Gráfica 1).

Gráfica 1 Porcentajes de los participantes de la muestra total.

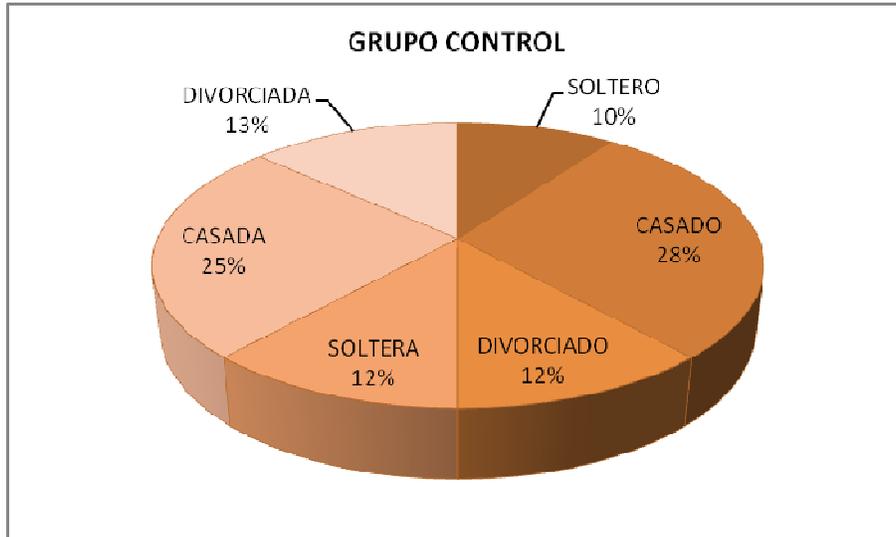


El rango de edad fue de los 35 a los 60 años distribuidos de la siguiente manera para cada grupo:

EDAD	Grupo Experimental			Grupo Control		
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
35-40	9	6	15	8	9	17
41-45	8	9	17	9	5	14
46-50	6	8	14	7	9	16
51-55	7	7	14	6	7	13

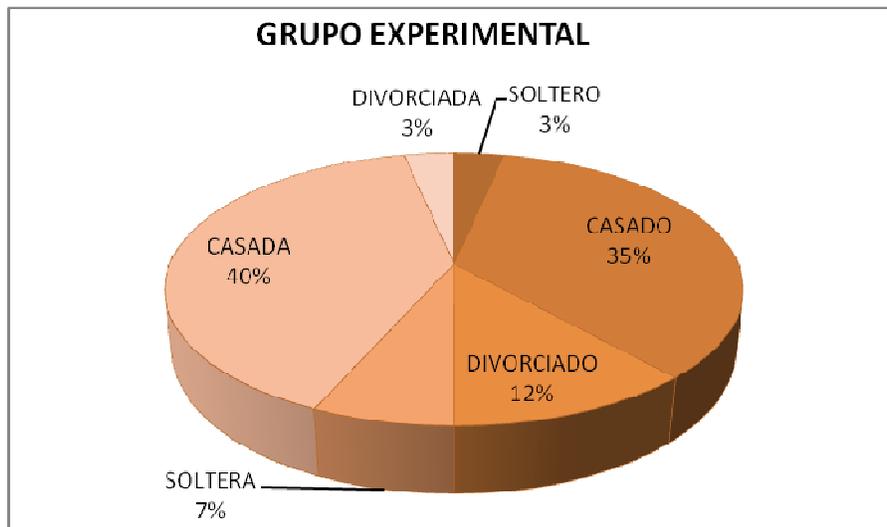
En cuanto al estado civil se refiere el grupo control (Grafica 2) estaba compuesto por 30 hombres (6 solteros, 17 casados, 7 divorciados) y 30 mujeres (7 solteras, 15 casadas, 8 divorciadas).

Grafica 2 Porcentajes del estado civil de los participantes.



Mientras que el grupo experimental (Grafica 3) constaba de 30 hombres (2 solteros, 21 casados, 7 divorciados) y 30 mujeres (4 solteras, 24 casadas, 2 divorciadas).

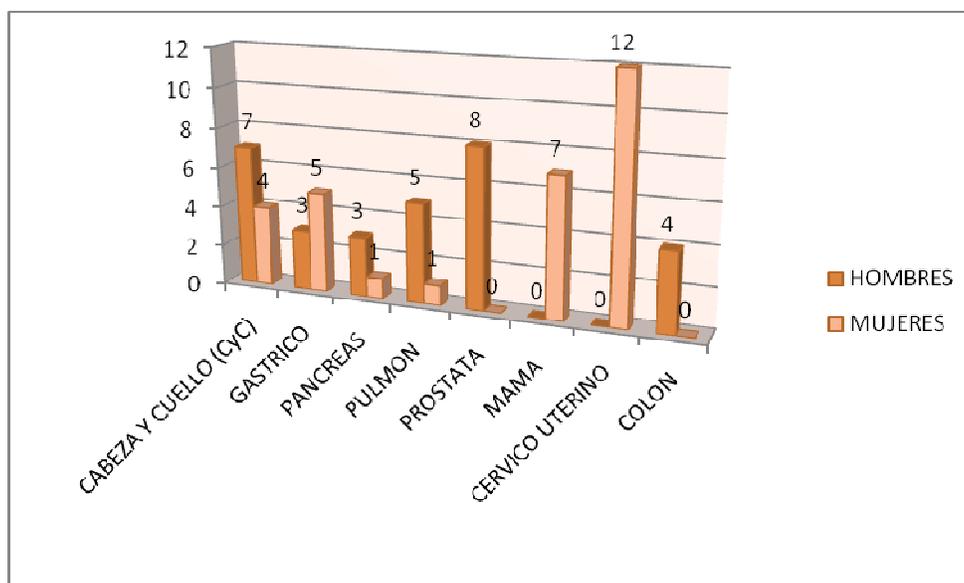
Grafica 3 Porcentajes del estado civil de los participantes.



La tabla de abajo muestra los tipos de cáncer con el que contaban los participantes del grupo experimental y el número de individuos en cada caso (hombres y mujeres), obteniendo una muestra de 60 personas.

TIPO DE CANCER	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
CABEZA Y CUELLO	7	4	11
GASTRICO	3	5	8
PANCREAS	3	1	4
PULMON	5	1	6
PROSTATA	8	0	8
MAMA	0	7	7
CERVICOUTERINO	0	12	12
COLON	4	0	4

Grafica 4. Número de personas por cada tipo de cáncer.



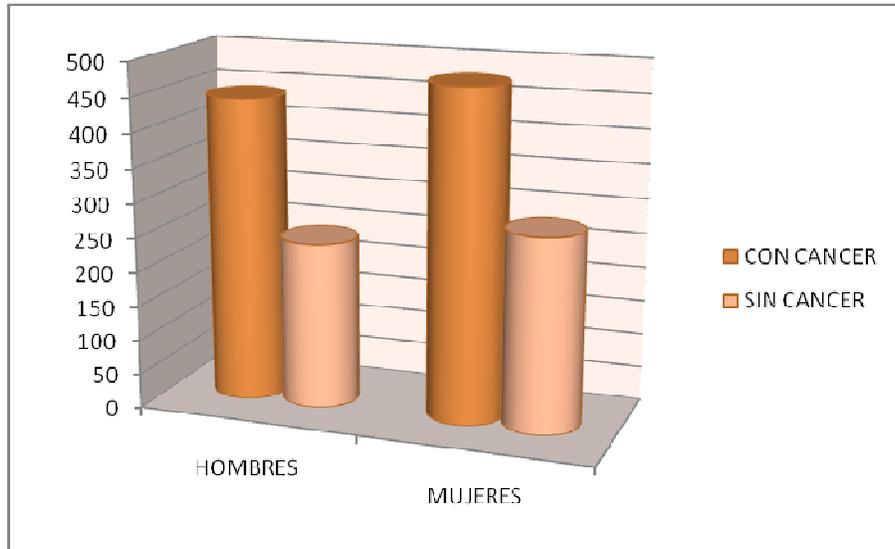
La siguiente tabla muestra el valor en bruto de los resultados obtenidos por cada uno de los participantes en la prueba, divididos en 2 grupos: control (personas que no tienen cáncer) y experimental (personas diagnosticadas con

dicha enfermedad). Teniendo una sumatoria por grupo de 523 y 920 respectivamente

GRUPO CONTROL				GRUPO EXPERIMENTAL			
HOMBRES		MUJERES		HOMBRES		MUJERES	
11	9	12	8	18	12	14	16
11	7	11	7	13	16	20	13
11	6	12	7	15	18	17	11
8	8	8	13	18	16	15	14
5	5	10	7	16	16	14	18
5	11	11	6	17	11	13	17
10	9	9	13	20	15	19	19
12	6	9	11	14	14	13	14
7	7	9	8	14	12	13	20
5	6	9	11	14	8	15	19
9	5	12	7	18	11	12	18
4	8	13	9	18	13	11	19
7	9	9	9	15	18	18	16
9	10	7	9	11	17	20	13
11	11	7	8	14	10	17	20
TOTAL=242		TOTAL=281		TOTAL=442		TOTAL=478	

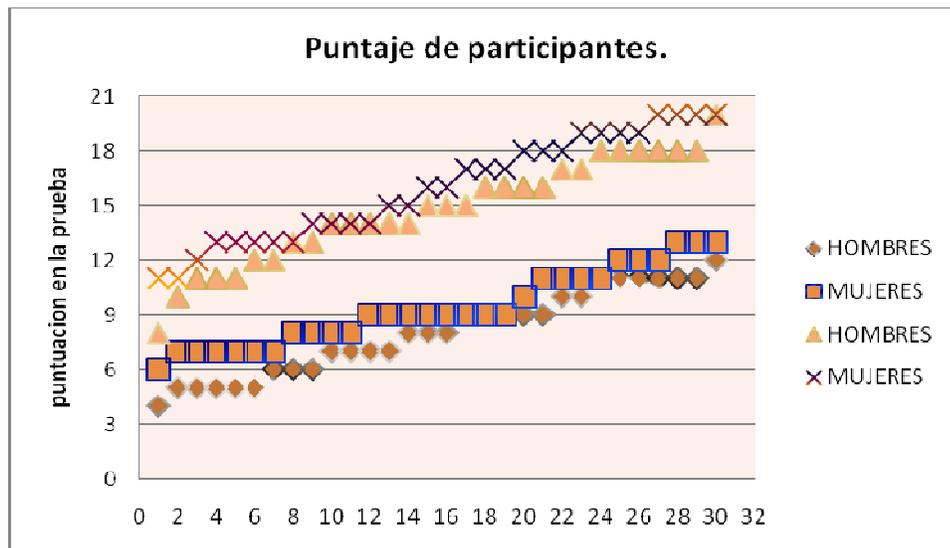
La grafica que se presenta a continuación muestra la sumatoria total de cada grupo, dando a notar que el grupo experimental tiene mayores puntajes.

Grafica 5. Comparación entre grupos.



La grafica que se presenta a continuación detalla el puntaje obtenido por cada sujeto, cabe señalar que el grupo experimental muestra mayores puntajes en la prueba, tanto hombres como mujeres y son estas últimas las que en ambos casos tienen mayores niveles que los hombres.

Grafica 6. Comparación de puntajes de la prueba en grupo control y experimental.



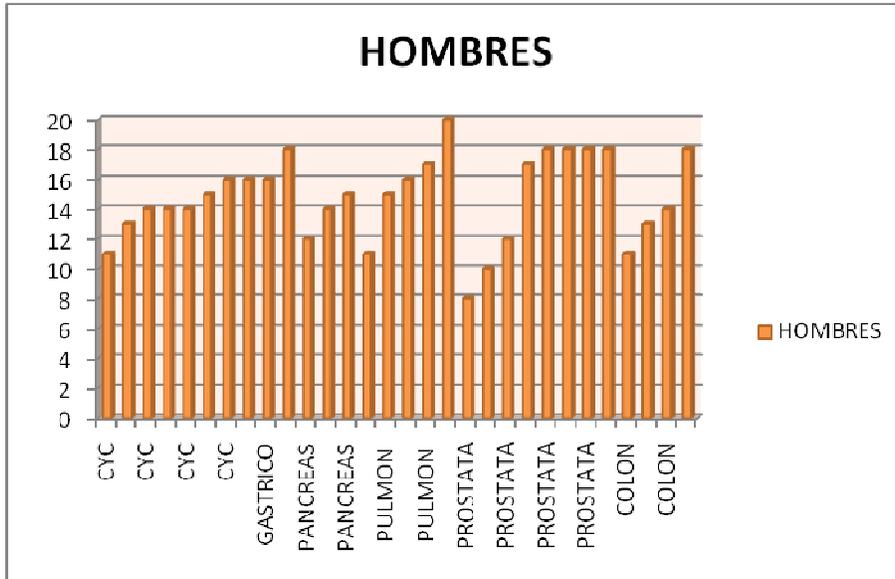
La tabla siguiente contiene el puntaje de cada participante y el tipo de cáncer que padece es importante mencionar que los pacientes que tienen cáncer cervicouterino, mama, próstata y gástrico o de estomago tienen puntajes más altos que el resto de los participantes.

TIPO	HOMBRES
CABEZA Y CUELLO	11
CABEZA Y CUELLO	13
CABEZA Y CUELLO	14
CABEZA Y CUELLO	14
CABEZA Y CUELLO	14
CABEZA Y CUELLO	15
CABEZA Y CUELLO	16
GASTRICO	16
GASTRICO	16
GASTRICO	18
PANCREAS	12
PANCREAS	14
PANCREAS	15
PULMON	11
PULMON	15
PULMON	16
PULMON	17
PULMON	20
PROSTATA	8
PROSTATA	10
PROSTATA	12
PROSTATA	17
PROSTATA	18
COLON	11
COLON	13
COLON	14
COLON	18

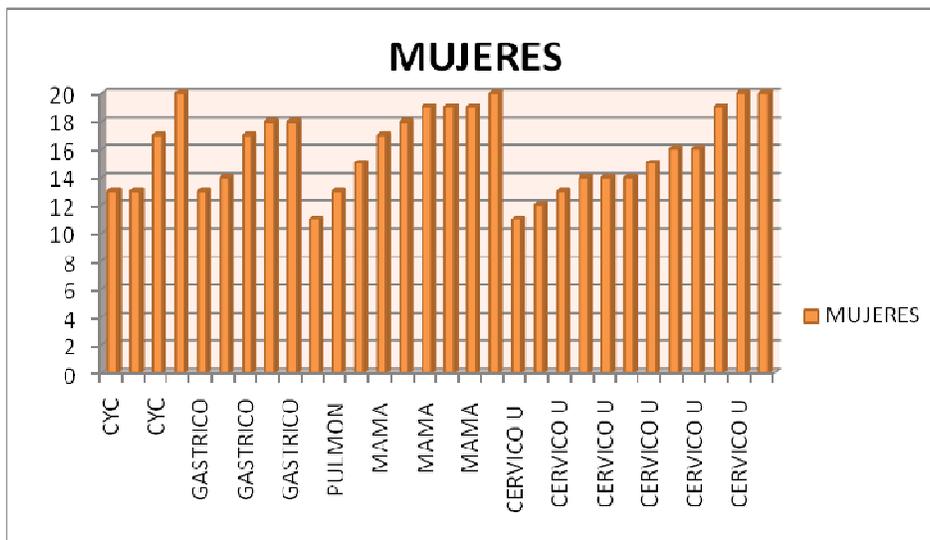
TIPO	MUJERES
CABEZA Y CUELLO	13
CABEZA Y CUELLO	13
CABEZA Y CUELLO	17
CABEZA Y CUELLO	20
GASTRICO	13
GASTRICO	14
GASTRICO	17
GASTRICO	18
GASTRICO	18
PANCREAS	11
PULMON	13
MAMA	15
MAMA	17
MAMA	18
MAMA	19
MAMA	20
CERVICOUTERINO	11
CERVICOUTERINO	12
CERVICOUTERINO	13
CERVICOUTERINO	14
CERVICOUTERINO	14
CERVICOUTERINO	14
CERVICOUTERINO	15
CERVICOUTERINO	16
CERVICOUTERINO	16
CERVICOUTERINO	19
CERVICOUTERINO	20
CERVICOUTERINO	20

Las graficas 7 y 8 muestran la puntuación de los hombres y las mujeres en la prueba de Personalidad Tipo C, se puede observar que las mujeres tienen mayores puntajes en la prueba, además de que los pacientes que tienen cáncer de próstata, mama, cervicouterino y gástrico también fluctúan en puntajes elevados.

Grafica 7. Puntuación de los hombres en la prueba de Personalidad Tipo C.



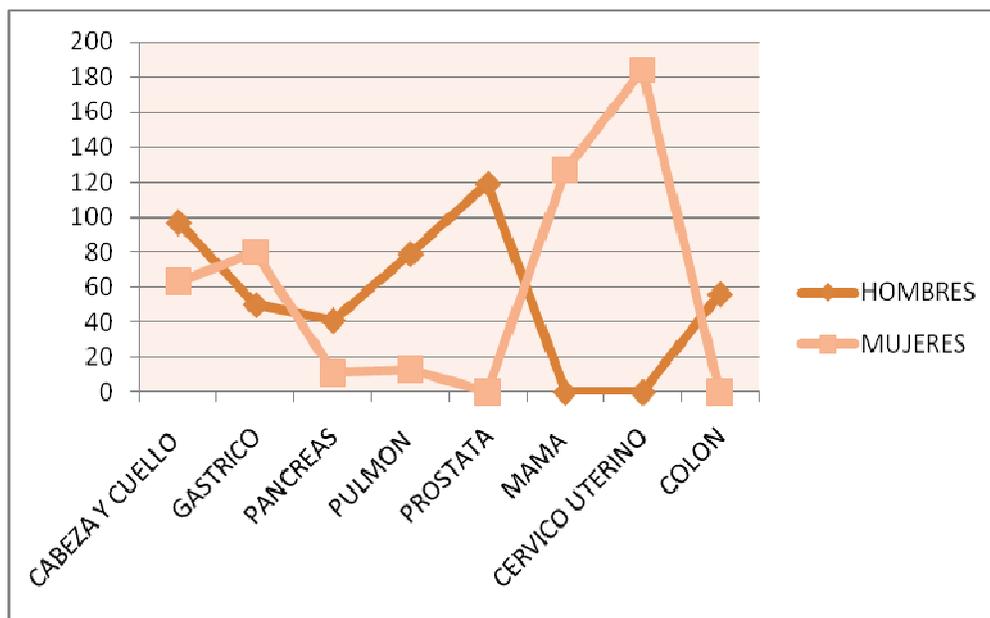
Grafica 8. Puntuación de los hombres en la prueba de Personalidad Tipo C.



Tanto en la tabla, como en la grafica siguiente se muestran la sumatoria tanto de hombres y mujeres en la prueba de Personalidad Tipo C como el total de la puntuación en cada caso, así mismo, la grafica ocho hace referencia a estos datos.

TIPO DE CANCER	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
CABEZA Y CUELLO	97	63	160
GASTRICO	50	80	130
PANCREAS	41	11	52
PULMON	79	13	92
PROSTATA	119	0	127
MAMA	0	127	119
CERVICOUTERINO	0	184	184
COLON	56	0	56

Grafica 8. Puntuación total de hombres y mujeres en la prueba de Personalidad Tipo C.



Con respecto a las respuestas obtenidas en la Prueba de Personalidad Tipo C, se obtuvieron los siguientes resultados, se muestra el número de sujetos que puntuó en cada pregunta y el porcentaje de las mismas, haciendo la división de grupo control y experimental, y a su vez hombres y mujeres:

Número de Pregunta	Grupo Control				Grupo Experimental			
	Hombres (N=30)		Mujeres (N=30)		Hombres (N=30)		Mujeres (N=30)	
	Número de respuestas	%						
1	25	83.25	20	66.6	14	46.62	10	33.3
2	0	0	0	0	16	53.28	15	50
3	8	26.69	9	30	26	86.58	30	100
4	0	0	1	3.33	28	93.24	30	100
5	7	23.31	9	30	30	100	30	100
6	5	16.66	6	20	15	50	18	60
7	20	66.6	25	83.25	10	33.3	10	33.3
8	14	46.62	12	40	18	60	20	66.6
9	25	83.25	30	100	0	0	0	0
10	13	43.29	11	36.63	14	46.62	17	56.61
11	20	66.6	25	83.25	4	13.33	6	20
12	20	66.6	25	83.25	8	26.64	8	26.64
13	0	0	1	3.33	22	73.26	25	83.25
14	14	46.62	16	53.28	20	66.6	22	73.26
15	4	13.33	7	23.31	17	56.61	20	56.61
16	2	6.66	5	16.66	30	100	30	100
17	3	10	6	20	18	60	18	60
18	0	0	0	0	15	50	17	56.61
19	0	0	0	0	28	93.24	28	93.24
20	21	70	25	83.25	30	100	30	100
21	0	0	0	0	8	26.64	12	40
22	3	10	5	16.65	12	40	11	36.63
23	0	0	0	0	8	26.64	12	40
24	13	43.29	15	50	29	96.57	29	96.57
25	14	46.62	15	50	20	66.6	29	96.57
26	11	36.63	13	43.29	2	6.66	1	3.33

Lo anterior demuestra que las personas con cáncer (grupo experimental) tienen mayores niveles en la prueba que el grupo control (personas sin cáncer).

Observando que las personas que no tienen personalidad Tipo C, tienen mayor expresión emocional al expresar la insatisfacción ante lo que les desagrada.

A continuación se presentan la agrupación de los resultados de las cinco escalas con la que cuenta la prueba: control emocional, racionalidad, represión emocional, necesidad de armonía y comprensión.

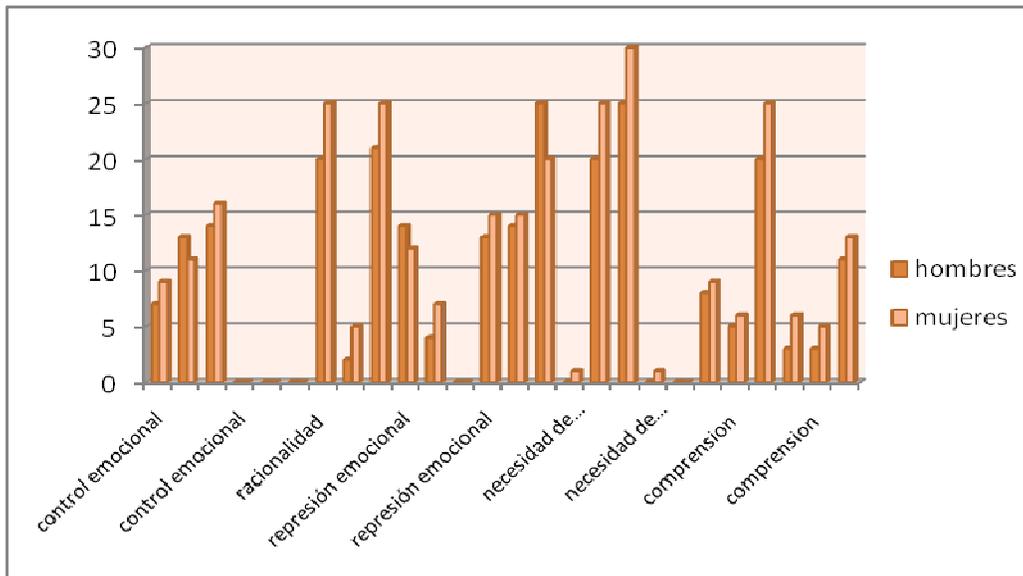
ESCALA	PREGUNTA	GRUPO CONTROL.			GRUPO EXPERIMENTAL.		
		HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
CONTROL EMOCIONAL	5. Cuando se siente agresivo/a, usted se controla y no muestra su agresividad.	7	9	16	30	30	60
CONTROL EMOCIONAL	10. Cuando se encuentra de mal ánimo, usted se controla y no muestra su estado de ánimo.	13	11	24	14	17	31
CONTROL EMOCIONAL	14. Cuando se siente agresivo/a, usted se descontrola y lo muestra.	14	16	30	20	22	42
CONTROL EMOCIONAL	21. Cuando está preocupado/a, usted se controla y no muestra su preocupación.	0	0	0	8	12	20
CONTROL EMOCIONAL	23. Cuando está enfadado/a, usted se controla y no muestra su enfado.	0	0	0	8	12	20
RACIONALIDAD	2. Hace las cosas dejándose llevar por el corazón.	0	0	0	16	15	31
RACIONALIDAD	12. Usted actúa guiado/a por la cabeza.	20	25	45	8	8	16
RACIONALIDAD	16. Actúa dejándose llevar por el corazón y	2	5	7	30	30	60

	no por la cabeza.						
RACIONALIDAD	20. Actúa usando la cabeza y no se deja llevar por sus impulsos.	21	25	46	30	30	60
REPRESIÓN EMOCIONAL	8. Cuando está enfadado/a, disimula el enfado.	14	12	26	18	20	38
REPRESIÓN EMOCIONAL	15. Cuando está triste, disimula la tristeza.	4	7	11	17	20	37
REPRESIÓN EMOCIONAL	19. Cuando está enfadado/a por algo, intenta disimular poniendo buena cara.	0	0	0	28	28	56
REPRESIÓN EMOCIONAL	24. Cuando está triste, intenta disimular que está triste.	13	15	28	29	29	58
REPRESIÓN EMOCIONAL	25. Cuando está preocupado/a, disimula la preocupación.	14	15	29	20	29	49
NECESIDAD DE ARMONÍA	1. Por llevarse bien con las personas que quiere, está dispuesto a sacrificarse sólo hasta un límite.	25	20	45	14	10	24
NECESIDAD DE ARMONÍA	4. Por agradar a las personas que le importan, usted está dispuesto/a a renunciar a cualquier cosa.	0	1	1	28	30	58
NECESIDAD DE ARMONÍA	7. Por contentar a las personas que le importan, está dispuesto/a a renunciar a sus puntos de vista sólo hasta un límite.	20	25	45	10	10	20
NECESIDAD DE ARMONÍA	9. Aunque las personas que le importan se enfaden con usted, está dispuesto a renunciar sólo	25	30	55	0	0	0

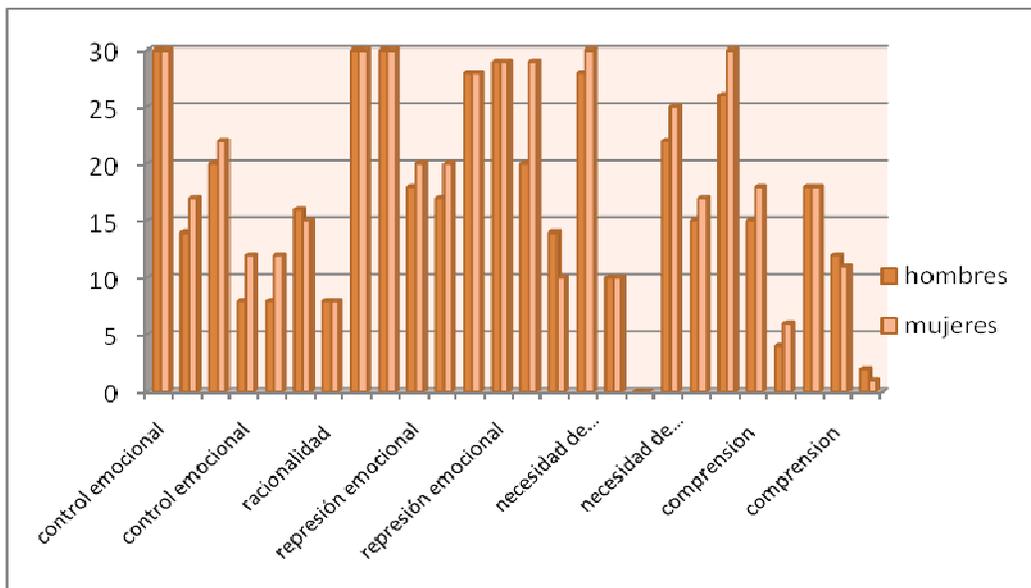
	hasta un límite.						
NECESIDAD DE ARMONÍA	13. Por hacer felices a las personas que quiere, usted está dispuesto/a a entregarse todo lo que haga falta.	0	1	1	22	25	47
NECESIDAD DE ARMONÍA	18. Por mantener buenas relaciones con las personas que le importan, usted está dispuesto/a a ceder todo lo que haga falta.	0	0	0	15	17	32
COMPRENSION.	3. Aunque alguien le hiera profundamente, sigue tratando bien a esa persona y “me pongo en su pellejo” para comprender por qué ha hecho eso.	8	9	17	26	30	56
COMPRENSION.	6. Intenta comprender a los demás aunque le caigan mal.	5	6	11	15	18	23
COMPRENSION.	11. Cuando alguien hace algo que vaya en contra de sus intereses o en contra suya, a usted le resulta imposible “ponerse en su pellejo” y comprenderle.	20	25	45	4	6	10
COMPRENSION.	17. Es comprensivo/a, incluso con la gente que le cae mal.	3	6	9	18	18	36
COMPRENSION.	22. Usted justifica a los demás, aunque hagan cosas en contra de sus intereses o en contra suya.	3	5	8	12	11	23

COMPRESION.	26. Cuando alguien le hiere en lo más hondo, a usted le resulta imposible comprenderle y tratarle justamente.	11	13	24	2	1	3
--------------------	---	----	----	----	---	---	---

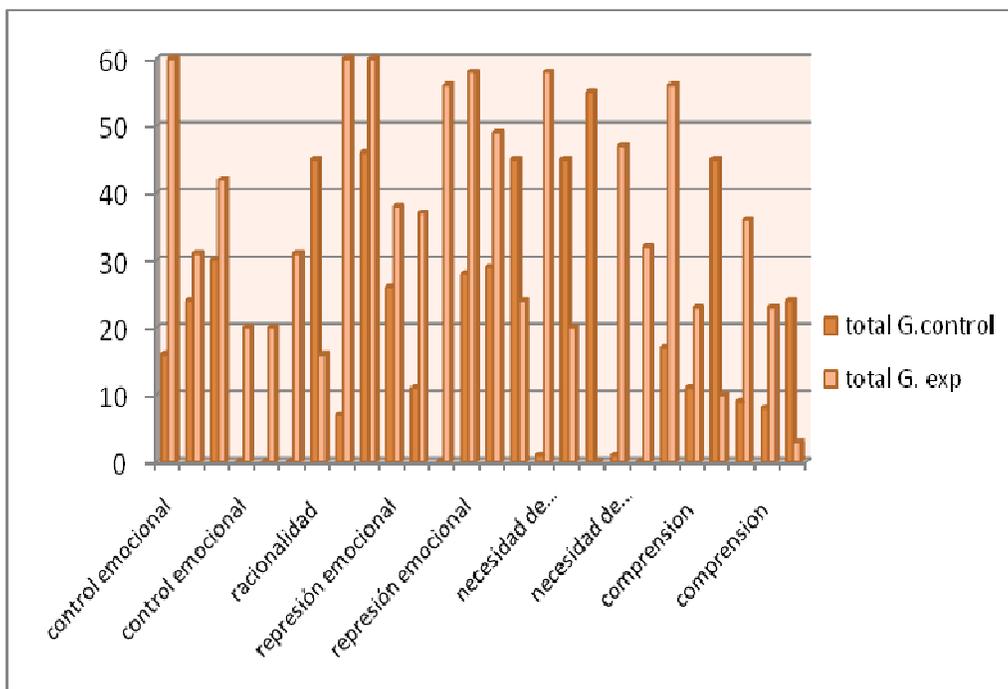
Grafica 9. Puntuación por subescalas de hombre y mujeres, grupo control.



Grafica 10. Puntuación por subescalas de hombre y mujeres, grupo experimental.



Grafica 11. Diferencias entre los grupos en las subescalas de la Prueba de Personalidad Tipo C.



Prestando atención a la tabla anterior, se puede observar que hay diferencias significativas entre ambos grupos, ya que en todas las preguntas el grupo experimental presento puntajes más elevados:

En la escala de control o defensibilidad emocional (grado en que ocupa el individuo la razón y la lógica para evitar emociones socialmente consideradas como negativas que pueden aparecer ante relaciones interpersonales) el grupo experimental obtuvo un total de 173 mientras que el control apenas fue de 70. Por ejemplo, la pregunta 5 que decía:

5. Cuando se siente agresivo/a, usted se controla y no muestra su agresividad.

El 26.56% del grupo control contesto que era capaz de controlarse mientras que el 100% del grupo experimental aseguro que se podía controlar para no generar un problema o discusión.

En racionalidad (el grado que una persona utiliza la razón y la lógica como un modo general de enfrentarse al mundo) el grupo control obtuvo un total de 98 y el grupo experimental 167. Por ejemplo, la pregunta 16 que decía:

16. Actúa dejándose llevar por el corazón y no por la cabeza.

El 11.62% de la muestra total del grupo control dijo que se dejaba llevar más por el corazón que por la cabeza, pero el 100% de la muestra del grupo experimental contestó que se dejaban llevar por el corazón esto indica la poca asertividad que tienen en sus relaciones interpersonales, lo que les provoca un estilo de afrontamiento inadecuado.

En represión emocional (con ítems cuyo contenido se refería a la inhibición de la expresión de emociones consideradas socialmente como negativas) el grupo experimental tuvo en total 238 puntos, siendo esta la escala que más altos valores maneja para este grupo, mientras el grupo control solo presentó 94 puntos. Por ejemplo, la pregunta 19 que decía:

19. Cuando está enfadado/a por algo, intenta disimular poniendo buena cara.

Ningún participante del grupo control puntuó esta pregunta teniendo como resultado total 0%, varios de los participantes que nos dieron su opinión sobre algunas preguntas comentaron que no podían poner u ocultar su enojo con la persona que se los había provocado. Por otra parte el grupo experimental tuvo 92.96% argumentando que preferían poner buena cara a lastimar o hacer que se enojara la otra persona, esto indica que prefieren reprimir sus emociones a exteriorizar sus puntos de vista.

Necesidad de Armonía (con ítems indicativos de la inclinación del individuo a velar por el equilibrio en sus reacciones interpersonales) el grupo

control obtuvo 147 puntos en su sumatoria total, mientras que el grupo experimental tuvo 181. Por ejemplo, la pregunta 4 y la 9 que decían:

4. Por agradecer a las personas que le importan, usted está dispuesto/a a renunciar a cualquier cosa.

Solo un participante del grupo control puntuó en esta respuesta obteniendo el grupo 3.33% de la población, mientras que en el experimental al registrarse 58 respuestas se les atribuye el 96.28% de su población.

9. Aunque las personas que le importan se enfaden con usted, está dispuesto a renunciar sólo hasta un límite.

A lo contrario de la respuesta anterior, en esta el grupo que tuvo menos respuestas fue el experimental ya que no tuvo puntos 0%, mientras que el grupo control tuvo 55 dando 91.3% de su población.

Se puede ver de lo anterior que mientras las personas con cáncer (grupo experimental) renuncian a lo que sea necesario para mantener buenas relaciones (pregunta4) las personas que no padecen la enfermedad (grupo control) manifiestan sus desacuerdos y tienen firmeza para hacerse valer (pregunta 9).

En la escala de Comprensión (cuenta con ítems que se referían al grado en que las personas intentan ponerse en el lugar de los demás y entenderlos a pesar de sentir emociones negativas suscitadas por los mismos).el grupo experimental tuvo 161 como total y el grupo control 114. Por ejemplo, la pregunta 3 y la 11 que decían:

3. Aunque alguien le hiera profundamente, sigue tratando bien a esa persona y “me pongo en su pellejo” para comprender por qué ha hecho eso.

El grupo control tuvo 17 respuestas teniendo 28.22% mientras que el experimental tuvo 56 respuestas o 92.96%.

11. Cuando alguien hace algo que vaya en contra de sus intereses o en contra suya, a usted le resulta imposible “ponerse en su pellejo” y comprenderle.

El grupo experimental tuvo 10 respuestas o 16.6% mientras que el control conto con 45 respuestas o 74.7%

Refiriendo así que el grupo experimental (enfermos de cáncer) intentan ponerse en el lugar de los demás y entenderlos a pesar de sentir emociones negativas suscitadas por los mismos.

4.2 Análisis de Correlación.

Se realizó un análisis de correlación de Pearson, en una muestra total $n=120$, para determinar las relaciones existentes entre el cáncer y la personalidad Tipo C y se encontró que existe una correlación positiva ($r=.936$), lo que indica que las personas que tienen cáncer se distinguen por tener una personalidad Tipo C.

	r	p	N
Cáncer/Personalidad Tipo C.	.936	.000	120

***.001

Los resultados obtenidos con esta prueba nos permiten afirmar que hay una correlación significativa entre la Personalidad Tipo C y las enfermedades oncológicas y de acuerdo con la hipótesis de trabajo; la Personalidad Tipo C está relacionada con la aparición del cáncer. Por lo tanto, tomando en cuenta que las personas que tienen cáncer manejan una Personalidad Tipo C, podría pensarse que los sujetos que no tienen dicha enfermedad y tuvieron puntajes elevados en la prueba la podrían desarrollar en el futuro.

Capítulo 6. CONCLUSION Y DISCUSION.

Los resultados de esta investigación se discuten en este capítulo, partiendo de la aplicación de la escala de medición, sobre la Personalidad Tipo C. Se analizan las relaciones encontradas entre las variables; así como las diferencias de los factores de cada grupo (Control y Experimental).

La muestra de este estudio estuvo compuesta por un total de 120 personas con un rango de edad entre los 35 a los 60 años.

En lo que se refiere al tratamiento, se dividió la muestra en 60 pacientes de oncología del Hospital Centro Médico Siglo XXI diagnosticados con algún tipo de cáncer, el segundo grupo estuvo formado por 60 personas que no padecen dicha enfermedad, sin antecedentes familiares. Ambas clasificaciones se llevaron a cabo con el objetivo de conocer si la Personalidad Tipo C es predictor de las enfermedades oncológicas. Basándonos en los datos que dan varios investigadores como Eysenck y Marrero, considerando que existe una relación entre el cáncer y ciertos patrones de conducta. En 1980, los investigadores Morris y Creer plantearon la existencia de un patrón de conducta al que llamaron Tipo C, pero ya a principios del siglo XVIII, Gendron Allport había planteado que las mujeres ansiosas y deprimidas eran propensas al cáncer (Ibáñez, 1992).

Se debe tener presente que el cáncer es un padecimiento, que ocupa el segundo lugar como causa de muerte, y que no discrimina edad, sexo o condición social, así que un diagnóstico a tiempo puede ayudar a que el paciente o el posible candidato pueda superar dicha enfermedad.

Se ha mostrado en varias fuentes (por ejemplo; Nemeth, citado en Florez 1994: Florez 1994; Barracholug, citado en Guerrero 2001 y Anarte 2000) que el patrón de conducta Tipo C tiene una serie de características, como son la inexpressión de emociones consideradas socialmente negativas, como el autosacrificio, la necesidad de mantener relaciones armoniosas, la comprensión

y la racionalidad, necesidad de armonía y control emocional, estas dimensiones son las que mejor describen a los pacientes con cáncer de las personas sanas.

En cuanto a las subescalas como afirma Van Der Ploeg y Cols (citado en Anarte 2000), la racionalidad colaboraría en el control de las emociones que es usado con el propósito de mantener relaciones armoniosas con los otros, por lo que se podría pensar que estas dimensiones se interrelacionan para conformar el Patrón de Conducta Tipo C.

Como se explicó anteriormente la Represión Emocional se refiere más a la no identificación “Consciente” de la emoción que a su disimulo, sin embargo, teniendo en cuenta los resultados en el análisis factorial exploratorio, se puede observar una división entre estas subescalas que obedecería más al tipo de emoción que se está controlando (ira o preocupación) que al mecanismo puesto en marcha (control o represión) ante tales emociones. Además, es de tener en cuenta que la “Represión” en tanto “No consciente” no es recomendable que se evalúe mediante autoinformes, sino mediante índices de la diferencia entre respuestas fisiológicas y reportes verbales, como en el estudio presentado por Emmons y King (1990).

Al realizar el análisis de correlación para determinar las relaciones entre el cáncer y la Personalidad Tipo C en esta población se encontró que existe una correlación de .936 entre estas variables la cual indica que las personas con cáncer responden a las características de la Personalidad Tipo C.

***Posibles factores de personalidad
predisponentes al cáncer.***

Estilo Interpersonal.

- Esfuerzo para parecer bueno y ser bueno.
- Aceptar la autoridad.
- Docilidad y lealtad.

Temperamento.

- Depresión.
- Indefensión/desesperanza.
- Fatiga.

Estilo Emocional.

- Tranquilidad.
- Supresión de emociones negativas.

Estilo Cognitivo.

- Aceptación estoica.
- Racional, leal a la realidad.
- Pesimismo.

Factores Sociales.

- Soledad.
- Carencia de apoyo social.
- Carencia de intimidad.

Green y Shellenberger (citados en Arbizu,2002)

El estudio permitió establecer la correlación existente entre las variables cáncer y personalidad Tipo C, encontrando que las personas que padecen cáncer tienen mayores puntajes en la escala de personalidad Tipo C, lo que lleva a concluir que la personalidad Tipo C tiene mucho que ver con el padecimiento y suponer que las personas que salieron con puntajes altos en el grupo de personas que no tienen dicha enfermedad la pueden desarrollar basándonos en lo que dice la hipótesis.

Así mismo el hecho de haber encontrado puntajes bajos en la escala de Personalidad Tipo C por sujetos del grupo de pacientes, de esta muestra, indica que como lo expresaron varias de ellas en el momento de entregar la prueba: “en otro momento, hubiera contestado diferente”, teniendo con esto evidencia de que la enfermedad puede llegar a hacer una reorganización cognoscitiva en las personas, dándoles una nueva visión de su comportamiento, reestructurando ciertas cuestiones de su personalidad para lograr sus cometidos o simplemente desechando o modificando lo que ellos creen que no les funciona. Para tener una mejor calidad de vida, ayudándoles a salir adelante y mejorando significativamente sus relaciones interpersonales como ellas mismas lo manifestaron.

Teniendo en cuenta estos hallazgos, en el presente estudio, se considera que si los patrones de conducta aparecen como factor de riesgo para la salud, este riesgo probablemente radique en el manejo de la expresión emocional y sus efectos fisiológicos, tanto si no se permite tal expresión como si se da de manera acentuada. Dado que en diversas investigaciones se ha

mostrado que es el control de la ira o rabia, más que de otras emociones consideradas socialmente negativas, como la preocupación o la tristeza, lo que podría considerarse como un factor de riesgo, de forma que podría ser útil tener en cuenta los puntajes de las subescalas por separado, tanto para decisiones clínicas de intervención o para investigaciones encaminadas al esclarecimiento de la posible influencia de cada uno de los componentes del patrón conductual Tipo C en el proceso salud – enfermedad.

Esto concuerda con las afirmaciones hechas por autores como los que cita Anarte (2000) [Greer y Watson (1985); Grossarth-Maticek y cols. (1985); Grossarth- Maticek y Eysenck (1990)]; quienes reportan que la no expresión emocional puede tener efectos directos sobre respuestas fisiológicas que probablemente pueden aparecer como desencadenantes de procesos mórbidos; al igual, se ha reportado que la expresión emocional desaforada, característica del patrón Tipo A, se relaciona con procesos fisiológicos los cuales pueden llevar al aumento en el riesgo de infarto del miocardio o angina de pecho. Lo que podría indicar que serían estas dos subdimensiones las que pertenecerían a los polos opuestos de una dimensión más amplia denominada “Expresión Emocional”, donde en un extremo aparecería la supresión emocional y en el otro la hostilidad.

Esto permite concluir que la personalidad Tipo C es predictor de las enfermedades oncológicas por lo que se sugiere el uso de intervenciones psicológicas individuales y grupales, en donde se planteen de manera conjunta lo que es el cáncer y lo que es la personalidad Tipo C para fomentar en las personas que tienen esta personalidad una mejor expresión de sus emociones, mostrando que no es necesario que reprimen sus pensamientos, creencias y necesidades solo para mantener la armonía en todas sus relaciones (familiares, laborales o sociales).

6.1 Aportación y Limitaciones.

La presente investigación provee evidencias de la relación que tiene la personalidad Tipo C y el cáncer.

En primer lugar, el presente estudio brinda aportes a las líneas de investigación en psicología en cuanto provee datos que permiten aumentar el cuerpo de conocimientos referentes al patrón de Conducta Tipo C y a su eje central, el cual es relevante en esta área, ya que se ha relacionado en diversas ocasiones como un posible factor de riesgo para sufrir ciertos tipos de cáncer.

En segundo lugar, por medio del presente trabajo se ofrecen claras diferencias de la relación que tiene el cáncer con la personalidad Tipo C la cual mostró una evidencia significativa en la población ocupada.

En tercer lugar se da un aporte más a nuestra disciplina ya que esta puede ser utilizada tanto en el ámbito clínico como de investigación.

Sin embargo, como en todas las investigaciones se presentan limitaciones que son importantes tener en cuenta en el momento de proponer y realizar futuros estudios. Entre ellas, una de las limitaciones encontradas en la presente investigación es la falta de información dentro de la UNAM tomando en cuenta que en las tesis tanto de la Facultad como de todos los planteles donde se imparte Psicología integrados a la UNAM hay muy pocas referencias al respecto así como en los libros que están en nuestras Bibliotecas.

En cuanto a la prueba aunque tiene una buena validez no se logra encontrar en ningún lado. Así mismo tal y como menciona Anarte (2000), las subescalas Necesidad de Armonía y Racionalidad cuentan con un número reducido de ítems, los cuales no podrían considerarse como representativos del posible dominio de reactivos para cada una de estas dimensiones. Razón por la cual se haría necesario rediseñar el cuestionario con miras a aumentar el número de reactivos de dichas subescalas y realizar los análisis pertinentes.

Por último, se considera importante la aplicación del cuestionario en pacientes oncológicos tal y como se hizo en este trabajo con la diferencia de ocupar una población más grande para comprobar los resultados obtenidos en una muestra total con el objetivo de determinar si estos presentan una diferencia significativa en el constructo, al compararlos con grupos controles, se podría hacer un estudio en el cual las personas con altos puntajes en la escala de Personalidad Tipo C se tuvieran bajo observación para ver si se llega a desarrollar dicha enfermedad y así comprobar si esta personalidad sería un principio de alerta para detectar a las personas que en el futuro pudieran ser víctimas de algún tipo de cáncer.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Alfici (2001) "Aspectos Históricos de la patología" [en línea] Disponible: <http://alipso.com/monografias/patologia>.
2. Allport W. (1965) "La personalidad: su significación y desarrollo". Editorial Revolucionaria. La Habana.
3. Amaya C. y Gordillo L. (2004) "Estandarización y validación del cuestionario PCTC en una muestra de población general colombiana: aportes empíricos al Patrón de Conducta Tipo C. Tesis profesional Licenciatura, Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Nacional de Colombia.
4. Andréu Y. (1998) "Algunas consideraciones conceptuales y metodológicas en la investigación sobre el patrón de la conducta Tipo C" Revista Analise Psicológica. Vol. XVI. No. 4 Universidad de Valencia, España.
5. Anarte M. (2000) "Evaluación del patrón de conducta Tipo C en pacientes crónicos" Revista Anales Psicológicos. Vol. 16 no. 2 Universidad de Murcia España.
6. Antón L. (2007) "Impacto del cáncer en la dualidad individuo-familia: fenómeno del Big Bang"
7. Arbizu J. (2002) "Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento" [en línea] Disponible: www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol20/n1/busque.html.

8. Aresca L. (2004) "Psicooncología: diferentes miradas". Lugar Editorial. Buenos Aires.
9. Argilés J. (1998) "El cáncer y su prevención: la importancia de la alimentación". Ediciones Universidad de Barcelona. España.
10. Asato B. (1990) "La depresión y la ansiedad en el paciente oncológico y su interrelación con el dolor". Tesis profesional Licenciatura, Facultad de Psicología UNAM.
11. Bammer K. (1985) "El stress y el cáncer" Editorial Herder. Barcelona.
12. Barón R. (1996) "Psicología" Editorial Prentice-Hall Hispanoamericana. México. 3ª edición.
13. Bayés R. (2000) "Psicología Oncológica". Ediciones Martínez Roca. Barcelona.
14. Bevan J. (1980) "Enciclopedia medica familiar". Circulo de lectores. México. vol. 1.
15. Cloninger C. (2003) "Teorías de la personalidad". Editorial Pearson Education. México.
16. Coleman W. (1985) "La biología en el siglo XIX". Editorial Fondo de Cultura Económica. México.
17. Connell M. (1985) "Essentials of child Psychiatry". Blackwell Scientific Publications. London.

18. Contreras L. (2009) "Rasgos de personalidad detectada por el M.M.P.I.-A y el rendimiento escolar en adolescentes de preparatoria" Tesis profesional Licenciatura, Facultad de Psicología. Universidad Salesiana.
19. Coon D. (2005) "Psicología" Editorial Thomson Learning. México. 10ª edición.
20. Cooper C. (1986) "Estrés y Cáncer". Ediciones Díaz de Santos. Madrid.
21. Cortinas C. (1991) "Cáncer, herencia y ambiente". Fondo de Cultura Económica (ciencia desde México). México.
22. Crozier R. (1968) "Diferencias individuales en el aprendizaje, personalidad y rendimiento escolar". Editorial Nancea. Madrid.
23. Cruz J. (1999) "Lecciones de oncología" Editorial Aran Ediciones, S.A. 2ª edición. Madrid.
24. Cruz N. (2001) "Estados emocionales, como factores psicológicos, que influyen en la somatización". Tesis profesional Licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM.
25. D'Angelo (1998) "Enciclopedia de la adolescencia" (tomo 1). Editorial Océano. Barcelona.
26. Dana H. (1966) "Teoría y practica de la Psicología Clínica". Editorial Paídos. Buenos aires.

27. Darley (1990) "Aspectos Históricos de la patología" [en línea] Disponible:
<http://alipso.com/monografias/patologia>.
28. De la Torre R. (2001) "El poder de la actitud personal ante la enfermedad grave". Grupo Editorial Lumen. Buenos Aires.
29. Dethlefsen T. y Dahlke R. (1998) "La enfermedad como camino". Editorial Plaza Janes. Barcelona.
30. Díaz G. (2007) "Evaluación de características específicas de la personalidad en diferentes trastornos físicos" Revista IIPSI. Vol. 10. No. 1
31. Domínguez G. (2007) "Características de autoconcepto y personalidad en adolescentes con osteosarcoma" Tesis profesional Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM.
32. Felman R. (2003) "Introducción a la Psicología" McGraw Hill. México.
33. Filloux J. (1992) "¿Qué se? La Personalidad" Publicaciones Cruz O., S. A. México.
34. Flórez J. (1994) "La mujer ante el cáncer de mama: aspectos Psicológicos". Editorial EDIKA MED. Barcelona.
35. Guerrero L. (2001) "Factores psicosociales que se pueden asociar con la predisposición a enfermar de cáncer cervico uterino". Tesis profesional Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM.

36. Hall C. (1990) "Compendio de Psicología freudiana". Editorial Paídos. México.
37. Henry (1981) "Aspectos Históricos de la patología" [en línea] Disponible: <http://alipso.com/monografias/patologia>.
38. Ibáñez E. (1992) "Psicología de la Salud" Revista Anales de Psicología. vol. 13 numero 002. Universidad de Murcia, España.
39. Instituto Nacional del Cáncer (2005) "El cáncer: preguntas y respuestas" Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Estados Unidos.
40. Instituto Nacional del Cáncer (2007) "Lo que usted necesita saber sobre El cáncer" Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Estados Unidos.
41. Keller F. (1979) "Fundamentos de psicología". Editorial Fontanella. Barcelona.
42. Larsen R. y Buss D. (2005) "Psicología de la personalidad" Editorial McGraw Hill. México.
43. Latorre J. (1994) "Psicología de la Salud" Editorial Lumen. Buenos Aires.
44. Lawther J. (1987) "Psicología del deporte y del deportista". Editorial Paídos. Barcelona.
45. Levenson F. (1984) "Causas y prevención del cáncer". Editorial Javier Vergara Editor. Buenos Aires.

46. Liebert R. (2000) "Personalidad" Editorial Thomson. México.
47. Lopetegui E. (2007) "Enfermedades Crónicas" McGraw-Hill. Madrid.
48. López (1999) "El problema del cáncer desde la perspectiva evolutiva. Siglo XXI. Desafíos científicos y sociales. Vol. 1 [en línea] Disponible: <http://www.farmaindustria.es/farma>
49. López I. (1998) "Enfermería en cuidados paliativos". Editorial Médica Panamericana. Madrid.
50. López J. (2002) "DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales". Editorial MASSON.
51. López y De la Cruz (1994) "La depresión en personas con cáncer de mama en función del tiempo de diagnóstico". Centro Cultural Universitario "Justo Sierra".
52. López S. (2002) "Lo corporal y lo psicosomático". Editorial Plaza y Valdés. México.
53. Mainieri R. (1991) "Otros escritos de Roberto Mainieri" [en línea] Disponible: <http://healthclub.fortunecity.com/hockey/91/estres.html>.
54. Marrero E. (2005) "Desordenes de Personalidad" [en línea] Disponible: <http://academic.uprm.edu/~eddiem/psic3002/id78.htm>.
55. Mazarrasa A. (1996) "Salud pública y enfermería comunitaria". McGraw-Hill Interamericana. Madrid. Vol. III.

- 56.** Meneses E. (1970) "Psicología General". Editorial Porrúa. México.
- 57.** Millan A. (2002) "Psicología y familia". Editorial Caritas Españolas. España.
- 58.** Montes B. (2007) "Perfil de personalidad de atletas destacados de la F.E.S. Zaragoza UNAM" Tesis profesional Licenciatura, Facultad de Estudio Superiores Zaragoza. UNAM.
- 59.** Murillo P. (1977) "Algunas consideraciones sobre la etiología psicogénica del infarto prematuro – conducta tipo A". Tesis profesional Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM.
- 60.** Myers D. (2005) "Psicología" Editorial Medica Panamericana. Madrid. 7ª edición.
- 61.** Nieves M. (2004) "Influencia del estrés y la personalidad en la etiología de cáncer: formas de prevenirlo" Tesina profesional licenciatura, Facultad de humanidades. Carrera en licenciatura de psicología. Universidad de Belgrano, Buenos Aires.
- 62.** Oswaldg D. (2004) "¿Qué es el cáncer?" [en línea] Disponible: http://www.atsdr.cdc.gov/es/general/es_cancer_fs.html.
- 63.** Panno J. (2005) "Cancer the role of genes lifestyle and environment" Facts on file inc. united States of American.
- 64.** Pepper I. (1997) "cáncer, etiología y patogenia" Editorial Mediterráneo. Chile.

65. Pérez R. (2003) "El cáncer en México" Colegio Nacional. México
66. Pervin L. (1996) "La ciencia de la personalidad". Editorial McGraw-Hill. Madrid.
67. Pervin L. (1999) "Personalidad: Teoría de la investigación" Editorial Manual Moderno. México.
68. Pervin L. (2000) "Personalidad": teoría, diagnóstico e investigación. Editorial Descleé de brouwer, España
69. Pueyo A. (1996) "Manual de Psicología Diferencial". McGraw-Hill. Madrid.
70. Roca B. (2002) "Trastornos de la personalidad". Sociedad Española de Psiquiatría. España 3 ed. Medica Panamericana.
71. Rodríguez J. (1995) "Psicología social de la Salud" Síntesis. Madrid.
72. Sandín B. (1995) "Manual de Psicopatología" Editorial McGraw Hill. Madrid.
73. Santos E. y Rodríguez J. (1986) "El cáncer". Prensa científica S.A. España 2ª edición.
74. Sánchez C. (1996) "Diccionario enciclopédico de educación especial". Editorial Santillana. México. Tomo I.
75. Schultz P. (2002) "Teorías de la personalidad" Cengage Learning editores. País.

76. Schützenberger A. (2005) "La voluntad de vivir" Editorial OMEBA. Buenos Aires.
77. Sebastian J. (2005) "Expresión emocional y personalidad Tipo C: Diferencias entre mujeres con patología mamaria maligna, benigna y normales".
78. Sender R. (1991) "Personalidad y riesgo de enfermar" [en línea] Disponible: http://www.alcmeon.com.ar/4/16/a16_06.htm.
79. SERVENTUR (2008) "¿Tengo un estilo de personalidad estresante? [en línea] Disponible: <http://serventur.blogspot.com/2008/04/tengo-un-estilo-de-personalidad.html>
80. Shaffer D. (2000) "Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia". Cengage Learning Editores. (país)
81. Sontag S. (1996) "La enfermedad y sus metáforas" Editorial Taurus. Madrid.
82. Stierlin H. (2003) "¿Es posible prevenir el Cáncer?" Editorial Herder. Barcelona.
83. Suárez D. (2002) "Personalidad Cáncer y Sobrevida" Editorial Científico-Técnica. La Habana Cuba.
84. Temoshock, L. y Heller. B.W. (1984): Sobre la comparación de manzanas, naranjas y ensalada de fruta: una vista de conjunto, metodológica, de los

estudios de resultados médicos en oncología psicosocial. Editorial Díaz de Santos. Madrid.

- 85.** Torres Á. (2006) “Relación entre el patrón de conducta Tipo C y el cáncer de mama”. [en línea] Disponible: http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V5N309_relacionpatronc.pdf
- 86.** Torroella M. (1998) “Bases Genéticas del Cáncer” Fondo de Cultura Económica. México.3
- 87.** Tubiana M. (1989) “El Cáncer” Fondo de Cultura Económica. México.
- 88.** Vander A. (1973) “Evite el Cáncer” Ediciones Adrián Vander Put. Barcelona.
- 89.** Vinaccia S. (2001) “Desesperanza aprendida en pacientes con artritis reumatoide: análisis y evolución de un constructo” [en línea] Disponible: <http://redalyc.uaemex.mx>.
- 90.** Vinaccia S. (2003) “El patrón de conducta Tipo C en pacientes con enfermedades crónicas” Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. XXXII. No. 1. <http://www.psiquiatria.org.co/php/docsRevista/173819Elpatron.pdf>
- 91.** Vinaccia S. (2005) “Calidad de vida, personalidad resistente con diagnostico de cáncer pulmonar” [en línea] Disponible: <http://redalyc.uaemex.mx>
- 92.** Vinaccia S. (2006) “Evaluación del patrón de conducta Tipo C y su relación en pacientes colostomizados con diagnostico de cáncer

colorrectal. Universidad de San Buenaventura, Medellín. Colombia.
http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V5N310_evaluacionpatronc.pdf

- 93.** Wade C. (2003) "Psicología" Editorial Pearson Education. España.
- 94.** West H., Rosario P., Rojas A. (2003) "Personalidad" [en línea] Disponible:
www.media.eresmas.com/biblioteca/img/wanadooHome/lego-wanna
- 95.** Zamano M. (2005) "Estilos de afrontamiento con relación a mujeres con cáncer cervico uterino". Tesis profesional Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM.

ANEXOS

Anexo 1.

Nombre: _____ Sexo: _____ Edad: _____
Ocupación: _____ Estudios: _____
Estado civil: _____

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una serie de afirmaciones que describen la forma como algunas personas sienten, piensan o actúan. En frente de cada afirmación encontrará un espacio donde debe contestar con un SI o un NO.

Lea cada afirmación y decida si se aplican a su forma de sentir, pensar o actuar la mayor parte de las veces, si es así, marque con una equis (X) en el espacio que corresponde al SI, si considera que no se aplica a su forma de sentir, pensar o actuar, marque con una equis (X) en el espacio correspondiente al NO.

Trate de contestar a las afirmaciones de forma espontánea, no emplee mucho tiempo para pensar su respuesta, y conteste a cada una de las afirmaciones sin dejar espacios en blanco.

Recuerde que no existen respuestas “buenas” ni “malas” ya que esta no es una prueba de conocimientos, sino de diferentes formas de actuar; no conteste pensando en lo que sería “bueno” o más deseable, sino en lo que realmente corresponde a su forma de sentir, pensar o actuar.

Si tiene alguna inquietud por favor pregúntele al examinador.

1. Por llevarme bien con las personas que quiero, estoy dispuesto/a a sacrificarme solo hasta cierto punto.	Si	No
2. Hago las cosas dejándome llevar por el corazón.	Si	No
3. Aunque alguien me hiera profundamente, sigo tratando bien a esa persona y “me pongo en su pellejo” para comprender por qué me ha hecho eso.	Si	No
4. Por agradar a las personas que me importan, estoy dispuesto/a a renunciar a cualquier cosa.	Si	No
5. Cuando me siento agresivo/a, me controlo y no muestro mi disgusto.	Si	No
6. Intento comprender a los demás aunque me caigan mal.	Si	No

7 Por contentar a las personas que me importan, estoy dispuesto/a a renunciar a cosas solo hasta cierto punto.	Si	No
8. Cuando estoy disgustado/a disimulo mi enfado.	Si	No
9. Aunque las personas que me importan se disgusten conmigo, estoy dispuesto/a a renunciar a mis puntos de vista solo hasta cierto punto.	Si	No
10. Cuando me encuentro de mal ánimo, me controlo y no muestro mi estado de ánimo.	Si	No
11. Cuando alguien hace algo que vaya en contra de mis intereses, o en contra mía, a mi me resulta muy difícil “ponerme en su pellejo” y comprenderlo.	Si	No
12. Actúo guiado/a por la cabeza (razón).	Si	No
13. Por hacer felices a las personas que quiero, estoy dispuesto/a entregar todo lo que haga falta.	Si	No
14. Cuando me siento agresivo/a, me descontrolo y lo demuestro.	Si	No
15. Cuando estoy triste, disimulo la tristeza.	Si	No
16. Actúo dejándome llevar por el corazón y no por la cabeza.	Si	No
17. Soy comprensivo/a, incluso con la gente que me cae mal.	Si	No
18. Por mantener buenas relaciones con las personas que me importan, estoy dispuesto/a ceder todo lo que haga falta.	Si	No
19. Cuando estoy disgustado/a por algo, intento disimular poniendo buena cara.	Si	No
20. Actuó usando la cabeza y no me dejo llevar por los impulsos.	Si	No
21. Cuando estoy preocupado/a me controlo y no muestro mi preocupación.	Si	No
22. Justifico a los demás, aunque hagan cosas en contra de mis intereses, o en contra mía.	Si	No
23. Cuando me siento enojado, me controlo y no muestro mi agresividad.	Si	No
24. Cuando estoy triste, intento disimular que estoy triste.	Si	No
25. Cuando estoy preocupado/a, disimulo la preocupación.	Si	No
26. Cuando alguien me hiere en lo más profundo, a mi me resulta imposible comprenderlo y tratarlo justamente.	Si	No

Anexo 2.

Agrupación de los ítems por escalas (Adaptado por Amaya y Gordillo 2004)

CONTROL EMOCIONAL

- ♣ Cuando se siente agresivo/a, usted se controla y no muestra su agresividad.
- ♣ Cuando se encuentra de mal ánimo, usted se controla y no muestra su estado de ánimo.
- ♣ Cuando está enfadado/a, usted se controla y no muestra su enfado.
- ♣ Cuando se siente agresivo/a, usted se descontrola y lo muestra.*
- ♣ Cuando está preocupado/a, usted se controla y no muestra su preocupación.

RACIONALIDAD

- ♣ Hace las cosas dejándose llevar por el corazón.*
- ♣ Usted actúa guiado/a por la cabeza.
- ♣ Actúa dejándose llevar por el corazón y no por la cabeza.*
- ♣ Actúa usando la cabeza y no se deja llevar por sus impulsos.

REPRESIÓN EMOCIONAL

- ♣ Cuando está triste, disimula la tristeza.
- ♣ Cuando está enfadado/a por algo, intenta disimular poniendo buena cara.
- ♣ Cuando está preocupado/a, disimula la preocupación.
- ♣ Cuando está triste, intenta disimular que está triste.
- ♣ Cuando está enfadado/a, disimula el enfado.

NECESIDAD DE ARMONÍA

- ♠ Por agradar a las personas que le importan, usted está dispuesto/a a renunciar a cualquier cosa.
- ♠ Por hacer felices a las personas que quiere, usted está dispuesto/a a entregarse todo lo que haga falta.
- ♠ Por mantener buenas relaciones con las personas que le importan, usted está dispuesto/a a ceder todo lo que haga falta.
- ♠ Por contentar a las personas que le importan, está dispuesto/a a renunciar a sus puntos de vista sólo hasta un límite.*
- ♠ Aunque las personas que le importan se enfaden con usted, está dispuesto a renunciar sólo hasta un límite.*
- ♠ Por llevarse bien con las personas que quiere, está dispuesto a sacrificarse sólo hasta un límite.*

COMPRENSIÓN

- ♠ Aunque alguien le hiera profundamente, sigue tratando bien a esa persona y “me pongo en su pellejo” para comprender por qué ha hecho eso.
- ♠ Intenta comprender a los demás aunque le caigan mal.
- ♠ Cuando alguien hace algo que vaya en contra de sus intereses o en contra suya, a usted le resulta imposible “ponerse en su pellejo” y comprenderle.*
- ♠ Es comprensivo/a, incluso con la gente que le cae mal.
- ♠ Usted justifica a los demás, aunque hagan cosas en contra de sus intereses o en contra suya.
- ♠ Cuando alguien le hiere en lo más hondo, a usted le resulta imposible comprenderle y tratarle justamente.*

*Puntuación invertida.