

Adaptación al castellano de la escala *Courtauld* de control emocional en pacientes con cáncer

María Teresa Anarte Ortiz, Rosa Esteve Zarazaga, Carmen Ramírez Maestre, Alicia Eva López Martínez y Francisco Javier Amorós Vicario
Universidad de Málaga

Los estudios en torno al «Tipo C» constituyen un importante tópico de la investigación generando en los últimos treinta años más de 300 artículos y 68 libros y capítulos de libros (Fernández-Ballesteros y Ruiz, 1997). Aunque el núcleo del «Tipo C» parece estar bien delimitado (inhibición, represión o supresión de las emociones negativas –o anti-emocionalidad– junto con la necesidad de mantener relaciones interpersonales armoniosas), no existe acuerdo entre la naturaleza de estas variables. Así, mientras unos autores consideran que se trata de mecanismos de defensa frente a la ansiedad (Temoshok y Dreher, 1992; Spielberger, 1988a), otros sostienen que, más bien, puede ser considerado un estilo o patrón comportamental de anti-emocionalidad o supresión emocional (Greer y Watson, 1985). Más aún, dentro de este último grupo existen autores que plantean para este estilo comportamental una especificidad por emociones (Watson y Greer, 1983), frente a otros que defienden una especificidad por acciones (Bleiker, Van Der Ploeg, Hendriks, Leer y Kleijn, 1993). Los resultados son consistentes (aunque parcialmente) con ambas propuestas.

Spanish adaptation of the Courtauld Emotional Control Scale: evidence of a exploratory analysis in patients with cancer. In the last 30 years, the contribution of «Type C» to cancer disease has been an important research topic. From 1974 through 1995 a search of the literature on Psychlit and Medline identified more than 300 journal articles and 68 books and book chapters (Fernández-Ballesteros y Ruiz, 1997). Although the principal variables of «Type C» has been identified (inhibition, repression or suppression of negative emotions –anti-emotionality– and need for harmony), there is not agreement about the nature of this variables. Thus, for some authors the variables mentioned are *defensiveness mechanisms to anxiety* (Temoshok y Dreher, 1992; Spielberger, 1988a). Other authors consider the variables said as a *behavioural style of anti-emotionality or suppression emotional* (Greer y Watson, 1985). On the other hand, between this authors that defend that «Type C» is a behavioural style neither there is agreement. So, while Watson y Greer (1983) emphasize specific «Type C» components related to the *emotions* (anger, anxiety, depressed mood –only control–), Bleiker, Van Der Ploeg, Hendriks, Leer y Kleijn (1993) emphasize specific «Type C» components related to the *actions* (expression, repression and emotional control). The results are consistent (only partially) with both proposal.

En los últimos treinta años, los factores psicosociales relacionados con el cáncer han constituido uno de los principales tópicos de la literatura científica (Fernández-Ballesteros y Ruiz, 1997). Entre ellos, quizás sea el «Tipo C» el que más investigación ha generado. Eysenck (1994) resume las diferentes características del comportamiento 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 mecanismo de afrontamiento, rígidos y con mayor predisposición a experimentar desesperanza y depresión» (p. 168).

A partir de los trabajos de Grossarth-Matichek (Grossarth-Matichek, Bastianns y Kanazir, 1985) en Crevenka (Yugoslavia) utilizando escalas como la de *Racionalidad-Antiemocionalidad*, Eysenck se interesa por el «Tipo C» (Bleiker, Van Der Ploeg, Hendriks, Leer y Kleijn, 1993; Greer y Watson, 1985; Grossarth-Matichek et al., 1985; Kneier y Temoshok, 1993; Morris y Greer, 1980) al encontrar que este tipo de personalidad era básicamente el opuesto a su factor Neuroticismo. Juntos desarrollaron un nuevo instrumento el *Personality Stress Inventory* (Grossarth-Matichek y Eysenck, 1990) del que existe una versión española (Sandín, Chorot, Navas y Santed, 1992) donde se distinguen seis tipos básicos: Tipo 1 (predisposición al cáncer), Tipo 2 (predisposición a la enfermedad coronaria), Tipo 3 (tipo histérico), Tipo 4 (tipo saludable), Tipo 5 (tipo racional-antiemocional) y Tipo 6 (tipo psicopático). A partir de entonces Eysenck trabajará en asociación con Grossarth-Matichek realizando tanto investigación correlacional (Grossarth-Matichek y Eysenck, 1990) como experimental (Eysenck y Grossarth-Matichek, 1991).

Con base en los trabajos de Grossarth-Matichek, Spielberger da un paso más acotando el ámbito del «Tipo C» desarrollando dos escalas que inicialmente denomina como *Interpersonal Behavior Scales* (IBS, R/ED y IBS N/H) y, posteriormente, renombra como *Emotional Defensiveness Scale, ED* (12 elementos) *Need of Harmony Scale, N/H* (12 elementos) atribuyéndoles la medida de mecanismos de defensa de represión y negación (Spielberger, 1988a). Sendas escalas han sido adaptadas al castellano (Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Ruiz, Sebastián y Spielberger, 1997; Fernández-Ballesteros, Ruiz y Garde, 1998).

Watson y Greer (1983) ponen el énfasis en el control emocional, entendiendo éste como la supresión de emociones (enfado, preocupación y tristeza) y desarrollan la *Escala Courtauld de Control Emocional* como una medida del grado en que los individuos controlan el enfado, la preocupación y la tristeza. Bleiker et al. (1993) completan esta escala construyendo la *Escala de Expresión y Control Emocional* en la que además del control (del enfado, la preocupación y la tristeza) tienen en cuenta la expresión y represión (del enfado, la preocupación y la tristeza). Esto es, mientras que Watson y Greer (1983) se centran en el control que realizan los sujetos sobre sus emociones (enfado, preocupación y tristeza), Bleiker et al. (1993) destacan el tipo de acción que el individuo realiza en tanto que agente de la expresión de sus emociones (expresión, represión y control emocional). Otra escala desarrollada por estos autores es la *Escala de Racionalidad y Anti-emocionalidad* (Bleiker et al, 1993) compuesta por tres factores (racionalidad, emocionalidad y comprensión).

Como puede observarse, la investigación ha sido tan numerosa como variada. Quizás, la principal conclusión que podría derivarse de estos trabajos es que la variable *expresión emocional*, no sólo parece estar presente en la progresión del cáncer sino que, incluso, podría constituirse en un predictor del comienzo de la enfermedad, de ahí la gran cantidad de investigación que ha generado y continúa produciendo (Chico, 2000; Errasti, 1998; Fernández-Ballesteros, Ruiz y Garde, 1998; Martínez-Sánchez, Ortiz-Soria y Ato-García, 2001; Rodríguez, Esteve y López, 2000; Sebastián, Mateos y Prados, 2000). Sin embargo, debe tenerse en cuenta que las investigaciones realizadas han recibido fuertes críticas por ampararse en instrumentos de evaluación muy variados y utilizar diferentes diseños (retrospectivos, cuasi-prospectivos y prospectivos), muestras (sujetos aquejados de cáncer de distintos tipos, con diferentes grados de severidad y en distintos momentos en el curso de la enfermedad) o variables psicosociales de distinta naturaleza. Finalmente, se han contemplado las mismas variables psicosociales como antecedentes en unos casos, y como consecuentes en otros (Bleiker, 1995; López, Esteve, Ramírez y Anarte, 1998; Temoshock y Heller, 1984).

Una de las críticas recibidas por el «Tipo C» de personalidad en su contribución a la patología cancerosa, ha sido, sobre todo, su molaridad; es decir, el estar constituido por un amplio número de características psicológicas (Fernández-Ballesteros y Ruiz, 1997). Por ello, el interés de múltiples autores ha sido el de tratar de encontrar cuál es el núcleo del «Tipo C». De los trabajos de Spielberger junto con los de otros autores como Greer y Watson (1985), Temoshock y Dreher (1992), Van der Ploeg, Kleijn, Mook, Van Donge, Pieters, y Leer (1989), Bleiker (1995) entre otros, se desprende que lo que pudiera ser considerado el núcleo del «Tipo C» de personalidad podría ser, esencialmente, la inhibición, represión o supresión de las emociones negativas (o anti-emocionalidad) junto con la necesidad de mantener relaciones interpersonales ar-

moniosas. En esta línea, en un reciente estudio en el que se utilizaron seis instrumentos diferentes para evaluar el constructo de personalidad «Tipo C», tras realizar sucesivos análisis factoriales (exploratorio y confirmatorio) se extrajeron cinco dimensiones (Control o Defensividad Emocional, Racionalidad, Represión Emocional, Necesidad de Armonía y Comprensión) que parecían ser los componentes de un patrón comportamental de orden superior: el «Tipo C» (Esteve, López, Anarte, Ramírez y Amorós, 1998; López, Esteve, Ramírez y Anarte, 1998).

Aun cuando pudiera existir acuerdo en considerar que en la base del «Tipo C» se encuentra el control que realiza el sujeto sobre sus emociones (supresión o control, represión, expresión, racionalización, anti-emocionalidad...), así como la necesidad de equilibrio en sus relaciones interpersonales (necesidad de armonía, comprensión...), parecen existir grandes diferencias entre la naturaleza de estas variables. Así, mientras que para unos autores se trata de *mecanismos de defensa frente a la ansiedad* (Temoshock y Dreher, 1992; Spielberger, 1988a), otros sostienen que, más bien, podría considerarse como un *estilo o patrón comportamental de anti-emocionalidad o supresión emocional* (Greer y Watson, 1985). Más aún, como ha sido comentado, dentro de este último grupo existen autores que plantean para este estilo comportamental una especificidad por emociones (Watson y Greer, 1983), frente a otros que defienden una especificidad por acciones (Bleiker, Van Der Ploeg, Hendriks, Leer y Kleijn, 1993).

Interesados en acotar el ámbito de estudio del constructo de personalidad «Tipo C», entendido éste como un estilo que predispondría al sujeto a desarrollar una enfermedad neoplásica, caracterizado por la utilización de estrategias que inhiben la expresión emocional, nos planteamos realizar la siguiente investigación. Dado que partimos de la hipótesis de que el «Tipo C» es un estilo comportamental (Greer y Watson, 1985), caracterizado por la supresión de emociones (inhibición y control emocional) ante situaciones estresantes, que predispone al individuo a desarrollar cáncer en tanto que determina en el sujeto el desarrollo de un patrón de conducta que lo hace más proclive que otro individuo (que no presente dicho patrón) a desarrollar una enfermedad neoplásica, decidimos utilizar la *Escala Courtauld de Control Emocional* (CECS) de Watson y Greer (1983) para evaluar el constructo «Tipo C». Los objetivos del presente estudio han sido los siguientes:

- Adaptar al castellano la escala utilizada para evaluar el estilo comportamental «Tipo C» (*Escala Courtauld de Control Emocional* –CECS– de Watson y Greer, 1983) analizando sus propiedades psicométricas y comparando la escala adaptada con la escala original, puesto que no existe versión española.

- Explorar el poder discriminante de dicha escala entre distintos grupos: personas aquejadas de una enfermedad neoplásica y sujetos «sanos».

Método

Sujetos

La muestra analizada en este trabajo estaba formada por 166 sujetos (83 «pacientes con cáncer» y 83 «sanos»). La muestra de pacientes con cáncer estaba constituida por personas atendidas (por primera vez) en el Servicio de Oncología del Hospital Clíni-

co de Málaga para recibir diagnóstico. La muestra de sujetos «sanos» fue reclutada de la población general. Como puede observarse en la tabla 1, la mayoría de los sujetos tenían edades comprendidas entre los 50-70 años, habían realizado estudios primarios, estaban casados y un alto porcentaje de la misma estaba constituida por mujeres (104 mujeres frente a 62 hombres).

Tabla 1
Frecuencias de las principales características de la muestra (N= 166)

| | Cáncer | Sanos | Total |
|------------------------------|--------|-------|-------|
| EDAD | | | |
| 20-30 | 3 | 3 | 6 |
| 31-40 | 6 | 6 | 12 |
| 41-50 | 12 | 19 | 31 |
| 51-60 | 19 | 46 | 65 |
| 61-70 | 32 | 7 | 39 |
| 71-80 | 9 | 2 | 11 |
| >80 | 2 | 0 | 2 |
| SEXO | | | |
| Varón | 31 | 31 | 62 |
| Mujer | 52 | 52 | 104 |
| NIVEL DE ESTUDIOS | | | |
| Primarios | 51 | 45 | 96 |
| Bachiller/FP | 12 | 23 | 35 |
| Diplomado/a Universitario/a | 1 | 8 | 9 |
| Licenciado/a Universitario/a | 2 | 6 | 8 |
| Sin estudios | 18 | 0 | 18 |
| ESTADO CIVIL | | | |
| Soltero/a | 7 | 9 | 16 |
| Casado/a | 56 | 62 | 118 |
| Separado/a-Divorciado/a | 4 | 6 | 10 |
| Viudo/a | 16 | 6 | 22 |

Instrumentos

Las variables consideradas en este estudio fueron evaluadas con los siguientes instrumentos:

- *Supresión o Control Emocional*: esta variable se evaluó con la *Escala Courtauld Emotional Control Scale (CECS)* de Watson y Greer (1983) adaptada por las autoras al castellano (López, Esteve, Ramírez y Anarte, 1998; Rodríguez, Esteve y López, 2000) siguiendo las 22 normas de la *Guía para la Adaptación de Tests Psicológicos* (Hambleton, 1994). La escala consta de 21 ítems con un formato de frecuencia (desde 1= *casi nunca*; hasta 4 = *casi siempre*), que evalúan el control emocional del sujeto ante el enfado, la preocupación y la tristeza. El cuestionario se divide en tres subescalas una para cada emoción con 7 ítems cada una, arrojando una puntuación por cada subescala que permite la interpretación por separado de las subescalas. Al mismo tiempo, la intercorrelación moderadamente alta entre las subescalas permite la obtención de una puntuación global (instrumento completo) del control emocional de los individuos. En base a las normas A.2, A.4, A.5 e I.4 de la *Guía para la Adaptación de Tests Psicológicos* (Hambleton, 1994), se utilizó un formato de respuesta dicotómico (*Si/No*) dado que los sujetos tenían dificultades para discriminar sus respuestas a los ítems eligiendo las frecuencias extremas (*casi nunca/casi siempre*).

- *Variables sociodemográficas*: mediante entrevista personal.

Procedimiento

La muestra de sujetos «sanos» fue reclutada mediante el procedimiento de «bola de nieve», de forma que cada alumno (1^o, 2^o y 4^o) de la Facultad de Psicología de la Universidad de Málaga debía entregar un cuestionario a un determinado sujeto, en función de su sexo y edad previamente establecidos. Cada cuestionario iba acompañado de una presentación e instrucciones específicas, cuyo objetivo era garantizar la confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos, y especificar que la finalidad del instrumento era conocer el modo en que la persona se comportaba habitualmente, por lo que cualquier respuesta era válida, siempre y cuando representase lo que habitualmente ocurría en su caso. Finalmente, se solicitaba que el cuestionario fuese respondido en una sola sesión.

La muestra de «pacientes con cáncer» fue seleccionada del Servicio de Oncología del Hospital Clínico de Málaga. Los pacientes que fueron reclutados eran atendidos por primera vez en dicho Servicio para recibir diagnóstico y presentaban distintos tipos de cáncer (mama, colon, laringe, ovario, renal, pulmón, testículos...). Los datos fueron recogidos mediante entrevista personal con el paciente el primer día que acudían a la consulta y antes de ser atendidos por el médico, por lo que no conocían el diagnóstico en el momento de realizar la entrevista.

Para adaptar la *Escala Courtauld de Control Emocional* (Watson y Greer, 1983) se realizó un estudio piloto con 383 sujetos (López, Esteve, Ramírez y Anarte, 1998) reclutados de la población general mediante el procedimiento anteriormente descrito de «bola de nieve» aplicando las *normas de la Guía para la Adaptación de Tests Psicológicos* de Hambleton (1994). De esta muestra se seleccionaron los sujetos (muestra de sujetos «sanos») cuyas variables sexo y edad eran similares a las de la población oncológica (muestra de «pacientes con cáncer»), de forma que ambas muestras fuesen equivalentes.

Análisis y Resultados

Para estudiar la estructura interna de la escala CECS se analizaron individualmente cada una de las subescalas del citado instrumento, tal y como sugieren Watson y Greer (1983), con los datos de los 83 sujetos de la muestra de pacientes con cáncer mediante el procedimiento de análisis de componentes principales, resultando tres factores que explicaban el 39% (Factor II: control de la preocupación), 29.1% (Factor III: control de la tristeza) y el 26.6% (Factor I: control del enfado) de la varianza total: Factor I (ítems 1, 2, 5, 6, 7); Factor II (ítems 8, 10, 13,14); y Factor III (ítems 15, 16, 19).

Como puede observarse en la Tabla 2, algunos ítems presentan bajas saturaciones factoriales (ítems 3, 4, 9, 12, 17, 18, 20, 21 que aparecen sombreados en «negrita») por lo que fueron eliminados. También se puede observar que las saturaciones obtenidas en la mayoría de los ítems son inferiores a las encontradas por Watson y Greer (1983), excepto en los ítems 5, 13, 14, 15, 16 y 19.

Puesto que nuestros resultados no apoyaban la estructura interna postulada por los autores del instrumento (Watson y Greer, 1983), realizamos un segundo análisis considerando la escala en su totalidad. Los tres criterios considerados para la extracción de los diferentes factores fueron: a) pesos en torno a .30; b) que el ítem tuviese una saturación en el segundo factor menor

de .30; y c) una diferencia de pesos factoriales entre dos factores de al menos .25. De este modo, resultaron tres factores que, en conjunto, explicaban el 40% de la varianza. El porcentaje de varianza explicada por cada uno de los factores fue de 19.1% (Factor I), 12.7% (Factor II) y 9.2% (Factor III): El Factor I (*Escala de Expresión/Represión de Enfado y Preocupación* -EEEP-) consta de 5 ítems (3, 4, 10, 13, 14) y hace referencia al grado en el que los pacientes aquejados de una enfermedad neoplásica reprimen o expresan su preocupación y enfado. El Factor II (*Escala de Control Emocional* -ECE-) consta de 3 ítems (6, 12, 20) que hacen referencia al control que los pacientes con cáncer realizan sobre sus emociones (enfado, preocupación y tristeza) mediante la supresión (o eliminación) de dichas emociones. Finalmente, el Factor III (*Escala de Expresión/Represión de la Tristeza* -EET-) consta de 4 ítems (15, 16, 18, 19) que se refieren al grado en el que los pacientes con cáncer reprimen o expresan su tristeza.

Por tanto, como puede apreciarse en la tabla 3, los resultados apoyan parcialmente la estructura interna de Watson y Greer (1983) puesto que sólo la escala ECE confirmaría la propuesta de los autores del citado instrumento quienes consideran que su escala es una medida del control emocional, esto es, de la supresión del enfado, la preocupación y la tristeza. Sin embargo, no existiría la especificidad postulada por los autores ya que no se han encontrado factores independientes para cada una de las emociones (como

sugieren Watson y Greer, 1983). El contenido del resto de las escalas nos sugiere que además del control emocional, la escala CECS es una medida de la expresión/represión emocional en un doble sentido, del enfado y la preocupación por una parte, y, de otro lado, de la tristeza. De este modo, parece existir tanto una especificidad de emociones (enfado/preocupación y tristeza), coincidiendo, en parte, con Watson y Greer (1983), como de una especificidad por acciones (control y expresión/represión), apoyando parcialmente a Bleiker et al. (1993). Por este motivo realizamos un análisis con rotación oblimin, tal y como sugieren Bleiker et al. (1993), encontrando resultados muy similares como puede apreciarse: Factor I (ítems 3, 4, 10, 13, 14); Factor II (ítems 6, 12, 20); y Factor III (ítems 15, 16, 19).

Por otro lado, al comparar las intercorrelaciones entre las escalas del primer análisis, es decir, considerando individualmente cada una de las escalas del CECS (enfado, preocupación y tristeza), con las del segundo análisis en el que se analiza la escala en su conjunto (EEEP, ECE, EET) encontramos que éstas últimas son muy inferiores a las primeras, lo cual indicaría una mayor especificidad de las nuevas escalas: EEEP, ECE, EET (Tabla 4).

La consistencia interna de las escalas se evaluó calculando los coeficientes alpha (Cronbach, 1951) en la muestra de estudio. Los coeficientes alpha para las escalas de enfado, preocupación y tristeza (Tabla 2) fueron bajos, especialmente en la escala de preocu-

Tabla 2
Comparación de la escala original de Watson y Greer con la escala adaptada inicial

| ITEMS DE LA ESCALA | ALPHA | %VARIANZA | PESOS FACTORIALES | |
|---|-------|-----------|-------------------|----------------------------|
| | | | WATSON | ESCALA Y GREER ADAPTADA |
| SUBESCALA DE ENFADO | .5226 | 26.6 | | |
| 1. Se queda como si tal cosa, como si no pasara nada (1) | | | .79 | .58 |
| 2. Se calla para no discutir (2) | | | .56 | .39 |
| 3. Echa fuera su mal humor (3) | | | .61 | .10 |
| 4. Le cuenta a alguien que está enfadado/a (4) | | | -.57 | -.11 |
| 5. Intenta que los demás no se den cuenta para no montar una escena (5) | | | | .65 |
| 6. Intenta que se le quite el enfado (6) | | | .63 | .59 |
| 7. Intenta disimular poniendo buena cara (7) | | | .61 | .59 |
| SUBESCALA DE PREOCUPACIÓN | .2354 | 39 | | |
| 8. Deja que los demás se den cuenta de que está preocupado/a (16) | | | -.75 | -.62 |
| 9. Se queda como si tal cosa, como si no pasara nada (20) | | | .58 | .24 |
| 10. Se encierra en sí mismo/a y no dice nada (17) | | | .74 | .68 |
| 11. Habla con alguien y le cuenta lo que le pasa (15) | | | -.76 | -.74 |
| 12. Intenta que se le quite la preocupación (21) | | | .55 | .08 |
| 13. Echa fuera esa preocupación (19) | | | .65 | .69 |
| 14. Le dice a alguien que está preocupado/a (18) | | | -.70 | -.75 |
| SUBESCALA DE TRISTEZA | .5095 | 29.1 | | |
| 15. Se calla y no dice nada de que está triste (13) | | | .61 | .68 |
| 16. Intenta disimular que está triste (11) | | | .67 | .76 |
| 17. Se hace el/la duro/a (14) | | | .56 | .46 |
| 18. Se queda como si tal cosa, como si no pasara nada (10) | | | .69 | .37 |
| 19. Deja que los demás se den cuenta de que está triste (9) | | | -.70 | -.73 |
| 20. Intenta que se le quite la tristeza (12) | | | .61 | .22 |
| 21. Echa fuera la tristeza (8) | | | .74 | .16 |
| ESCALA TOTAL | 6592 | | | |

EEEP: Escala de Expresión del Enfado y la Preocupación; ECE: Escala de Control Emocional; EET: Escala de Expresión de la Tristeza.
En paréntesis figura el orden correspondiente a los ítems de la escala original de Watson y Greer (1983).

| <i>Tabla 3</i> Pesos factoriales, porcentaje de varianza y coeficiente alpha en las nuevas escalas (EEEP, ECE, EET) | | | | |
|---|------------------|------------------|-------------------|-------|
| ITEMS DE LA ESCALA | FACTOR I EEEP | FACTOR II ECE | FACTOR III EET | TOTAL |
| SUBESCALA DE ENFADO | | | | |
| 1. Se queda como si tal cosa, como si no pasara nada (1) | | | | |
| 2. Se calla para no discutir (2) | | | | |
| 3. Echa fuera su mal humor (3) | .2972 | | | |
| 4. Le cuenta a alguien que está enfadado/a (4) | .7833 | | | |
| 5. Intenta que los demás no se den cuenta para no montar una escena (5) | | | | |
| 6. Intenta que se le quite el enfado (6) | | .7273 | | |
| 7. Intenta disimular poniendo buena cara (7) | | | | |
| SUBESCALA DE PREOCUPACIÓN | | | | |
| 8. Deja que los demás se den cuenta de que está preocupado/a (16) | | | | |
| 9. Se queda como si tal cosa, como si no pasara nada (20) | | | | |
| 10. Se encierra en sí mismo/a y no dice nada (17) | .4332 | | | |
| 11. Habla con alguien y le cuenta lo que le pasa (15) | | | | |
| 12. Intenta que se le quite la preocupación (21) | | .8080 | | |
| 13. Echa fuera esa preocupación (19) | .2766 | | | |
| 14. Le dice a alguien que está preocupado/a (18) | .7792 | | | |
| SUBESCALA DE TRISTEZA | | | | |
| 15. Se calla y no dice nada de que está triste (13) | | | .4204 | |
| 16. Intenta disimular que está triste (11) | | | .8611 | |
| 17. Se hace el/la duro/a (14) | | | | |
| 18. Se queda como si tal cosa, como si no pasara nada (10) | | | .2823 | |
| 19. Deja que los demás se den cuenta de que está triste (9) | | | .6647 | |
| 20. Intenta que se le quite la tristeza (12) | | .7858 | | |
| 21. Echa fuera la tristeza (8) | | | | |
| % VARIANZA | 19.1 | 12.7 | 9.2 | |
| ALPHA | .7048 | .7313 | .6042 | .6429 |
| EEEP: Escala de Expresión del Enfado y la Preocupación; ECE: Escala de Control Emocional; EET: Escala de Expresión de la Tristeza. En paréntesis figura el orden correspondiente a los ítems de la escala original de Watson y Greer (1983). | | | | |

pación. La posibilidad de aumentar la fiabilidad de las escalas eliminando algunos ítems fue mínima. No obstante, la consistencia interna de toda la escala en su conjunto es aceptable ($\alpha = .66$), aumentando considerablemente al eliminar el ítem 11 ($\alpha = .71$). Los coeficientes de las nuevas escalas (EEEP, ECE, EET) son superiores (Tabla 3) a los de las escalas iniciales (Tabla 2). Y, al considera todas las escalas en su conjunto (Tabla 3), la consistencia interna es aceptable (en torno a 0.65).

| <i>Tabla 4</i> Coeficiente de correlación de las escalas iniciales (enfado, preocupación y tristeza) y de las nuevas escalas (EEEP, ECE, EET) | | |
|---|-------------------------------|---------------|
| | COEFICIENTE DE CORRELACIÓN | SIGNIFICACIÓN |
| ESCALAS INICIALES | | |
| Preocupación-Tristeza | .2534 | .021 |
| Preocupación-Enfado | .5313** | .000 |
| Tristeza-Enfado | .2291 | .037 |
| NUEVAS ESCALAS | | |
| ECE-EEEP | -.0772 | .488 |
| ECE-EET | .0792 | .476 |
| EEEP-EET | .2497 | .023 |
| EEEP: Escala de Expresión del Enfado y la Preocupación; ECE: Escala de Control Emocional; EET: Escala de Expresión de la Tristeza. ** $p < 0.001$ | | |

Por último, se comparó el constructo «Tipo C» en base a las nuevas escalas obtenidas (EEEP, ECE, EET) en dos muestras de sujetos («sanos» *versus* «pacientes con cáncer») mediante el procedimiento de comparación de Rangos Medios utilizando la «U» de Mann-Whitney.

Como se muestra en la Tabla 5, los «pacientes con cáncer» presentaron diferencias altamente significativas con respecto a los sujetos «sanos» en las *Escala de Control Emocional* (ECE) y muy significativas en la *Escala de Expresión/Represión de la Tristeza* (EET), no encontrándose diferencias en la *Escala de Expresión/Represión del Enfado y la Preocupación* (EEEP).

| <i>Tabla 5</i> Comparación de grupos con las nuevas escalas (EEEP, ECE, EET) utilizando la prueba «U» de Mann-Whitney | | | | | | |
|---|-------|-------|--------|---------|-------|--------|
| | EEEP | | ECE | | EET | |
| | R.M. | S | R.M. | S | R.M. | S |
| ONCO | 83.89 | | 103.75 | | 92.72 | |
| SANOS | 83.11 | .9172 | 63.25 | .0000** | 74.28 | .0130* |
| EEEP: Escala de Expresión del Enfado y la Preocupación; ECE: Escala de Control Emocional; EET: Escala de Expresión de la Tristeza; ONCO: Muestra de pacientes con cáncer; SANOS: muestra de sujetos sanos; R.M.: Rangos Medios; S: Significación. * $p < 0.01$. ** $p < 0.001$ | | | | | | |

Discusión

La adaptación del CECS con la estructura propuesta por Watson y Greer (1983) presenta una buena consistencia interna como medida general del control emocional, pero la escasa consistencia interna encontrada en las tres escalas que la componen indica que no debería emplearse para evaluar el control emocional (Tabla 2) considerando individualmente cada una de las emociones (enfado, preocupación y tristeza). Sin embargo, al realizar el segundo análisis se obtienen tres escalas (Tabla 3) con un aumento notable de su consistencia interna. Por otra parte, estas escalas presentan menores intercorrelaciones que las escalas iniciales (Tabla 4), lo que nos sugeriría una mayor especificidad de las nuevas escalas: EEEP, ECE, EET (Tabla 3). Por tanto, teniendo en cuenta estas escalas (EEEEP, ECE, EET), podría considerarse que la adaptación al castellano de la *Escala Courtauld de Control Emocional* (Watson y Greer, 1983) presenta una buena fiabilidad y mayor especificidad (atendiendo tanto a las emociones como a las acciones).

De este modo, encontramos una diferenciación entre enfado/preocupación (Factor I) *versus* tristeza (Factor III), lo cual coincidiría, en parte, con la propuesta de Watson y Greer (1983), indicando la existencia de una cierta especificidad. Esta conclusión estaría apoyada por las intercorrelaciones encontradas entre las escalas en la Tabla 4, donde puede observarse que existe una asociación elevada entre las escalas de preocupación y enfado, mientras que la escala de tristeza presenta una baja relación con las otras dos escalas (enfado/preocupación). Al mismo tiempo, parece que existe una especificidad respecto al tipo de acción que el paciente ejerce sobre sus emociones, suprimiéndolas (Factor II: control del enfado, preocupación y tristeza), reprimiendo/expresando el enfado y la preocupación (Factor I), o reprimiendo/expresando la tristeza (Factor III), lo que apoyaría, en parte, la propuesta de Bleiker et al. (1993). Por tanto, no encontramos una especificidad por emociones, tal y como sugieren Watson y Greer (1983); ni una especificidad por acciones, tal y como Bleiker et al. (1993) postulan. Encontramos cierta especificidad por emociones y por acciones, pero en un sentido distinto a las propuestas originales. Así, la especificidad emocional se referiría al enfado y la preocupación (consideradas en conjunto) *versus* la tristeza; y la especificidad en base a las acciones haría referencia a la expresión/represión (consideradas en conjunto) *versus* el control emocional (supresión o eliminación de emociones). De este modo, nuestros resultados apoyan, parcialmente, tanto a Watson y Greer (1983) como a Bleiker et al. (1993).

Al comparar los sujetos «sanos» con los «pacientes con cáncer» utilizando las nuevas escalas (EEEEP, ECE, EET) encontramos que los pacientes aquejados de cáncer realizan un mayor control sobre sus emociones (enfado, preocupación y tristeza) intentando eliminarlas o suprimirlas que los sujetos «sanos», así como una mayor expresión/represión de la tristeza, no encontrando diferencias significativas en la expresión/represión de la preocupación y el enfado. Aunque diversos estudios han confirmado la existencia de un mayor control emocional en pacientes con cáncer (Fernández-Ballesteros y Ruiz, 1997; Fernández-Ballesteros, Zamarón, Ruiz, Sebastián y Spielberger, 1997; Fernández-Ballesteros, Ruiz y Santiago, 1998; Greer y Morris, 1975; Morris, Greer, Pettigale y Watson, 1981; Sebastián, Mateos y Prado, 2000), pocos trabajos han estudiado este patrón comportamental atendiendo a la especificidad de las emociones o las acciones (Amorós, Anate, Esteve, López y Ramírez, 1998; Rodríguez, M.J., Esteve, R. y López, A.E., 2000).

Una conclusión que podría derivarse de la comparación de los grupos («sanos»/«cáncer») es que los pacientes con cáncer reali-

zan un mayor control sobre sus emociones, consideradas en conjunto (enfado, preocupación y tristeza), y al mismo tiempo ejercen una mayor represión sobre la tristeza, lo que sugiere cierta especificidad por emociones (al menos tristeza), y cierta especificidad por acciones (control/supresión *versus* expresión/represión). Llama la atención la especificidad encontrada para la emoción de tristeza, apareciendo claramente diferenciada del resto de emociones (enfado y preocupación) y que dicha emoción diferencie significativamente a los sujetos «sanos» de los «pacientes con cáncer». Quizás el hecho de que los pacientes acudieran a la consulta del médico con la expectativa de recibir un diagnóstico ha podido determinar el estado emocional de dichos pacientes, en el sentido de confirmar su sospecha respecto del diagnóstico a recibir. De cualquier forma, lo que si parece evidente es que estos pacientes manejan la tristeza de forma diferente que los sujetos «sanos» (que no se encuentran amenazados por la confirmación de un diagnóstico).

Resulta paradójico que no hayamos encontrado diferencias significativas entre los pacientes con cáncer y los sujetos «sanos» con respecto a la expresión/represión del enfado y la preocupación (en conjunto). Aunque algunos autores han encontrado diferencias significativas con respecto a la preocupación y el enfado consideradas individualmente (Greer y Morris, 1975; Morris, Greer, Pettigale y Watson, 1981), no existen datos concluyentes sobre dichas emociones en conjunto. Conclusiones semejantes pueden realizarse sobre la tristeza.

En suma, nuestro estudio aporta cierta evidencia de que los «pacientes con cáncer» presentan un estilo caracterizado por el control de las emociones (enfado, preocupación y tristeza) y la represión de la tristeza que los diferencia significativamente de los «sujetos sanos». Queda por demostrar si este estilo comportamental podría constituirse en un patrón que determina en el sujeto el desarrollo de conductas que lo hacen proclive a desarrollar cáncer.

Finalmente, debe tenerse en cuenta que la presente investigación ha tenido una limitación ya que la edad ha sido elevada, especialmente en el grupo de pacientes con cáncer, lo cual, como sugiere la literatura, ha podido influir en los resultados. Así, se ha encontrado que «el riesgo de padecer cáncer está asociado con la edad, una mayor percepción del impacto negativo de algunos eventos vitales, la negación de problemas y la dificultad de la expresión de la ira» (Sebastián, Mateos y Prado, 2000, p.24). Futuras investigaciones tendrán por objeto replicar estos resultados controlando la edad y el tipo de cáncer que presenta el paciente, así como responder a la siguiente cuestión: ¿determina el estilo de control emocional (enfado, preocupación, tristeza) y represión (tristeza) el desarrollo de una enfermedad de tipo canceroso?, o, por el contrario, ¿es la enfermedad (cáncer) la que genera en el sujeto el desarrollo de estrategias específicas para hacer frente al cáncer en base a dicho estilo comportamental? En el primer caso, estaríamos hablando de características pre-mórbidas (Fernández-Ballesteros y Ruiz, 1997), mientras que en el segundo, se trataría de estilos de afrontamiento ante la enfermedad (Kreitler, Chaitchik y Kreitler, 1993; Phipps y Srivastava, 1997).

Agradecimientos

Los autores desean expresar su agradecimiento al Servicio de Oncología del Hospital Clínico de Málaga y especialmente a los doctores Emilio Alba y Lorenzo Alonso. También desean hacer extensivo este agradecimiento a todas las personas que aceptaron participar voluntariamente en esta investigación.

Referencias

- Amorós, F.J., Anarte, M.T., Esteve, R., López, A.E. y Ramírez, C. (1998). ¿Es el patrón de personalidad Tipo C característico de personas que padecen cáncer? *I Congreso Nacional de Psicooncología*. Madrid (8 de Octubre).
- Bleiker, E.M.A., Van Der Ploeg, H.M., Hendriks, J.H.C., Leer, J.H. y Kleijn, W.C. (1993). Rationality, emotional expression and control: psychometric characteristics of a questionnaire for research in psycho-oncology. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 861-872.
- Bleiker, E.M.A. (1995). *Personality factors and breast cancer*. Dordrecht: ICG Printing.
- Chico, E. (2000). Intensidad emocional y su relación con extraversión y neuroticismo. *Psicothema*, 12(4), 568-573.
- Chronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Errasti, J. (1998). Usos y abusos de la psicología de Eysenck. *Psicothema*, 10(3), 517-533.
- Esteve, R., López, A.E., Anarte, M.T., Ramírez, C. y Amorós, F.J. (1998). Construcción de un instrumento para evaluación del Tipo C. *II Congreso de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés*. Benidorm (Alicante) (24-26 Septiembre).
- Eysenck, H.J. (1994). Cancer, personality and stress: prediction and prevention. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 16, 167-215.
- Eysenck, H.J. y Grossarth-Maticek, R. (1991). Creative novation behaviour therapy as a prophylactic treatment for cancer and coronary heart disease: Part II-effects of treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 17-31.
- Fernández-Ballesteros, R. y Ruiz, M.A. (1997). Personalidad y cáncer: Hans J. Eysenck, un rebelde con causa. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 50(4), 447-464.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D., Ruiz, M.A., Sebastián, J. y Spielberger, C.D. (1997). Assessing emotional expression: Spanish adaptation of the Rationality/Emotional Defensiveness Scale. *Personality and Individual Differences*, 22(5), 719-729.
- Fernández-Ballesteros, R., Ruiz, M.A. y Garde, S. (1998). Emotional Expression in healthy women and those with breast cancer. *British Journal of Health Psychology*, 3, 41-50.
- Greer, S. y Morris, T. (1975). Psychological attributes of women who develop breast cancer: a controlled study. *Journal Psychosomatic Research*, 19, 147-153.
- Greer, S. y Watson, M. (1985). Towards a psychobiological model of cancer: psychological considerations. *Social Science and Medicine*, 20, 773-777.
- Grossarth-Maticek R., Bastians J. y Kanazir D.T. (1985). Psychosocial factors as strong predictors of mortality from cancer, ischemic heart disease and stroke; The Yugoslav prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 29: 167-176.
- Grossarth-Maticek, R. y Eysenck, H.J. (1990). Personality, Stress and Disease: Description and validation of a new Inventory. *Psychological Reports*, 66, 355-373.
- Kneier, A.W. y Temoshok, L. (1993). Repressive coping reaction in patient with malignant melanoma as compared to cardiovascular disease patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 28, 145-155.
- Kreitler, S., Chaitchik, S. y Kreitler, H. (1993). Repressiveness: cause or result of cancer? *Psychooncology*, 2, 43-54.
- López A.E., Esteve R., Ramírez C. y Anarte M.T. (1998). Dimensionalización del Constructo de Personalidad Tipo C. *Psyche*, 7(1), 3-12.
- Martínez-Sánchez, F., Ortiz-Soria, B. Y Ato-García, M. (2001). Subjective and autonomic stress response in alexithymia. *Psicothema*, 13(1), 57-62.
- Morris, T. y Greer, S. (1980). A «Type C» for cancer?. Low trait anxiety in the pathogenesis of breast cancer. *Cancer Detection and Prevention* 3, Abstract No. 102.
- Morris, T., Greer, S., Pettingale, K.W. y Watson, M. (1981). Patterns of expression of anger and their psychological correlates in women with breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 25, 111-117.
- Phipps, S. y Srivastava, D.K. (1997). Repressive Adaptation in Children with cancer. *Health Psychology*, 16, 521-528.
- Rodríguez, M.J., Esteve, R. y López, A.E. (2000). Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. *Psicothema*, 12(3), 339-345.
- Sandín, B., Chorot, P., Navas, M.J. y Santed, M.A. (1992). Estrés y enfermedad: Inventario de Reacciones Interpersonales de Grossarth-Maticek y Eysenck. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 45(4), 391-396.
- Sebastián, J., Mateos, N. Y Prado, C. (2000). Eventos vitales estresantes como factores de vulnerabilidad en el cáncer de mama. *Ansiedad y Estrés*, 6(1), 21-38.
- Spielberger, C.D. (1988a). *Rationality/Emotional Defensiveness Scale and Need of Harmony Preliminary Manuals*. Institute for research on Behavioral Medicine and Health Psychology, South Florida University.
- Spielberger, C.D. (1988b). *State-Trait Anger Expression Inventory*. Odesa, F.L.: Psychological Assessment Resources.
- Temoshok, L. y Sélér, B.W. (1984). On comparing apples, oranges, and fruits salad: a methodological overview of medical outcome studies in psychosocial oncology. In C.L. Copper (ed.). *Psychosocial Stress and Cancer*. New York: John Wiley.
- Temoshok, L. y Dreher, A.W. (1992). *The Type C Connection*. New York: Random House.
- Van der Ploeg H.M., Kleijn WCHR, Mook J., Van Donge M., Pieters AMJ, & Leer JWH (1989). Rationality and anti-emotionality as a risk factor for cancer concept differentiation. *Journal of Psychosomatic Research*, 33: 217-225.
- Watson, M. y Greer, S. (1983). Development o a questionnaire measure of emotional control. *Journal of Psychosomatic Research*, 27, 299-305.

Aceptado el 2 de mayo de 2001