



ANSIEDAD, IRA Y DEPRESIÓN EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

A. Sirgo*, M.B. Díaz-Ovejero, A. Cano-Vindel** y G. Pérez-Manga***

*Unidad de Psico-oncología, Hospital Universitario Sant Joan. Reus; **Universidad Complutense de Madrid, ***Hospital G. U. Gregorio Marañón. Madrid

2001, 7(2-3), 259-271

Resumen: En el presente trabajo se estudian la ansiedad, ira y depresión (emocionalidad negativa) en pacientes con cáncer de mama. Se realiza una investigación con 240 mujeres, divididas en dos grupos, previamente equiparados en las variables demográficas más importantes: (a) grupo clínico, constituido por 120 mujeres, en tratamiento por cáncer de mama; (b) grupo control, formado por 120 mujeres de la población general. Los resultados muestran que las pacientes con cáncer presentan: (1) niveles más bajos de ansiedad (rasgo, sistemas cognitivo y motor, ansiedad ante situaciones de evaluación, e interpersonales), medidos por el ISRA (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1994); (2) niveles más bajos de ira (rasgo, temperamento, estado, y expresión externa), junto con niveles más altos de control de ira (control y expresión interna), todos ellos medidos por el STAXI (Spielberger, 1991); (3) niveles más altos de depresión, medidos por el BDI (Beck et al., 1961). En general, estos resultados apoyan otros previos en los que hemos encontrado que un elevado número de pacientes con cáncer presentan un cierto estilo represivo de afrontamiento, caracterizado por baja ansiedad en los autoinformes y alta deseabilidad social. Se discuten las posibles consecuencias que este estilo de afrontamiento puede tener sobre la salud y sus implicaciones para un modelo general de emoción y adaptación

Palabras Clave: Ansiedad, Ira, Depresión, Cáncer, Afrontamiento

Abstract: In this work, anxiety, anger and depression (negative emotionality) in cancer patients are studied. A research with 240 women is carried out. The total sample is divided in two matched groups on the main sociodemographical variables: (a) clinical group, composed of 120 women, in treatment for breast cancer; (b) control group, made up of 120 women from the general population. Results show that cancer patients present: (1) lowest levels of anxiety (trait, cognitive and motor systems, anxiety in evaluation and interpersonal situations), assessed by the ISRA (Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 1994); (2) lowest levels of anger (trait, temperament, state, and external expression), next to highest levels of anger control (control and internal expression), assessed by the STAXI (Spielberger, 1991); (3) highest levels of depression, assessed by the BDI (Beck et al., 1961). In general, these results support another previous in which we had found that a great number of cancer patients show a certain depressive coping style, characterized by low anxiety scores on the self-reports and high social desirability. Possible consequences of this coping style on the health and its implications on a general model about emotion and adaptation are discussed.

Key words: Anxiety, Anger, Depression, Cancer, Coping

Title: *Anxiety, anger and depression in breast cancer patients*

Introducción

Las emociones son reacciones inmediatas e intensas ante situaciones importantes para el individuo (por ejemplo, situaciones de

peligro, amenaza, pérdida, daño, logro, satisfacción, etc.), que se experimentan como una fuerte conmoción del estado de ánimo, de carácter muy agradable (emociones positivas), o desagradable (emociones negativas). Dichas reacciones pueden ser identificadas en general por los otros miembros del grupo social a través de las expresiones faciales, posturas, gestos,

* Dirigir la correspondencia a: Dr. Antonio Cano Vindel. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. 28223 Madrid. E.Mail: canovindel@psi.ucm.es
© Copyright 2001: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*

faciales, posturas, gestos, cambios en el tono de voz, etc., característicos de determinados tipos de emociones (como son el miedo, la ira, la alegría, etc.), por lo que se considera que son necesarias para la comunicación y connaturales al ser humano (Cano-Vindel, 1989, 1996, 1997). A su vez, estas reacciones implican fuertes cambios fisiológicos en respuestas específicas de diferentes sistemas (sistema nervioso autónomo, sistema nervioso motor, sistema neuroendocrino, sistema inmune, etc.) Los cambios fisiológicos pueden ser considerados como preparatorios para la acción (defensa, huida, ataque, etc.) y en general aumentan el estado de activación o arousal.

Hoy en día hay un acuerdo generalizado al considerar que las emociones se manifiestan a través de tres sistemas conductuales o niveles diferentes: cognitivo, fisiológico y motor. Esta diferenciación fue planteada como "*el modelo de los tres sistemas de respuesta emocional*" por Lang (1968) y plantea la posibilidad de existencia de fraccionamiento o disociación de respuesta entre los tres tipos de manifestaciones.

La situación que provoca este conjunto de respuestas, que llamamos emociones, puede ser externa o interna al individuo; es decir, puede tratarse de un evento que acontece en el medio en el que se desenvuelve el individuo, o bien, de información procedente del propio sujeto, en forma de pensamientos, recuerdos, sensaciones propioceptivas, u otro tipo de información intrapsíquica. Las emociones cumplen una serie de funciones básicas: adaptativa, social y motivacional (Fernández-Abascal, 1997). Diferentes orientaciones teóricas hacen énfasis en alguna de estas funciones, pero todas coinciden en el valor informativo y comunicacional.

El modelo de Lazarus y Folkman (1986) resalta la importancia de los procesos cognitivos de valoración de la situación, me-

dianante la evaluación de las consecuencias que puede tener para los intereses del individuo (consecuencias positivas o negativas). También resalta la valoración de los recursos de afrontamiento que posee el individuo para intentar modificar aquellas consecuencias que sean negativas para sus intereses. Este modelo hoy en día ha alcanzado un alto grado de aceptación y ha sido incorporado como parte esencial de otros modelos más complejos.

Experimentar emociones es adaptativo, aunque a veces puedan alcanzarse niveles de intensidad elevados, además con una excesiva frecuencia, que podrían llevar a diferentes grados de desadaptación. Así, por ejemplo, es muy adaptativo tener capacidad para responder con ansiedad ante situaciones que pueden tener consecuencias negativas para el sujeto, pero si una persona pasa mucho tiempo en un estado de elevada ansiedad (p.e. porque interpreta que casi todas las situaciones pueden tener consecuencias negativas para él), quizás ya no es tan bueno experimentar tanta ansiedad, pues esta persona puede correr ciertos riesgos: aumento de la vulnerabilidad para desarrollar un trastorno de ansiedad, aumento de la probabilidad de comenzar a desarrollar una disfunción orgánica (por exceso de activación), aumento de la probabilidad de que ocurra una inmunodepresión (con los consiguientes riesgos de contraer enfermedades infecciosas o autoinmunes), etc.

También puede resultar desadaptativo experimentar niveles muy bajos de emocionalidad negativa. Por ejemplo, con cierta frecuencia encontramos que algunas personas obtienen puntuaciones anormalmente bajas en los inventarios de ansiedad. Tal es el caso de un buen número de pacientes con cáncer (Cano-Vindel, Sirgo y Pérez Manga, 1994; Cano-Vindel, Sirgo, Díaz Ovejero y Pérez Manga, 1997). Si hemos dicho que resulta adaptativo

dicho que resulta adaptativo poder experimentar ansiedad ante una situación de amenaza real, lógicamente podría ser desadaptativo no poder tener tal experiencia de alerta frente a la amenaza.

El modelo de los tres sistemas de respuesta resalta que las manifestaciones emocionales en estos tres niveles (experiencia emocional, activación fisiológica y conducta observable) no siempre covarían, presentando a veces correlaciones negativas o nulas entre sí, con lo que aparecen como sistemas parcialmente independientes. También dichas manifestaciones pueden presentar desincronía o disociación a lo largo de diferentes fases de la evaluación (Cano-Vindel, 1989; Cano-Vindel y Aguirregabiria, 1989). Este abordaje trae consigo implicaciones en distintos ámbitos del estudio de las emociones (relaciones entre los tres sistemas, evaluación de los tres sistemas por separado, interacción entre perfil de respuesta individual predominante y técnicas de tratamiento de desórdenes emocionales, etc.) En el campo de la expresión de emociones, son especialmente interesantes en particular los estudios sobre los sujetos que exhiben un estilo de afrontamiento represivo, que son aquellos individuos que no experimentan (a nivel cognitivo-subjetivo) reacciones emocionales negativas ante situaciones que normalmente las provocan, pero que sí aumentan su activación fisiológica (Cano-Vindel, Sirgo y Díaz-Ovejero, 1998).

Como ya se ha señalado existen emociones positivas y emociones negativas, según la experiencia hedónica que proporcionan (agradable o desagradable). Por lo general, las emociones negativas tienden a sufrir con mayor frecuencia algún tipo de afrontamiento evitativo, supresivo, o represivo. En los pacientes con cáncer las emociones positivas se encuentran asociadas con seguridad y las emociones negativas

aparecen relacionadas con incertidumbre (Hilton, 1989).

La supresión de la experiencia emocional tiene implicaciones negativas para la salud (Friedman y Booth-Kewley, 1987; Johnson y Greene, 1991; Martínez-Sánchez y Fernández-Castro, 1994). Los sujetos con cáncer, y especialmente el grupo de mujeres con tumores en la mama, parecen controlar la expresión de ira más que los sujetos sanos (Morris, Greer, Pettingale y Watson, 1981; Grossarth-Maticek, Bastiaans y Kanazir, 1985; Cooper y Faragher, 1993; Bleiker, van der Ploeg, Hendriks y Adèr, 1996; Cano-Vindel, Sirgo y Díaz-Ovejero, 1998). La expresión de emociones repercute en mejor calidad de vida en mujeres con cáncer de mama (Royak-Schaler, 1991; Staton, Danoff-Burg, Cameron, Bishop, Collins, Kirk, Sworowski y Twillman, 2000). La literatura refiere que la participación en grupos de apoyo expresivos facilita el afrontamiento al estrés relacionado con la enfermedad en mujeres con cáncer de mama avanzado (Sirgo y Gil, 2000; Classen, Butler, Koopman, Miller, DiMiceli, Giese-Davis, Fobair, Carlson, Kraemer y Spiegel, 2001).

Estudios sobre ansiedad y cáncer

Es una de las reacciones psicológicas más frecuentes que muestran las mujeres con cáncer de mama, en el momento del diagnóstico y a lo largo del proceso de la enfermedad y los tratamientos (Moyer y Salovey, 1996). La literatura refiere niveles de prevalencia para la ansiedad de hasta 16% en un grupo de mujeres con cáncer de mama en una fase temprana de la enfermedad (Watson, Greer, Rowden, Gorman, Robertson, Bliss y Tunmore, 1991).

En un meta-análisis realizado por van't Spijker, Trijsburg y Duivenvoorden en 1997 para tratar de conocer la prevalencia, ocurrencia, severidad y curso de los tras-

tornos psiquiátricos en pacientes con cáncer se encontró: (1) que no aparecen diferencias entre estos pacientes y la población normal en los niveles de ansiedad y (2) que los pacientes con cáncer presentan niveles más bajos de ansiedad que los pacientes psiquiátricos y que otros pacientes con enfermedades físicas crónicas.

Altos niveles de ansiedad en el momento del diagnóstico pueden estar relacionados con: (1) vulnerabilidad a la presencia de morbilidad psiquiátrica durante el transcurso de la enfermedad, y aparición de ansiedad si tiene lugar una recaída (Jenkins, May y Hughes, 1991), (2) aparición de náuseas y vómitos condicionados anticipatorios (Morrow, 1992; Redd, Montgomery y DuHamel, 2001), (3) un peor funcionamiento del sistema inmune (Fredriksen, Furst, Lekan-der y Rotstein, 1993; Eysenck, 1994), (4) recurrencia del cáncer (Jenkins et al., 1991) y (5) altos niveles de ansiedad crónica asociados tanto a control de emociones como no control de emociones predicen riesgo de fallecimiento más temprano por cáncer (Weihs, Enright, Simmens y Reiss, 2000).

En dos estudios llevados a cabo, uno con diferentes tipos de cáncer y otro con mujeres con cáncer de mama, hemos encontrado puntuaciones en ansiedad más bajas en estos pacientes que en la población general (Cano-Vindel et al. 1994, Cano-Vindel et al, 1997). En dichos trabajos hemos relacionado este hallazgo con el llamado estilo represivo de afrontamiento, que según nuestros datos estaría presente en un buen número de pacientes con cáncer.

Estudios sobre ira y cáncer

Los sujetos con cáncer controlan más la expresión de ira que los sujetos sanos, esto es así para poblaciones con diferentes tipos

de tumores (Temoshok, 1987; Kune, Kune, Watson y Bahnson, 1991; Sawn, Carmelli, Dame, Rosenman y Spielberger, 1992; Eysenck, 1994). Algunos autores informan de que estas diferencias alcanzan significación estadística sólo en el grupo de mujeres menores de 50 años (Morris et al., 1981; Scherg, Cramer y Blohmke, 1981; Jansen y Muenz, 1984). También aparecen correlaciones positivas entre control de ira e indefensión ($r= 0.17$, $p < 0.01$) y control de ira y fatalismo ($r= 0.24$, $p < 0.001$) en un grupo de mujeres con cáncer de mama en una fase temprana de su diagnóstico (Watson et al., 1991).

Estudios sobre depresión y cáncer

Algunos autores informan de una correlación positiva entre las puntuaciones en depresión y cáncer (Persky, Kempthorne-Rawson y Shekelle, 1987), otros autores aseguran que la relación que existe es la contraria (Dattore et al., 1980), y aún otros no encuentran ningún tipo de correlación (Kaplan y Reynolds, 1988; Zonderman, Costa y McCrae, 1989). Estos resultados contradictorios pueden ser debidos a los diferentes diseños de investigación empleados, que podrían hacer que muchos de los estudios fuesen incomparables entre sí (Farragher y Cooper, 1990; Bleiker et al., 1996).

Los síntomas depresivos son comunes entre la población con enfermedades crónicas. En pacientes diagnosticados con un tumor maligno, se señala que hay un 50% de sujetos con trastornos psicopatológicos, de los que un 13% cumplirían con los criterios diagnósticos de depresión mayor (Olivares y Cruzado, 1998).

La prevalencia de depresión en pacientes con cáncer oscila entre el 1.5% y 50% (con una media de 24%) (McDaniel, Musselman, Porter, Reed y Nemeroff, 1995), y en el cáncer de mama entre 10% y 32%

(con una media de 21%). Aparecen niveles de depresión más altos en los pacientes con cáncer que en la población general, y que en otros grupos de pacientes médicos, y niveles más bajos que en la población de pacientes psiquiátricos (van't Spijker et al, 1997). Las discrepancias en los datos radican en la dificultad en distinguir los síntomas físicos propios de la enfermedad y el tratamiento de los depresivos, que llegan a solaparse, resultando infravalorados y considerados consecuencia de la enfermedad.

Altos niveles de depresión en el momento del diagnóstico predecirían: (1) vulnerabilidad a la presencia de morbilidad psiquiátrica en el transcurso de la enfermedad, y (2) aparición de depresión si existe una recaída (Jenkins et al., 1991). Se ha establecido una relación entre las repercusiones de la depresión sobre el buen funcionamiento de los sistemas inmune y hormonal y su relación con el desarrollo del tumor (Levy, Herberman, Lippman y d'Angelo, 1987; O'Leary, 1990; Linkens y Comstock, 1990; Schulz y Schulz, 1992).

El control de la expresión de la emoción depresiva repercute sobre el riesgo de padecer cáncer de próstata en una muestra de 939 varones (Tijhuis, Elshout, Feskens, Janssen y Kromhout, 2000).

Los niveles de depresión se ven modulados por: (1) las creencias de control (Newson, Knapp y Schulz, en 1996, encontraron una correlación negativa entre depresión y percepción de control general sobre los acontecimientos de la vida, sobre el curso de la enfermedad y sobre los síntomas); y (2) por la sintomatología dolorosa (aumenta la depresión, Heim y Oei, 1993).

El objetivo del presente trabajo es estudiar las diferencias entre sujetos con cáncer y sujetos de la población general en las variables que evalúan expresión de emociones negativas ansiedad, ira y tristeza-depresión. A la luz de la revisión llevada

acabo hasta aquí, esperamos encontrar puntuaciones más bajas en los sujetos con cáncer de mama. Los sujetos con cáncer expresarán menos intensidad emocional y emplearán más mecanismos de control.

Método

Sujetos

La muestra evaluada estuvo formada por 240 sujetos. Un grupo de 120 mujeres con cáncer de mama en diferentes estadios de la enfermedad, con una media de edad de 48.76 años (rango 21-72). Este grupo presentó una media de 20.69 meses desde el diagnóstico (rango 3-104). Los sujetos fueron reclutados entre las pacientes del Hospital de Día del Servicio de Oncología Clínica del H. G. U. "Gregorio Marañón".

Un grupo control (n=120) formado por mujeres sanas. Debemos destacar que no existieron diferencias significativas en las variables socio-demográficas relevantes evaluadas entre ambos grupos.

Instrumentos

Los cuestionarios empleados pasan a describirse a continuación.

1. Cuestionario de variables sociodemográficas, médicas y factores de riesgo

Se recogen los datos sociodemográficos en ambas muestras: edad, estado civil, ocupación, creencias religiosas, nivel de estudios y número de hijos. También se recogió información sobre factores considerados de riesgo y hábitos de salud en ambas muestras: edad de la menarquia, edad del primer nacimiento, número de embarazos, antecedentes de cáncer de mama en la familia, historia personal de otro tipo de cáncer, peso, consumo de cigarrillos, consumo de alcohol, rutina de mamografías previas al diagnóstico y número de nódulos axilares positivos. En el grupo de cáncer, además,

se recogieron datos de índole exclusivamente médico relacionados con la enfermedad: fecha del diagnóstico del cáncer, tardanza en acudir al médico desde que se notaron los primeros síntomas, estadio del tumor, tipo de tratamiento recibido, tipo de cirugía y nuevo diagnóstico o existencia de recaídas.

2. *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, versión Breve (ISRA-B)* (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1994)

Esta es una versión reducida del I.S.R.A. (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1986, 1988, 1994). El I.S.R.A. es un inventario en formato S-R, es decir, incluye situaciones y respuestas, basado en el modelo interactivo de Endler (1975) y el modelo tridimensional de la ansiedad de Lang (1968). Evalúa la ansiedad en los tres niveles de respuesta: cognitivo, fisiológico y motor. Cada ítem es puntuado en una escala de 5 puntos (0-4), donde 0 representa "Casi Nunca" y 4 "Casi Siempre". En esta versión reducida, el área de respuesta cognitiva de ansiedad es evaluada por 7 ítems, el área de respuesta de ansiedad fisiológica por 10, y el área de respuesta motora de ansiedad por 7 ítems, componiendo un total de 24 ítems.

Se pueden evaluar cuatro factores situacionales o rasgos específicos de ansiedad:

- Ansiedad de Evaluación (FI). Se refiere a ansiedad ante situaciones que conlleven evaluación por parte de los demás, o cierto grado de responsabilidad, en las que el sujeto considere que puede resultar crítico. Este factor es evaluado por 6 ítems.
- Ansiedad Interpersonal (FII). Se refiere a situaciones de interacción social, especialmente heterosexuales. Evaluado por 3 ítems.
- Ansiedad Fóbica (FIII). Se refiere a situaciones ansiógenas provocadas por estímulos fóbicos. Evaluado por 4 ítems.

- Ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana (FIV). Hace alusión a un abanico de situaciones presentes en la vida diaria que pueden ser generadoras de ansiedad. Evaluado por 3 ítems.

Finalmente, también se puede establecer un Rasgo o Puntuación Total de ansiedad.

3. *Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo, versión 1* (STAXI -Spielberger, 1988, 1991).

Este inventario evalúa la expresión de ira por parte del sujeto. De él se pueden extraer la siguiente información:

- Estado de ira. Evaluado por 10 ítems.
- Rasgo total de ira. Se puede desglosar en :
 - Rasgo de ira como temperamento (evaluado por 4 ítems)
 - Rasgo de ira como reacción (evaluado por otros 4 ítems).
 - Control de la expresión de ira. Evaluado por 8 ítems).
 - Expresión de ira externa (expresión de ira hacia fuera). Evaluado por otros 8 ítems.
 - Expresión de ira interna (expresión de ira hacia dentro). Evaluado nuevamente por 8 ítems.
 - Expresión total de ira. Que es la suma de las dos subescalas anteriores, menos la de control.

4. *Inventario de Depresión de Beck* (BDI - Beck, Ward, Mendelsohn, Mock y Erbaugh, 1961; Conde y Useros, 1974).

La versión del inventario empleado en esta investigación consta de 19 bloques de enunciados diferentes, que van de 4 a 8 según el bloque de que se trate, y que describen en un gradiente de mayor a menor intensidad respuestas relacionadas con el estado depresivo. El sujeto debe elegir dentro de cada bloque el enunciado que más se ajuste a su estado de ánimo actual. Com-

prende ítems relativos a aspectos cognitivos, fisiológicos y conductuales de la respuesta depresiva, pero preferentemente evalúa aspectos cognitivo-verbales de la depresión.

Resultados

Tal y como esperábamos, los sujetos con diagnóstico de cáncer de mama presentan en general puntuaciones más bajas en las subescalas de ansiedad auto-informada que el grupo control (ver Tabla 1). Esto sucede en el nivel general de ansiedad, en dos de los tres sistemas de respuesta (cognitivo y motor) y en dos de las cuatro áreas situa-

cionales evaluadas por el ISRA (ansiedad ante situaciones de evaluación y ansiedad ante situaciones interpersonales).

Las mujeres con un diagnóstico de cáncer de mama no sólo presentan menores puntuaciones en el rasgo de ansiedad, sino que también presentan un menor rasgo de ira que los sujetos del grupo control, tal y como es evaluado mediante el STAXI. Los pacientes con cáncer presentan niveles más bajos que el grupo control en las siguientes escalas: rasgo de ira, temperamento de ira, estado de ira, y expresión de ira externa ($p < 0.07$). En cambio presentan mayores puntuaciones en el control de ira y en la expresión interna de la ira.

Tabla 1. Medias, desviaciones típicas y pruebas de t para los grupos de pacientes con cáncer (n=120) y control (n=120) en las puntuaciones de ansiedad medidas por el I.S.R.A.

Variable		Cáncer	Control	t	p
Cognitiva	M	8.02	10.37	-3.16	0.0018
	Sx	6.09	5.40		
Fisiológica	M	6.82	8.14	-1.67	0.0963
	Sx	6.29	5.92		
Motora	M	4.35	8.01	-8.13	0.0000
	Sx	3.00	3.91		
Total	M	19.19	26.52	-7.10	0.0000
	Sx	11.97	12.13		
Evaluación (F1)	M	8.87	12.57	-6.43	0.0000
	Sx	4.40	4.48		
Interpersonal (F2)	M	1.17	2.86	-6.13	0.0000
	Sx	1.57	2.56		
Fóbica (F3)	M	5.52	5.83	-0.61	0.5397
	Sx	3.73	4.04		
Cotidiana (F4)	M	1.77	1.88	-0.50	0.6199
	Sx	1.81	1.82		

Tabla 2. Medias, desviaciones típicas y pruebas de t para los grupos de pacientes con cáncer (N=120) y control (N=120) en las puntuaciones de ira medidas por el S.T.A.X.I.

Variable		Cáncer	Control	t	p
Estado de Ira	M	10.27	11.44	-2.35	0.0194
	Sx	1.41	3.82		
Rasgo de Ira	M	17.00	18.86	-2.94	0.0037
	Sx	4.35	5.40		
Temperamento de Ira	M	5.89	7.00	-3.38	0.0008
	Sx	2.42	2.65		
Reacción de Ira	M	8.23	8.73	-1.39	0.1660
	Sx	2.46	3.08		
Control de Ira	M	23.21	20.74	3.84	0.0002
	Sx	4.44	5.45		
Expresión Externa de Ira	M	13.83	14.67	-1.80	0.0763
	Sx	3.65	3.61		
Expresión Interna de Ira	M	52.57	50.94	3.61	0.0004
	Sx	4.30	2.45		
Índice de Expresión de Ira	M	59.20	60.88	-1.59	0.1137
	Sx	7.66	8.65		

En cambio las pacientes con cáncer de mama aparecen más deprimidas que las mujeres sanas, aunque sin llegar a alcanzar puntuaciones clínicas de depresión (Tabla 3).

Tabla 3. Medias, desviaciones típicas y prueba de t para los grupos de pacientes con cáncer (N=120) y control (N=120) en las puntuaciones en depresión medidas por el B.D.I.

Variable	Cáncer	Control	t	p
M	10.92	6.61	5.70	0.0000
Sx	6.75	4.80		

Así pues, como podemos ver, las pacientes con cáncer de mama en las subescalas que evalúan control y expresión de

emociones negativas muestran una tendencia hacia el control emocional. Tienen mayores puntuaciones en control de ira, mientras que expresan externamente menos e internamente más sus emociones negativas que las mujeres sanas. Tienden a dirigir significativamente más su ira hacia dentro y ocultar sus emociones negativas, controlando su expresión externa.

De lo dicho aquí se puede establecer que los sujetos del grupo de cáncer, globalmente, controlan sus emociones negativas en el sentido propuesto, excepto para el caso de la depresión.

Discusión y Conclusiones

Los sujetos que emplean un estilo de afrontamiento represivo se caracterizan por bajas puntuaciones en ansiedad y altas puntua-

ciones en discapacidad social. Estos sujetos controlan la expresión de sus emociones negativas en un talante claramente defensivo (Jensen, 1987). Las estrategias de afrontamiento defensivas, centradas en la emoción, pueden ser consideradas estrategias mentales que tienen como propósito detener o desviar los estados emocionales negativos activados por estímulos amenazantes. Creemos que éstas pueden ser estrategias muy primitivas, que producen un bloqueo del input sensorial de los estímulos amenazantes en un punto muy inicial del procesamiento de la información, o bien, puede tratarse de estrategias más elaboradas, como sucede cuando se redefine la situación amenazante, durante el proceso evaluativo, después de que haya sucedido, con el objetivo de hacerla menos molesta. En este sentido estamos de acuerdo con los autores que consideran que las estrategias defensivas de control emocional tienen una gran importancia de cara a mantener el bienestar físico y psicológico bajo condiciones de estrés (Olf, Godaert, Brosschot, Weiss y Ursin, 1990). Desde orientaciones teóricas multidimensionales se ha defendido una potencial función adaptativa de estos procesos defensivos y de evitación (Lazarus, 1985), aunque subrayamos que la efectividad o inefectividad de su puesta en marcha depende de una serie de factores relacionados con el estresor y con el individuo que las moviliza, que hay que tener en consideración.

Se considera que la función principal de estas estrategias de afrontamiento defensivo radica en la resolución de conflictos entre lo que es percibido por el individuo y sus valores internalizados, con lo que el individuo puede distorsionar o ignorar selectivamente ciertos aspectos de su mundo interno y de su entorno externo. En este sentido, se ve el estilo de afrontamiento represivo como “un esfuerzo consciente y deli-

berado de retirar la atención de estímulos amenazantes” (Rofé, 1989). A pesar de este cariz adaptativo que pueden tomar según qué circunstancias las estrategias de afrontamiento defensivas, creemos que no debemos de olvidar cuestionarnos ¿a qué coste para el organismo esta defensa emocional es adaptativa, teniendo en cuenta las repercusiones fisiológicas de esta forma de afrontamiento?. Y, precisando más aún nos atrevemos a preguntar ¿en qué punto las estrategias defensivas de control emocional dejan de ser adaptativas y pasan a acarrear consecuencias nefastas para el individuo?.

Se asume que el fraccionamiento cognitivo-motor-autonómico que caracteriza al estilo represivo de afrontamiento representa un proceso útil para reducir o modular la experiencia consciente del afecto negativo que sigue a la evaluación de un estímulo como amenaza. Este argumento es consonante con la teoría del triple sistema de respuesta de ansiedad y apoya la idea de que estos tres sistemas diferentes de respuesta están regulados por sistemas de control parcialmente independientes (Buck, 1988; Cano-Vindel y Aguirregabiria, 1989; Leventhal, 1991).

Por lo tanto las pacientes diagnosticadas con un tumor maligno de mama no están ignorando la amenaza que supone su diagnóstico, aunque es cierto que la experiencia subjetiva de la emoción negativa que éste genera es minimizada. Sí existe evidencia de que la amenaza es evaluada, esta evidencia viene dada por las señales fisiológicas o motoras de reconocimiento del peligro por parte del individuo, así que esta experiencia emocional puede ser capturada a través de otros métodos de evaluación, como se ha venido haciendo mediante medidas psicofisiológicas y evaluación de la expresión motora facial (Asendorpf y Scherer, 1983). Estos datos también indican que la activación autonómica parece jugar un

papel mínimo o indiferenciado en la percepción de la experiencia subjetiva de la emoción en los sujetos represores, a pesar de que el incremento en las señales fisiológicas indica que estos sujetos han realizado, al menos, una evaluación inicial de la amenaza (Leventhal, 1991). Estos datos también podrían reflejar que debido a la disociación o fraccionamiento entre los sistemas de respuesta a los sujetos les resulta más fácil focalizar en aquel sistema al que pueden manipular o controlar con mayor comodidad y más fácilmente, para hacerlo coincidir con el auto-engaño a que se están sometiendo y están sometiendo a los demás, con el objeto de mitigar el impacto emocional del acontecimiento amenazante, donde el sistema de respuesta fisiológico simplemente es ignorado, en un talante claramente defensivo. Así, si un sujeto utiliza estrategias del tipo de negación y evitación emocional, hemos visto que su autoinforme reflejará esa negación, pero a menos que la negación tenga éxito en eliminar la amenaza, la reacción de estrés y la activación fisiológica permanecerá, produciendo un patrón de discrepancia entre las reacciones observadas en cada uno de los tres niveles de respuesta (Lazarus, 1967).

A tenor de nuestros resultados creemos que el proceso de defensa emocional que subyace en el comportamiento represivo es consciente. Es decir, la experiencia amenazante es expuesta a un proceso de evaluación por parte del sujeto. Ya que:

(1) El sujeto represor hace esfuerzos para controlar la expresión externa de los afectos negativos, y lo consigue; manifiesta altos niveles de expresión interna, especialmente en la expresión de ira. Estos esfuerzos parecen ser conscientes.

(2) Los sujetos represores perciben que sus esfuerzos de control sobre sus experiencias y expresiones emocionales tienen éxito. Este alto control percibido es cons-

ciente y al mismo tiempo puede implicar un cierto grado de defensa, ya que puede llegar a suponer un modo de auto-engaño, el sujeto considera su control percibido subjetivo como control real. Sabemos, por estudios clásicos (Weiss, 1971), que la percepción de control sobre una amenaza determina la respuesta que se va a generar para hacerla frente, esto implica una evaluación previa, independientemente de que esta percepción de control sea realista, optimista o pesimista.

(3) Los sujetos represores no vivencian, ni se recrean, intensificando internamente sus estados emocionales negativos, tanto como el resto de sujetos, tratando con esta actitud de evitar esa experiencia. Estos resultados son consonantes con la falta de emotividad y pobreza en las experiencias afectivas de los sujetos represores, y demuestran una tendencia evitativa que posiblemente ha alcanzado un grado de automatización, pero es fruto de una evitación consciente.

(4) También puede considerarse consciente la actitud que mantienen los sujetos represores frente a los demás, tratando de presentar una auto-imagen favorable y aceptada socialmente, con conductas esperables y deseables.

También queremos dejar claro que estamos hablando de un proceso consciente que posiblemente ha alcanzado cierto grado de automatización en determinados individuos, que ante la amenaza que representa enfrentarse a su propio mundo afectivo, resultado de demandas externas, como en el caso del enfrentamiento a una enfermedad crónica, despliegan rápidamente su particular modelo de afrontamiento, sin enzarzarse en largos procesos evaluativos. Por lo tanto, el hecho de que lo consideremos un proceso consciente nos lleva a conceptualizarlo como un proceso voluntario, al menos en sus primeros momentos, poste-

riormente, y teniendo en cuenta que el sujeto aprende respuestas y reacciones, podríamos considerar que este tipo de afrontamiento emocional está sujeto a cierto grado de automatización. Según esto discrepamos de los estudios que, basados en la tradición perceptiva, establecen que los sujetos represores evitan inconscientemente el enfrentarse a sus estados emocionales negativos (Davis, 1990).

Existe una gran controversia, que alcanzó su punto álgido en la década de los ochenta, sobre si el estilo de afrontamiento represivo podría ser considerado factor causal en el comienzo, desarrollo y progresión del tumor (Temoshok, 1987). Nosotros creemos que resulta muy difícil considerar que este patrón de comportamiento, que caracteriza a los pacientes con tumores malignos, al menos, una vez diagnosticados y mientras están recibiendo el tratamiento, sea factor causal del desarrollo del cáncer, dadas las condiciones metodológicas que un diseño de investigación debería de tener para poder establecer la relación de causalidad, y que, los estudios revisados no contienen (Edelman y Kidman, 1997). De nuestros datos tampoco se puede deducir ese componente de causalidad, al tratarse de un estudio diferencial. Nosotros suscribimos los resultados más recientes que aparecen al respecto, en estudios prospectivos y metodológicamente cuidados, según los cuales parece existir solamente una leve asociación entre lo que los autores denominan factor de anti-emocionalidad, o ausencia de comportamientos emocionales, y desarrollo de neoplasia mamaria a largo plazo (Bleiker et al., 1996).

Consideramos que esta investigación inicia un campo interesante en el estudio de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción en las pacientes con neoplasias mamarias, pero se hace necesario: (1) introducir en los análisis medidas de la respuesta psicofisiológica, creemos que la medida de la respuesta electrodérmica, preferentemente la medida de conductancia de la piel sería la más idónea; (2) obtener medidas de marcadores del sistema inmune, ya que es uno de los sistemas susceptibles de verse afectado por variables psicológicas; (3) contar con diseños de investigación de corte prospectivo (conociendo las limitaciones de los diseños de corte retrospectivo); (4) establecer diferencias en el empleo de estrategias de afrontamiento represivo, entre las mujeres con cáncer de mama, teniendo en cuenta el tiempo transcurrido desde el momento del diagnóstico, para poder contrastar si el uso de estrategias de afrontamiento represivas se pone en marcha desde el momento del diagnóstico, o es algo que adquiere importancia conforme va transcurriendo el tiempo, y si esto es así, estudiar si existe alguna variable psicológica que actúe de moduladora de esta reacción; (5) establecer diferencias entre las mujeres con cáncer de mama en función del estadio en que se encuentre su enfermedad; (6) estudiar este mismo patrón de afrontamiento represivo en otro tipo de enfermedades crónicas (enfermedad inflamatoria intestinal y diabetes, por ejemplo) para contrastar si es un patrón de afrontamiento específico de los pacientes diagnosticados de cáncer o si por el contrario es extrapolable a otro tipo de enfermos.

Referencias bibliográficas

- Arkin, R.M. y Lake, E.A. (1983). Plumbing the depths of the bogus pipeline: A reprise. *Journal of Research in Personality*, 17, 81-88.
- Asendorpf, J.B. y Scherer, K.R. (1983). The discrepant repressor: Differentiation between low anxiety, high anxiety and repression of anxiety by autonomic-facial-verbal patterns of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(6), 1334-1346.
- Asendorpf, J.B., Wallbott, H.G. y Scherer, K.R. (1983). Der verfluchte Repressor: Ein empirisch begründeter Vorschlag zu einer zweidimensionalen operationalisierung von Repressionsensibilisierung. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 4(2), 11-126.
- Avila, A. y Tomé, M.C. (1989). Evaluación de la Deseabilidad Social y correlatos defensivos emocionales. Adaptación castellana de la escala de Crowne y Marlowe. En A. Echevarría y D. Páez (Eds.), *Emociones: Perspectivas Psicosociales* (págs. 505-514). Madrid: Ed. Fundamentos.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelsohn, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961): An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bleiker, E.M.A., Van der Ploeg, H.M., Hendriks, J.H.C.L. y Adèr, H.J. (1996). Personality factors and breast cancer development: A prospective longitudinal study. *Journal of the National Cancer Institute*, 88(20), 1478-1482.
- Buck, R. (1988). *Human Motivation and Emotion* (2ª Ed.). New York: Wiley.
- Cano-Vindel, A. (1989). *Cognición, emoción y personalidad: Un estudio centrado en la ansiedad*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Cano-Vindel, A. y Aguirregabiria, B. (1989). *Fraccionamiento de Respuesta Emocional y Control Voluntario: Un Estudio sobre el Estilo Represivo de Afrontamiento*. Resumos/Abstracts. Lisboa: Conferência Internacional "A Psicologia e os Psicólogos Hoje".
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J.J. (1996). *Cuestionario de Control, Defensa y Expresión de Emociones*. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid (cuestionario no publicado).
- Cano-Vindel, A., Sirgo, A. y Díaz-Ovejero, M.B. (1998). Control, defensa y expresión de emociones: Relaciones con salud y enfermedad. En E.G. Fernández-Abascal y F. Palmero (Eds.), *Emociones y Salud*. Barcelona: Ariel.
- Cano-Vindel, A., Sirgo, A., Díaz-Ovejero, M.B. y Pérez-Manga, G. (1997): Ansiedad, racionalidad, armonía y optimismo en el cáncer de mama: un estudio comparativo. *Psicología. COM [on line]*, 1(1), 53 párrafos. Disponible en : <http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol1num1/art.5.htm>.
- Cano-Vindel, A., Sirgo, A. y Pérez-Manga, G. (1994): Cáncer y estilo represivo de afrontamiento. *Ansiedad y Estrés*, 0, 101-112.
- Classen C., Butler L.D., Koopman C., Miller E., DiMiceli S., Giese-Davis J., Fobair P., Carlson R.W., Kraemer H.C y Spiegel (2001). Suportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: a randomized clinical intervention trial. *Archives of General Psychiatry*, 58(5), 494-501.
- Conde, V. y Useros, E. (1974). El Inventario para la medida de la depresión de Beck. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica*, 212-213, 153-167.
- Cooper, C.L. y Faragher, E.B. (1993). Psychosocial stress and breast cancer: The interrelationship between stress events, coping strategies and personality. *Psychological Medicine*, 23, 653-662.
- Crowne, D.P. y Marlowe, D. (1964). *The Approval Motive: Studies in Evaluative Dependence*. New York: Wiley.
- Davis, P.J. (1990). Repression and the inaccessibility of emotional memories. En J.L. Singer (Ed.), *Repression and Dissociation: Implications for personality, theory, psychopathology and health*. (págs.387-403). Chicago: University Chicago Press.
- Edelman, S. y Kidman, A.D. (1997): Mind and cancer: Is there a relationship?. A review of evidence. *Australian Psychologist*, 32(2), 79-85.
- Endler, N.S. (1975). A person-situation interaction model for anxiety. En C.D. Spielberger y I.G. Saranson (Eds.), *Stress and Anxiety*. (Vol 1). Washington, D.C.: Hemisphere.
- Eysenck, H.J. (1994). Cancer personality and stress: Prediction and prevention. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 16(3), 167-215.
- Faragher, E.B. y Cooper, C.L. (1990). Type-A stress prone behaviour and breast cancer. *Psychological Medicine*, 20, 663-670.
- Fernández-Abascal, E.G. (1997). Psicología de la motivación y la emoción. En E.G. Fernández-Abascal (Ed.), *Psicología General: Motivación y Emoción*

- (págs. 16-43). Madrid: Ed. Centro de Estudios Ramón Areces, S.A.
- 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.
- Fredrikson, M., Furst, C.J., Lekander, M. y Rotstein, S. (1993). Trait anxiety and anticipatory immune reactions in women receiving adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Brain, Behavior and Immunity*, 7(1), 79-90.
- Friedman, H.S. y Both-Kewley, S. (1987). The "disease-prone personality": A meta-analytic view of the construct. *American Psychologist*, 42, 539-555.
- Grossarth-Maticek, R., Bastiaans, J. y Kanaziv, D.T. (1985). Psychosocial factors as strong predictors of mortality from cancer, ischaemic heart disease and stroke: The Yugoslav prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 167-176.
- Heim, H.M. y Oei, T.P.S. (1993). Comparison of prostate cancer patients with and without pain. *Pain*, 53, 159-162.
- Hilton, B.A. (1989). The relationship of uncertainty, control, commitment and threat of recurrence to coping strategies used by women diagnosed with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 12(1), 39-54.
- Jansen, M.A. y Muenz, L.R. (1984). A retrospective study of personality variables associated with fibrocystic disease and breast cancer. *Journal of Psychological Research*, 28, 35-42.
- Jenkins, P.L., May, V.E. y Hughes, L.E. (1991). Psychological morbidity associated with local recurrence of breast cancer. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 21(2), 149-155.
- Jensen, M.R. (1987). Psychological factors predicting the course of breast cancer. *Journal of Personality*, 55(2), 317-342.
- Johnson, E.H. y Greene, A.F. (1991). The relationship between suppressed anger and psychosocial distress in african-american male adolescents. *Journal of Black Psychology*, 18(1), 47-65.
- Kaplan, G.A. y Reynolds, P. (1988). Depression and cancer mortality and morbidity: Prospective evidence from the Alameda county study. *Journal of Behavioral Medicine*, 11, 1-13.
- Kune, G.A., Kune, S., Watson, L.F. y Bahnson, C.B. (1991). Personality as a risk factor in large bowel cancer: Data from the Melbourne colorectal cancer study. *Psychological Medicine*, 21(1), 29-41.
- Lang, P.J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. En J.M. Shleien (Ed.). *Research in Psychotherapy, III*. Washington: American Psychological Association.
- Lazarus, R.S. (1967). Cognitive and personality factors underlying threat and coping. En M.H. Appley y R. Trumbull (Comp.), *Conference on Psychological Stress: Psychological Stress, Issues in Research; papers*. Century Psychology Series. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Lazarus, R.S. (1985). The cost and benefits of denial. En A. Monat y R.S. Lazarus (Eds.), *Stress and Coping* (2ª Ed., págs. 154-173). New York: Columbia University Press.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Ed. Martínez-Roca (V.O. 1984).
- Leventhal, H. (1991). Emotion: Prospects for conceptual and empirical development. En R.G. Lister y H.J. Weingartner (Eds.), *Perspective on Cognitive Neuroscience* (págs. 325-348). Oxford: Oxford University Press.
- Levy, S.M., Herberman, R.B., Lippman, M. y d'Angelo, T. (1987). Correlation of stress factors with sustained depression of natural killer cell activity and predicted prognosis in patients with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 5, 348-353.
- Linkens, R.W. y Comstock, G.W. (1990). Depressed mood and the development of cancer. *American Journal of Epidemiology*, 132, 962-972.