

Empatía y amor compasivo en el bienestar subjetivo y resiliencia de pacientes con cáncer y sus parejas

Empathy and compassionate love in subjective well-being and resilience of cancer patients and their partners

Daniela J. Cruz-Vargas y Rozzana Sánchez-Aragón

Universidad Nacional Autónoma de México¹

Autor para correspondencia: Rozzana Sánchez Aragón, rozzara@unam.mx.

RESUMEN

El cáncer constituye la principal causa de muerte en el mundo, por lo que representa un grave problema de salud pública. Si bien se le considera un padecimiento crónico-degenerativo, los cambios súbitos que trae consigo afectan por igual a los pacientes y a sus parejas, aunque de un modo distinto. El impacto, la adaptación y la mejora exitosa del padecimiento depende no solo de las circunstancias asociadas a la enfermedad, sino también de diversos factores externos, los cuales, se relacionan por una parte, con las características individuales —específicamente aquellas que orientan las conductas a la comprensión de sentimientos, pensamientos y reacciones (empatía), así como al cuidado, valoración y respeto hacia la pareja (amor compasivo), y finalmente las relacionadas con la integración del padecimiento a sus vidas, lo que favorece una evaluación positiva del sentido de la vida (bienestar subjetivo) y el afrontamiento adaptativo (resiliencia). Partiendo de lo anterior, los objetivos de la presente investigación consistieron en identificar la manera en que la empatía y el amor compasivo de las parejas de los pacientes con cáncer afectan el bienestar y la resiliencia de éstos últimos, y viceversa. Algunos de los resultados más sobresalientes muestran que las expresiones de comprensión, apoyo y aceptación integran la estructura, naturaleza e interacción de las relaciones de pareja. Asimismo, y contrario a lo reportado en literatura, el paciente oncológico desempeña un papel más activo sobre el bienestar de su pareja que esta, lo que se ve favorecido principalmente por la empatía y el amor compasivo, elementos que contribuyen a un mejor estado de salud y a una mayor satisfacción amorosa; aunado a ello, favorece una sensación de valía, fortaleza y certeza de contar con los recursos para poder afrontar el futuro con optimismo, lo que, en conjunto, hace posible que el paciente sea consciente no solo de sus propias habilidades y destrezas en la atención y cuidado que brinda a su pareja, sino también del valor y agradecimiento la misma experimenta al afrontar conjuntamente el padecimiento.

Palabras clave: Cáncer; Pareja; Empatía; Amor Compasivo; Bienestar; Resiliencia.

ABSTRACT

Cancer represents a public health problem worldwide and is the leading cause of death. Although it is considered a chronic-degenerative condition, the sudden changes that it brings with it impact patients and couples alike, although in a differential way. The impact, adaptation and successful improvement of the condition depends not only on the circumstances associated with the disease, but also on a series of external factors which are related on the one hand to the individual characteristics of the members, specifically those that guide the behaviors, to the understanding of feelings, thoughts and reactions (empathy), as well as to the care, appreciation and respect for the partner (compassionate love), and finally those related to the integration of the condition into their lives,

¹ Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México.



favoring positive evaluations of the sense of the life (subjective well-being) and adaptive coping (resilience). Based on the above, the objectives of this research consisted of: identifying how the empathy and compassionate love of the partners of cancer patients affect the subjective well-being and the resilience of the latter; and vice versa. Some of the most outstanding results show that expressions of understanding, support and acceptance integrate the structure, nature and interaction of couple relationships. Likewise, and contrary to the literature, the cancer patient plays a more active role on the well-being of his partner than the latter. Which is favored mainly by empathy and compassionate love, elements that contribute to a better state of health and love satisfaction. Added to this, they favor feelings of worth, strength and certainty of having the resources to be able to face the future with optimism. Which together, makes it possible for the patient to be aware, not only of their own abilities and skills in the attention and care they provide to their partner, but also of the value and gratitude that they experience when jointly facing their condition.

Key words: Cancer; Couple; Empathy; Compassionate love; Subjective well-being; Resilience.

El cáncer es considerado un padecimiento crónico-degenerativo (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2018) y constituye un importante problema de salud pública en todo el mundo (Siegel, Miller y Jemal, 2019). Además, es la principal causa de muerte, y en México se ha ubicado como la tercera entre las diez primeras desde 1960 (Kuri, 2011), solo después de las enfermedades cardiovasculares y la diabetes (Sociedad Mexicana de Oncología, 2016).

Los cánceres pulmonar, hepático, colorrectal, gástrico y de mama son los principales responsables del mayor número de fallecimientos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017), y aunque esta enfermedad engloba más de cien tipos diferentes, su característica principal es el crecimiento rápido y desordenado de células anormales que invaden tejidos normales y se diseminan de una parte del cuerpo a otras (metástasis) (Puente y De Velasco, 2019) como consecuencia de factores externos (consumo de tabaco, agentes químicos, radiaciones...) e internos (mutaciones, condiciones inmunológicas y mutaciones heredadas, los cuales pueden actuar en conjunto o secuencialmente

para iniciar o promover el desarrollo de la enfermedad) (American Cancer Society [ACS], 2012). En virtud de lo anterior, de la variedad de agentes que pueden desencadenarlo y de sus etapas (iniciación, crecimiento y desarrollo de metástasis), las cuales transcurren a lo largo de muchos años, es apropiado considerar a este padecimiento como un proceso multifacético, multifactorial y progresivo (Blanco y Navia, 1986).

Cuando su curso no logra controlarse sobreviene la muerte del paciente (PC en lo sucesivo); sin embargo, en otros casos, cuando el tratamiento permite sobrellevar la enfermedad y reducir la probabilidad de que reaparezca o de evitar que se disemine, se considera a los PC como “sobrevivientes” (American Society of Clinical Oncology, 2018). Estos no solamente han debido hacer frente previamente a los efectos físicos de la enfermedad y su tratamiento (fatiga, dolor, náuseas, insomnio), sino también a los deterioros funcionales y cognitivos y a las secuelas económicas (deudas médicas o insolvencia para adquirir los medicamentos) y psicológicas (p.e., estrés, angustia emocional, incertidumbre, ansiedad, depresión, confusión, ira, desesperación, etc.) que el padecimiento trae consigo (Cabrera, López, López y Arredondo, 2017; Miller *et al.*, 2019). Tales efectos y deficiencias pueden ser agudos y de corta duración, o bien persistentes y crónicos que afectan no solo al PC sino a toda la familia. Asimismo, y dado que pocos sucesos vitales generan cambios súbitos tan profundos, los PC, más que otros enfermos, requieren, además del alivio y el control de sus síntomas, sentirse apoyados, recibir expresiones de afecto y contacto físico, ser comprendidos y aceptados por los demás, así como saberse importantes no obstante su condición (OMS, 1990). Todos estos elementos se encuentran estrechamente relacionados con la satisfacción de necesidades y la respuesta a los diversos eventos estresantes de la vida (Vinokur y Vinokur-Kaplan, 1990), lo cual ha motivado que el trabajo teórico y empírico se haya trasladado de un enfoque tradicional, centrado exclusivamente en la vivencia del PC ante la enfermedad, a otros que dirigen su atención a analizar el impacto del padecimiento sobre su propio bienestar y desarrollo físico, emocional y cognoscitivo (Aguilar, 2014; Burman y Margolin, 1992; Moreira y Canavarró,

2013); los efectos de la prestación de cuidados y la calidad de la relación de pareja (Eriksson y Svedlund, 2006; Giese, Hermanson, Koopman, Weibel y Spiegel, 2000; Sanabria y Gers, 2018), y la comparación del efecto psicológico de la enfermedad en ambos miembros de la diada (Manne y Badr, 2008; Sanabria y Gers, 2018; Drabe *et al.*, 2015).

Este enfoque ha permitido constatar que las parejas de los pacientes con cáncer (PPC en lo que sigue) experimentan con frecuencia angustia debido a la posible pérdida de su compañero de vida, culpa relacionada con sus propias emociones e inquietudes, las cuales consideran injustificadas debido a que es la pareja quien padece la enfermedad (Aguilar, 2014), y preocupación constante relacionada con su capacidad para brindar el apoyo emocional y práctico necesario al PC (Manne y Bahr, 2008).

En suma, lo anterior puede llevar en muchos de los casos a que la PPC deje de lado sus propias necesidades para centrarse en el PC, lo que influye en el tipo de apoyo ofrecido, el cual se relaciona con una adaptación mejor o peor de este último a la enfermedad (Sanabria y Gers, 2018). Así, la empatía, que facilita el conocimiento de los sentimientos, pensamientos y reacciones conductuales de una persona, es uno de los elementos que suelen influir en el tipo de apoyo (Carlson, Ottenbreit, Pierre y Bultz, 2001; Hope y Mills, 2013), lo que resulta fundamental sobre todo cuando se le brindan cuidados a alguien que sufre dolor o algún daño físico (Sánchez-Aragón y Martínez, 2016), como es el caso de los PC.

En efecto, el trabajo empírico muestra que la empatía constituye un punto clave en el diagnóstico, tratamiento, atención y fase terminal del cáncer (Atici, 2006), al tiempo que mejora los resultados psicológicos de los PC al aliviar su angustia psicológica porque favorece el sentirse escuchado, valorado, comprendido y aceptado (Hope y Mills, 2013; Rohani *et al.*, 2018; Taleghani, Ashouri y Saburi, 2017). Específicamente en las relaciones de pareja, la empatía alude a las habilidades de que se dispone para percibir los estados emocionales del otro, lo que le permite adoptar una mentalidad semejante, haciéndole posible imaginar el modo en que piensa o siente aquel en una situación con-

creta (toma de perspectiva), reconocer perceptual y comprensivamente la naturaleza e intensidad de la emoción que su pareja experimenta (empatía cognoscitiva), experimentar sentimientos negativos, como ansiedad, malestar o tristeza presentes cuando la observa en una situación desfavorable (perturbación propia), y finalmente mostrar la sensibilidad y ternura por la pareja, que guían a esta a preocuparse por su estado emocional, lo que facilita la expresión de sus conductas de apoyo (Sánchez-Aragón y Martínez, 2016).

Así, aunque la mayoría de los intentos empáticos surgen de las interacciones cotidianas (Cohen, *et al.*, 2012), cuando uno de los miembros de la pareja se halla en un cierto nivel emocional de angustia resulta más probable que el otro experimente estados coincidentes o que los reproduzca, lo que hace posible una mejor comprensión entre ambos y favorece el que se proporcionen apoyo instrumental y emocional de una manera más eficaz (Verhofstadt, Buysse, Ickes, Davis y Devoldre, 2008). Por lo tanto, la empatía no son solo los esfuerzos para comprender a otra persona, sino también por responder conductualmente, de una manera compasiva, al estrés o la angustia de la misma (Decety y Jackson, 2004; Eisenberg, 2000; O'Brien, DeLongis, Pomaki, Puterman y Zwicker, 2009), aunque es justamente la percepción de dicho estado la causa principal de esa acción (Berscheid, 2010). Cuando tales conductas tienen como propósito el bienestar, el florecimiento, el cuidado, la valoración y el respeto a la pareja, se habla entonces de *amor compasivo*, que incluye actitudes, acciones, expresiones y palabras relacionadas con la entrega de sí mismo por el bien del otro (Underwood, 2009), todas ellas caracterizadas por la tolerancia, comprensión, honestidad, confianza y apoyo (Fehr, Harasymchuk y Sprecher, 2014; Fehr y Sprecher, 2009; Sprecher y Fehr, 2005; Underwood, 2002). Dichas conductas son efectuadas voluntariamente por el compañero, quien conoce de manera precisa las necesidades y sentimientos de su pareja, además de que tiene un compromiso emocional con ella (Underwood, 2009), por lo que suele acrecentar de este modo la satisfacción y la estabilidad de su vínculo (Berscheid, 2010).

Si bien, es posible que el amor compasivo se desarrolle y se muestre al principio de la relación,

se pone a prueba solo cuando el apoyo y sacrificio se requieren durante un período prolongado de tiempo (Berscheid, 2006), tal y como sucede en una enfermedad crónica como el cáncer. Y aunque ambos miembros puedan brindarlo, sus motivaciones pueden diferir significativamente. Así, mientras uno pueda brindarlo para reducir la angustia de su pareja enferma, esta puede hacerlo como una muestra de profundo reconocimiento y aprecio, respondiendo genuinamente a las necesidades emocionales de aquel (Roberts, Wise y DuBenske, 2009). Por otra parte, si bien el trabajo empírico sugiere que brindar amor compasivo ofrece más ventajas que recibirlo (Sprecher y Fehr, 2006), es posible identificar sus beneficios en la salud psicológica de quienes lo reciben de sus parejas enfermas (Monin, Schulz y Feeney, 2015, porque considerar que la pareja se preocupa por el bienestar, las emociones y la satisfacción de las necesidades del enfermo resulta ser un factor esencial para la salud (Cohen, 2004), aunque se ve especialmente reducido en el paciente y en su pareja (Cabrera y Ferraz, 2011) durante o poco tiempo después del tratamiento activo del cáncer (Virizuela, 2013).

Cuando el estado de salud interfiere con la consecución de las metas personales (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999), puede acarrear trastornos importantes en el bienestar subjetivo (BS en lo sucesivo) de los individuos (Novoa, Obispo, Pertuz y Rivera, 2010), el cual se compone del balance entre la satisfacción vital, que hace referencia al juicio global sobre la experiencia vital general, y de los estados afectivos positivos o negativos relacionados con las experiencias anímicas y las emociones percibidas por los individuos (Diener, Emons, Larsen y Griffin, 1985; Diener *et al.*, 1999).

A pesar de las dificultades propias del padecimiento, los PC suelen experimentar estados afectivos positivos, relacionados con el apoyo y la aceptación de otros, con su capacidad para generar grandes cambios en sus vidas, con aprender a cuidarse mejor y dar valor a su existencia y al cuidado que los demás les consagran (Novoa *et al.*, 2010), o bien estados negativos al considerar que si bien las personas a su alrededor les ayudan, no los comprenden lo suficiente (Fonseca, Schallack, Mera, Muñoz y Peña, 2013), aunados a la

desesperanza y el aislamiento que experimentan durante el tratamiento de la enfermedad (Goepp y Hammond, 1977).

Al igual que en los pacientes de cáncer, el BS de sus cónyuges –sus principales cuidadores– tiende a disminuir debido a las diversas afectaciones que la enfermedad genera en sus vidas, como la interrupción de proyectos a futuro, la incertidumbre respecto al periodo de duración de la enfermedad, la imposibilidad de cubrir sus necesidades personales o el impedimento de su socialización (Martínez, Ruiz y Llantá, 2020), lo que puede generar estados negativos relacionados con una mayor sensación de carga, tensión o angustia, sobre todo cuando su función demanda acciones que exceden sus recursos (National Institute of Cancer, 2020). El compromiso y el amor hacia la pareja suponen ser los motivos principales por los que los cuidadores llevan a cabo las conductas de cuidado, pueden proveerles bienestar, al tiempo que la adquisición de las diversas destrezas relacionadas con la atención a la pareja los lleva a sentirse satisfechos y a confiar en sí mismos y en sus capacidades para dar (Martínez *et al.*, 2020).

Autores como Eisenberg *et al.* (1996) afirman que el BS y las diversas habilidades emocionales se encuentran relacionadas, entre las que destaca la empatía; no obstante que en su mayor parte el trabajo empírico se centra en contextos académicos, los resultados hallados permiten ratificar dicha asociación al demostrar correlaciones positivas entre la capacidad para comprender las emociones propias y las de los demás, con niveles más altos de BS y dando cuenta del papel predictor de la empatía sobre este (Cañero, Mónaco y Montoya, 2019; Morales, Espigares, Brown y Pérez, 2020; Serrano y Andreu, 2016; Malhotra y Kaur, 2018).

Por otra parte, y pese a que se sabe poco acerca de la forma en la que el amor compasivo se relaciona con la salud psicológica, diversas investigaciones muestran que puede acarrear beneficios positivos para quien lo brinda (Sprecher y Fehr, 2006), y que en las relaciones suele generar emociones positivas y reducir las negativas (Monin *et al.*, 2015; Neto, 2012), además de ser un factor destacado del BS (Diener y Lucas, 2000) y estar estrechamente relacionado con la satisfacción vi-

tal y amorosa (Neto, 2012; Neto y Wilks, 2017), considerada esta última como uno de los componentes del BS en la mayoría de las personas (Neto, 2005).

La resiliencia, en especial, es un factor relevante en el afrontamiento adaptativo ante un evento de riesgo (Páez, 2020) o una fuente de tensión significativa de naturaleza física, psicológica o social (como por ejemplo un problema grave de salud) (American Psychological Association, 2011). Así, la resiliencia figura como un recurso que posibilita el afrontamiento adaptativo a través de procesos intrapsíquicos y de componentes sociales que favorecen la calidad de vida y el logro de un bienestar integral en medio de la adversidad (Páez, 2020). Por consiguiente, implica una serie de características y habilidades que el individuo posee para hacer frente a eventos adversos, entre las que se encuentran: *a)* la confianza en alcanzar metas, manteniendo la fortaleza y tenacidad para enfrentar los retos; *b)* la competencia para relacionarse con otras personas y generar nuevos lazos; *c)* la percepción de apoyo por parte de la familia; *d)* la certeza de contar con amigos y personas cercanas en momentos difíciles, y finalmente *e)* la capacidad para mantener y organizar las actividades de manera sistémica, aun en momentos difíciles, haciendo evidente la importancia de factores tanto intra como interpersonales (Palomar y Gómez, 2010).

El trabajo realizado por Klimecki, Leiberg, Lamm y Singer (2013) respecto a la relación entre la empatía y la compasión muestra que mientras que la primera se asocia con afectos negativos, la segunda tiende a aumentar las experiencias afectivas positivas. Lo anterior, según Peters y Calvo (2014), sugiere que la compasión podría generar resistencia, incluso en las circunstancias más difíciles, ya que no entorpece la reacción emocional al dolor, sino que aumenta la capacidad de respuesta ante el sufrimiento; asimismo, y a pesar de su conexión con la contemplación del sufrimiento, tiende a aumentar el bienestar a través de la conexión social y la reducción del estrés, a diferencia de la angustia empática, que suele conducir al agotamiento.

Así, el cáncer no afecta a todos los pacientes y a sus parejas por igual. La adaptación y la

mejoría del padecimiento suelen depender de las circunstancias de la enfermedad y de una serie de factores externos vinculados estrechamente a las características individuales y a la forma en que los miembros de la pareja integran el cáncer a sus vidas personales y a su vida en común (Manne y Badr, 2008).

En virtud de lo anterior, los objetivos de esta investigación fueron los de identificar la manera en que la empatía y el amor compasivo de las parejas de los pacientes con cáncer (PPC) afectan el BS y la resiliencia de los PC, y conocer el modo en que la empatía y el amor compasivo de los PC afectan el BS y la resiliencia de las PPC.

MÉTODO

Participantes

Por medio de un muestreo no probabilístico propositivo (Hernández, Fernández y Baptista, 2016), se eligió a un total de 194 parejas heterosexuales en las que uno de sus miembros había sido diagnosticado con algún tipo de cáncer, estando sano el otro (141 mujeres y 53 varones). Su rango de edad fue de 18 a 78 años ($M = 48.62$, $D.E. = 10.42$), contaban con una escolaridad de secundaria (23%), bachillerato (32%) y licenciatura (4 PPC, 5%); de ellos, 76% reportó estar casado y el resto indicó vivir en unión libre (24%), con un tiempo de relación de entre 8 meses y 53 años 5 meses ($M = 23$ años).

Instrumentos

Escala de Empatía
(Sánchez-Aragón y Martínez, 2015).

En su versión corta, consta de 20 ítems que evalúan la capacidad para “ponerse en los zapatos de la pareja”, tanto emocional como cognoscitivamente. El formato de respuesta es de tipo Likert de cinco puntos que indican el grado de acuerdo con la afirmación (de 1, “Totalmente en desacuerdo”, a 5, “Totalmente de acuerdo”). Con un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach (α) total de .90, los ítems se distribuyen en cuatro factores que explican 40.35% de la varianza: 1) *Toma de perspectiva*

($\alpha = .85$), con ítems como “A veces intento entender mejor a mi pareja imaginando cómo ve las cosas desde su perspectiva” y “En un desacuerdo con mi pareja trato de ver las cosas desde su punto de vista”: 2) *Empatía cognoscitiva de las emociones* ($\alpha = .82$), con reactivos como “Sé cuándo mi pareja está enojada” y “Me doy cuenta cuando mi pareja anda sentimental”; 3) *Perturbación propia* ($\alpha = .70$), con ítems como “Me pone nervioso(a) si mi pareja se lastima; me angustia tener una situación de emergencia donde mi pareja esté involucrada” y “Yo sufro si veo que mi pareja no está feliz”, y 4) *Compasión empática* ($\alpha = .78$), con reactivos tales como “No soy indiferente a los problemas de mi pareja” y “Trato de prestar atención a las emociones de mi pareja”.

Escala de Amor Compasivo

(Flórez y Sánchez-Aragón, 2019).

Evalúa la comprensión y preocupación altruista del participante por el ser amado. Consta de 10 ítems en su versión corta que se evalúan en una escala tipo Likert de cinco puntos con recorrido de 1, “Totalmente en desacuerdo” a 5, “Totalmente de acuerdo”). Con un coeficiente total de .97, explica 61.96% de la varianza. Los ítems se encuentran divididos en dos factores denominados *Apoyo emocional y empatía* ($\alpha = .96$), que incluye ítems como “Trato de ayudar a mi pareja tanto como pueda”, “Expreso sentimientos de apoyo, ayuda y ánimo a mi pareja” y “Mi pareja puede confiar en que estaré ahí para él (ella) si me necesita”, y *Amor altruista* ($\alpha = .92$), con reactivos como “Preferiría sufrir yo mismo(a) que ver sufrir a mi pareja”, “Prefiero comprometerme en acciones que ayuden a mi pareja”, “Si es necesario, estoy dispuesto(a) a sacrificarme para que mi pareja pueda lograr sus metas en la vida”.

Escala de Bienestar Subjetivo

(Diener et al., 2009).

Validada en población mexicana por Granillo, Sánchez-Aragón y Zepeda (en revisión), evalúa la manera en que las personas piensan y sienten acerca de su vida. Dicho instrumento está compuesto por tres subescalas: 1) *Experiencias emocionales*, que consta de doce reactivos tipo Likert de cinco puntos que indican grados de frecuencia (de 1, “Muy

raramente o nunca”, a 5, “Muy frecuentemente o siempre”). Los ítems están divididos en dos factores: *Experiencia positiva* ($\alpha = .87$), con reactivos como “Felicidad” y “Contento”, y *Experiencia negativa* ($\alpha = .85$), con ítems como “Displacer” o “Negativo”. 2) *Prosperidad* ($\alpha = .89$), integrada por ocho reactivos en un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos que indican grados de frecuencia: de 1, “Muy raramente o nunca”, a 5, “Muy frecuentemente o siempre”), con ítems como “Tengo una vida útil y significativa” y “Mis relaciones sociales son de apoyo y gratificantes”. 3) *Satisfacción con la vida* ($\alpha = .84$), que cuenta con cinco reactivos en formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos que indican el grado de acuerdo con las afirmaciones: de 1, “Totalmente en desacuerdo”, a 5, “Totalmente de acuerdo”), con ítems como “Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes” y “Estoy satisfecho(a) con mi vida”.

Escala de Resiliencia (Palomar y Gómez, 2010).

Evalúa la habilidad que poseen las personas para superar la adversidad por medio de 25 reactivos con formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos que indican el grado de acuerdo con las afirmaciones: de 1, “Totalmente en desacuerdo”, a 5, “Totalmente de acuerdo”. Tiene un coeficiente alfa total de .93. Los reactivos están divididos en cinco factores, denominados 1) *Fortaleza y confianza en sí mismo* ($\alpha = .92$), con ítems como: “Lo que me ha ocurrido en el pasado, me hace sentir confianza para enfrentar nuevos retos”, “Sé dónde buscar ayuda” y “Soy una persona fuerte”; 2) *Competencia social* ($\alpha = .89$), con reactivos como “Me siento cómodo con otras personas”, “Me es fácil establecer contacto con nuevas personas” y “Me es fácil hacer nuevos amigos”; 3) *Apoyo familiar* ($\alpha = .87$), con ítems como “Tengo una buena relación con mi familia”, “Disfruto estar con mi familia” y “Aun en momentos difíciles nuestra familia tiene una actitud optimista hacia el futuro”; 4) *Apoyo social* ($\alpha = .84$), con ejemplos como “Tengo algunos amigos/familia que realmente se preocupan por mí”, “Tengo algunos amigos/familia que me alientan” y “Siempre tengo alguien que puede ayudarme cuando lo necesito”, y 5) *Estructura* ($\alpha = .79$), que consta de reactivos como

“Las reglas y la rutina hacen mi vida más fácil”, “Mantengo mi rutina aún en momentos difíciles” y “Prefiero planear mis actividades”.

Procedimiento

La aplicación de los instrumentos fue realizada en su totalidad por cuatro psicólogas calificadas que, siguiendo los lineamientos éticos establecidos por la American Psychological Association (2003), acudieron a lugares públicos (por ejemplo, hospitales y clínicas), hogares y oficinas en los que pudieran encontrar participantes que de manera voluntaria, anónima y confidencial accedieran a participar en el estudio. A cada posible participante se le hizo saber que dichos cuestionarios eran parte de un estudio realizado por una institución educativa pública con prestigio en el país, cuyo fin era conocer aspectos relacionados con la salud de las personas y sus parejas. Se les dieron a conocer los criterios de inclusión (mayoría de edad, encontrarse actualmente en una relación de pareja en la que al menos uno de sus miembros hubiese sido diagnosticado con cáncer. Si cumplían con tales criterios, y si así lo deseaban, se les proporcionaban los instrumentos para ser llenados en ese mismo momento, resolviendo sus dudas y poniendo a su disposición los resultados de manera personal.

RESULTADOS

Se llevó a cabo la prueba de Kolmogorov-Smirnov con el propósito de verificar si los datos recabados se distribuían de manera normal. Con base en los resultados, que mostraron carencia de normalidad ($p < .001$), se efectuaron un par de análisis de correlación de Spearman para identificar la relación entre la empatía y amor compasivo brindado por la PPC al BS y la resiliencia del PC, así como para conocer la relación entre la empatía y amor compasivo del PC en el BS y la resiliencia de la PPC.

En cuanto a los resultados obtenidos del primer objetivo, se observó que, en la medida en que las PPC muestran una mayor empatía cognoscitiva en cuanto a las emociones de los PC (percibir cuando el paciente estaba triste, incómodo o enojado), los PC experimentan mayor satisfacción

con la vida al considerar que han alcanzado cosas importantes), prosperidad (tienen la certeza de que su vida es útil y significativa), experiencias emocionales positivas (felicidad) y fortaleza (se saben con la suficiente entereza y ánimo para seguir adelante). Por otra parte, en la medida en que las PPC sufren una mayor perturbación respecto a lo que le sucede a su pareja (“Sufro si veo que mi pareja no está feliz”), los PC experimentan mayor competencia social (“Me siento cómodo con otras personas”). Finalmente, en cuanto al amor compasivo, los resultados muestran que entre mayores son el apoyo emocional y la empatía por parte de la PPC (expresar sentimientos de apoyo, ayuda y ánimo a su pareja), mayores son las experiencias emocionales negativas (displacer) en los PC; asimismo, a mayor amor altruista por parte de la PPC, mayor prosperidad, satisfacción con la vida, experiencias emocionales positivas, apoyo familiar (certeza de que en momentos difíciles se cuenta con la familia) y competencia social experimentan los PC (Tabla 1).

Los hallazgos del segundo objetivo muestran de inicio un mayor número de relaciones significativas entre las variables, al igual que coeficientes más altos que en el caso anterior. Así, se observa que en la medida en que el PC tiene una mayor toma de perspectiva (intentar entender mejor a la pareja, imaginar cómo ve las cosas desde su posición), mayor empatía cognoscitiva de las emociones (percibir los estados emocionales de la pareja), mayor perturbación propia (“Yo sufro si veo que mi pareja no está feliz”) y mayor compasión empática (“No soy indiferente a los problemas de mi pareja”), el PPC tiene más experiencias emocionales positivas (felicidad, contento), prosperidad (considerar que se tiene una vida útil y significativa), satisfacción con la vida (considerar que se han alcanzado cosas importantes a través de su existencia), así como menos experiencias emocionales negativas (displacer), es decir, un mayor bienestar subjetivo. Por otro lado, a mayor empatía (en todos los factores evaluados) del PC, la resiliencia será mayor en la PPC, principalmente en cuanto a la fortaleza (saberse una persona valiente y segura) y el apoyo familiar percibido (tener la certeza de que en momentos difíciles se cuenta con la familia).

Tabla 1. Correlación entre la empatía y amor compasivo de las parejas sobre el bienestar subjetivo y resiliencia de los pacientes.

			Pacientes con cáncer							
			Bienestar subjetivo				Resiliencia			
			Experiencia positiva	Experiencia negativa	Prosperidad	Satisfacción con la vida	Fortaleza	Competencia social	Apoyo familiar	Apoyo social
Parejas de pacientes con cáncer	Empatía	Toma de perspectiva								
		Empatía cognoscitiva de las emociones	.244**		.245**	.245**	.169*			
		Perturbación propia						.147*		
		Compasión empática								
	Amor	Apoyo emocional y empatía		.157*						
		Amor altruista	.180*		.207**	.190**		.196**	.218**	

Particularmente, la empatía cognoscitiva del PC favorece la estructura, la competencia y el apoyo social en la PPC; a su vez, la compasión empática favorece el apoyo social percibido (“Siempre tengo alguien que puede ayudarme cuando lo necesito”) y la competencia social de la PPC. Finalmente, la perturbación propia del PC afecta de manera positiva la competencia social de la PPC. En lo que respecta al amor compasivo, se observa que a mayor apoyo emocional y empatía (expresar sentimien-

tos de apoyo, ayuda y ánimo a la pareja) por parte del PC, mayor percepción de apoyo familiar en la PPC, mientras que a mayor amor altruista del PC (preferir sufrir que ver a su pareja sufrir), mayores son la experiencia emocional positiva, la prosperidad, la satisfacción con la vida (BS), la percepción de apoyo familiar, la fortaleza y el apoyo social (resiliencia), así como una menor experiencia emocional negativa en la PPC (ver Tabla 2).

Tabla 2. Correlación entre la empatía y amor compasivo de los pacientes sobre el bienestar subjetivo y resiliencia de sus parejas.

			Bienestar subjetivo				Resiliencia				
			Experiencia positiva	Experiencia negativa	Prosperidad	Satisfacción con la vida	Fortaleza	Competencia social	Apoyo familiar	Apoyo social	Estructura
Pacientes con cáncer	Empatía	Toma de perspectiva	.192**	-.243**	.187**	.180*	.229**	-	.217**	-	-
		Empatía cognoscitiva de las emociones	.292**	-.295**	.281**	.317**	.327**	.188**	.265**	.148*	.199**
		Perturbación propia	.218**	-.168*	.209**	.213**	.208**	.175*	.292**	-	-
		Compasión empática	.287**	-.269**	.275**	.292**	.289**	.149*	.299**	.193**	-
	Amor compasivo	Apoyo emocional y empatía	-	-	-	-	-	-	.240**	-	-
		Amor altruista	.252**	-.205**	.243**	.224**	.290**	-	.354**	.213**	-

DISCUSIÓN

El presente estudio consistió en el cumplimiento de dos objetivos, estando el primero de ellos encaminado a explorar la relación entre la empatía y el amor compasivo por parte de la PPC sobre el BS y la resiliencia del PC. Los resultados mostraron que, en la medida en que las PPC perciben la tristeza, incomodidad o enojo (empatía cognoscitiva de las emociones) del PC, reportan haber alcanzado cosas importantes a través de su existencia (satisfacción con la vida), cuentan con la certeza de tener una vida útil y significativa (prosperidad), así como más experiencia de la felicidad y el contento (experiencias emocionales positivas) en lo que al BS se refiere; asimismo reportan tener la suficiente entereza y ánimo para seguir adelante (fortaleza) como una muestra de resiliencia. De igual forma, en cuanto a que las PPC se afligen más si no ven a su pareja feliz (perturbación propia), los PC experimentan una mayor competencia social. Tales hallazgos resultan congruentes con lo hallado por Novoa *et al.* (2010) respecto a que los pacientes oncológicos suelen experimentar estados positivos que están relacionados con el apoyo y adaptación de los demás (en este caso, su pareja), así como con sus expresiones de afecto, comprensión y aceptación (OMS, 1990), lo que favorece una disminución de la ansiedad, el estrés y la depresión (Villoria, Fernández, Padierna y González, 2015), así como las sensaciones de reconocimiento, importancia, valía y aceptación, lo que proporciona un sentido de identidad social y pertenencia, aunado a las creencias de competencia, control, fortaleza y autonomía a pesar de la adversidad (Fonseca y Silva, 2012).

En cuanto al amor compasivo, los resultados muestran que en la medida en que la PPC expresa más sentimientos de apoyo, ayuda y ánimo al PC (apoyo emocional y empatía), experimentará un mayor displacer (experiencias negativas). Dichos hallazgos podrían ser interpretados desde la lógica que señala que, en ocasiones, la disposición para apoyar, ayudar y animar que la PPC ofrece al PC puede ser interpretada como un recordatorio de su vulnerabilidad y necesidad de soporte, lo cual puede evocar emociones negativas en lugar de positivas (ThoughtCo, 2017). De modo similar,

Fonseca *et al.* (2013) y Goepp y Hammond (1977) afirman que la experimentación de estados negativos, como la desesperanza y el aislamiento en los PC, ocurre sobre todo cuando consideran que, si bien las personas a su alrededor les ayudan, no los entienden.

En la medida en que la PPC prefiere sufrir antes que ver padecer a su pareja (amor altruista), hay en ella la certeza de tener una vida útil y significativa (prosperidad), considera que ha alcanzado cosas importantes en su vida (satisfacción con la vida), experimenta una mayor felicidad y gozo (experiencia positiva), tiene la certeza de que en los momentos difíciles la familia mantendrá una actitud optimista hacia el futuro (apoyo familiar), y se sentirá cómoda con la manera en que se relaciona con otras personas (competencia social). En torno a este punto, Diener y Lucas (2000) señalan que el amor compasivo supone un factor destacado del BS, el cual se encuentra estrechamente relacionado con la satisfacción vital (Neto, 2012) ya que permite efectuar una evaluación emocional positiva a través de la interacción constante y comprometida de los miembros de la familia, así como por las muestras de cariño e interés (Pozos, Rivera-Aragón, Reyes y López, 2013).

Monin *et al.* (2015) y Neto (2012) indican que este tipo de amor reduce las emociones negativas y elicitó las positivas, y Klimecki *et al.* (2013) señalan que la percepción de amor altruista por parte de alguien significativo en la vida de las personas –como la pareja– provee de BS; así, considerar que el compañero se preocupa por las emociones y la satisfacción de las necesidades propias, resulta una característica esencial para la salud (Cohen, 2004). Finalmente, y dado que esa muestra de entrega por el bien del otro se caracteriza por la comprensión, honestidad, confianza y apoyo (Fehr y Sprecher, 2009; Sprecher y Fehr, 2005; Underwood, 2002, 2009), favorece la sensación de contar con la familia aun en momentos difíciles.

En cuanto al segundo de los objetivos, los resultados mostraron un número mayor de relaciones significativas y coeficientes más elevados que en el caso anterior, mostrando que, en la medida en que el PC intenta entender mejor a la pareja e imaginar cómo ve las cosas desde su posición (toma

de perspectiva), percibe mejor sus estados emocionales (empatía cognoscitiva de las emociones), sufre si considera que su pareja no es feliz (perturbación propia) y no es indiferente a sus problemas (compasión empática), la PPC experimenta una mayor felicidad y contento (experiencias emocionales positiva), considera que tiene una vida útil y significativa (prosperidad), que ha logrado cosas importantes en su vida (satisfacción con la vida) y experimenta menos descontento (experiencias emocionales negativas).

Estos resultados pueden deberse a que el PC puede estar consciente tanto de las implicaciones de su enfermedad en la vida de su pareja (Manne y Bahr, 2008), de los esfuerzos de esta para apoyarle, y de sus propias capacidades empáticas, lo que en conjunto puede guiar al PC a preocuparse por el estado emocional de la PPC (Sánchez-Aragón y Martínez, 2016; Verhofstadt, *et al.*, 2008), favoreciendo así los estados emocionales positivos y reconfortantes asociados con el alivio de la angustia psicológica y la sensación de ser valorado, aceptado, comprendido y escuchado (Hope y Mills, 2013; Rohani, Sedaghati-Kesbakni y Mohtashami, 2018; Taleghani *et al.*, 2017). Asimismo, percibir que el PC se preocupa por el bienestar, las emociones y las necesidades de la PPC supone un elemento que contribuye al estado general de salud y a la satisfacción amorosa (Cohen, 2004; Neto, 2012; Neto y Wilks, 2017), dado que ambos elementos componen el BS en la mayoría de las personas (Neto, 2005) y evidentemente adquieren una mayor importancia en el contexto de la enfermedad crónico-degenerativa en cuestión.

Por otro lado, una mayor empatía en el PC favorece que la PPC pueda saberse una persona valiente y segura (fortaleza) y que posee la certeza de que en momentos difíciles cuenta con su familia (apoyo familiar). Ello puede deberse a los intentos del PC por comprender sus emociones y sentimientos, entre los que destacan la sobrecarga, la angustia, la tensión, la incertidumbre y la imposibilidad de cubrir sus propias necesidades (Martínez *et al.*, 2020), lo que puede llevar al PPC a ser consciente no únicamente de sus propias habilidades y destrezas en la atención y cuidado que brinda a su pareja, sino también del valor y agradecimiento que esta experimentará al afron-

tar conjuntamente la enfermedad (Novoa *et al.*, 2010), favoreciendo así la sensación de fortaleza y confianza en sí misma al aumentar su autonomía (Kolankiewicz, Souza, Magnago y De Domenico, 2014) trayendo consigo la certeza de que se cuenta con el apoyo de una familia que afrontará con optimismo el futuro.

Asimismo, en la medida en que la empatía emocional del PC favorece la estructura, competencia social y apoyo social en la PPC, al no ser indiferente a los problemas de su pareja, favorece que esta tenga la certeza de contar con alguien que puede ayudar cuando lo necesite (apoyo social percibido), y finalmente a un mayor sufrimiento al ver que no es feliz, más competencia social en la PPC. Lo anterior resulta congruente si se considera que, en conjunto, la empatía cognoscitiva, la compasión empática y la perturbación propia reflejan no tan solo la entrega de uno mismo por el bien de otro (Underwood, 2009), sino también la capacidad del PC para responder al sufrimiento de la PPC (Peters y Calvo, 2014), lo que constituye el núcleo principal de la pareja; por lo tanto, dichos aspectos brindan seguridad de que aun en los momentos de adversidad se cuenta con ésta para hacerles frente.

En cuanto al amor compasivo, los hallazgos muestran que en la medida en que los PC expresan más sentimientos de apoyo, ayuda y ánimo a su pareja (apoyo emocional y empatía), mayor certeza tendrán las PPC de que en momentos difíciles la familia tendrá una actitud más optimista ante el futuro (apoyo familiar). Dichos resultados pueden deberse a la naturaleza propia del amor altruista, que se basa en el cuidado, valoración, bienestar y florecimiento de la pareja y cuyo fin es reducir el estrés o angustia, en este caso, de la pareja, lo cual genera estados emocionales positivos, al tiempo que aumenta la satisfacción y la estabilidad en el vínculo (Berscheid, 2010), elementos que, como previamente se ha descrito, son parte importante del BS de los individuos. Del mismo modo, y debido a que brindar amor altruista es en muchos casos una muestra de profundo reconocimiento y aprecio (Roberts *et al.*, 2009), es posible que la PPC pueda sentirse satisfecha, confiada y fuerte al afrontar adecuada y conjuntamente con el PC los retos que el padecimiento trae consigo.

Finalmente –y al igual que todos los factores de empatía–, el amor altruista correlacionó de manera negativa con la experiencia negativa (displacer, negativo), lo que resulta congruente con lo apuntado por Roberts *et al.* (2009), Berscheid (2010) y Monin *et al.* (2015) con relación al efecto que el amor altruista entraña no solamente para quien lo brinda, sino también para quien lo recibe, así como el de sus diversos beneficios a la salud psicológica y, sobre todo, respecto al objetivo principal de dichas conductas, que se orientan íntegramente al bienestar y florecimiento de la pareja.

De manera general, es posible observar que, no obstante las diferencias reportadas entre ambos grupos, las expresiones de comprensión, apoyo y aceptación, además de suponer necesidades básicas para los individuos, constituyen parte de la estructura, la naturaleza y la interacción de las relacio-

nes de pareja (Erickson y Svedlund, 2006; Giese *et al.*, 2000; Sanabria y Gers, 2018), al tiempo que determinan el bienestar y el desarrollo físico, emocional, social y cognoscitivo de las personas (Aguilar, 2014; Burman y Margolin, 1992; Moreira y Canavarró, 2013), particularmente ante una enfermedad como el cáncer.

Los hallazgos aquí reportados invitan a dejar de lado los enfoques tradicionales, entre los cuales se conceptualiza al PC como una figura meramente pasiva, sobre todo al dar cuenta de que, pese a la serie de complicaciones que acaecen durante y después de enfrentar un padecimiento de amplias magnitudes, como el cáncer, los pacientes poseen una serie de características individuales y psicológicas que determinan no solo el afrontamiento individual del padecimiento, sino también el de la pareja.

AGRADECIMIENTOS

Investigación realizada gracias al programa UNAM-PAPIIT IN304919 del proyecto “Factores protectores y de riesgo a la salud en parejas sanas y con enfermedad crónico-degenerativa”.

Citación: Cruz-Vargas, D.J. y Sánchez-Aragón, R. (2021). Empatía y amor compasivo en el bienestar subjetivo y resiliencia de pacientes con cáncer y sus parejas. *Psicología y Salud*, Número Especial, 17-30. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i3.2725>.

REFERENCIAS

- Aguilar G., N. (2014). *Dimensiones psicológicas entre parejas que enfrentan cáncer*. Tesis de grado. México: Instituto Nacional de Cancerología. Recuperado de <http://www.incan-mexico.org/incan/docs/tesis/2014/altaespecialidad/Art.%20Psc%20Aguilar.pdf>.
- American Cancer Society (2012). *Cancer: Facts y Figures 2012*. American Cancer Society: Atlanta Northwest.
- American Psychological Association (2010). Revision of Ethical Standard 3.04 of the "Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct" (2002, as amended 2010). *The American Psychologist*, 71(9), 900. doi: 10.1037/amp0000102.
- American Psychological Association (2011). *El camino a la resiliencia*. Recuperado de <https://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia-camino>.
- American Society of Clinical Oncology (2018). *Why is Survivorship?* Alexandria, VA: ASCO. Recuperado de <https://www.cancer.net/survivorship/what-survivorship>.
- Atici, E. (2006). Cancer and empathy. *Journal of the International Society for the History of Islamic Medicine*, 5(10), 83-86.
- Berscheid, E. (2006). Searching for the meaning of “love”. En R. J. Sternberg y K. Weis (Eds.): *The new psychology of love* (pp. 171-183). New Haven, CT: Yale University Press.
- Berscheid, E. (2010). Love in the fourth dimension. *Annual Review of Psychology*, 61(1), 1-25. Doi: 10.1146/annurev.psych.093008.100318.
- Blanco R., M.S. y Navia, V. (1986). Factores psicosociales y cáncer: una revisión crítica. *Estudios de Psicología*, 7(25), 3-35. Doi: 10.1080/02109395.1986.10821445.

- Burman, B. y Margolin, G. (1992). Analysis of the association between marital relationships and health problems: An interactional perspective. *Psychological Bulletin*, 112(1), 39-63. Doi: 10.1037 / 0033-2909.112.1.39.
- Cabrera, M.Y., López G., E.J., López C., E. y Arredondo A., B.C. (2017). La psicología y la oncología: una unidad imprescindible. *Revista Finlay*, 7(2), 115-127.
- Cabrera, A. y Ferraz, A. (2011). Impacto del cáncer en la dinámica familiar. *Biomedicina*, 6(1), 42-48.
- Cañero P., M., Mónaco G., E. y Montoya C., I. (2019). La inteligencia emocional y la empatía como factores predictores del bienestar subjetivo en estudiantes universitarios. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 9(1), 19-29.
- Carlson, L., Ottenbreit, N., Pierre, M. y Bultz, B. (2001). Partner understanding of the breast and prostate cancer experience. *Cancer Nursing*, 24(3), 231-239. doi: 10.1097/00002820-200106000-00010.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *The American Psychologist*, 59(1), 678-684.
- Cohen, S., Schulz, M.S., Weiss, E. y Waldinger, R.J. (2012). Eye of the beholder: The individual and dyadic contributions of empathic accuracy and perceived empathic effort to relationship satisfaction. *Journal of Family Psychology*, 26(2), 236-245. Doi: 10.1037/a002748.
- Decety, J. y Jackson, P.L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3(2), 71-100. Doi: 10.1177/1534582304267187.
- Diener, E. y Lucas, R. (2000). Subjective emotional well-being. En M. Lewis y J. M. Haviland Jones (Eds.): *Handbook of emotions*. New York: The Guilford Press.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J. y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. Doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13.
- Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E. y Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302. Doi: 10.1037//0033-2909.125.2.276.
- Diener, E., Wirtz, D., Biswas Diener, R., Tov, W., Kim P., C., Choi, D. y Oishi, S. (2009). New measures of well-being. En *The Collected Works of Ed Diener*, v. 3. The Netherlands: Springer.
- Drabe, N., Klaghofer, R., Weidt, S., Zwahlen, D., Büchi, S. y Jenewein, J. (2015). Mutual associations between patients' and partners' depression and quality of life with respect to relationship quality, physical complaints, and sense of coherence in couples coping with cancer. *Psychooncology*, 24(4), 442-450. Doi: 10.1002/pon.366.
- Eisenberg, N. (2000). Emotion, regulation, and moral development. *Annual Review of Psychology*, 51(1), 665-697. Doi: 10.1146/annurev.psych.51.1.665.
- Eisenberg, N., Fabes, R.A., Murphy, B., Karbon, M., Smith, M. y Maszk, P. (1996). The relations of children's dispositional empathy-related responding to their emotionality, regulation, and social functioning. *Developmental Psychology*, 32(2), 195-209. Doi: 10.1037/0012-1649.32.2.195.
- Eriksson, M. y Svedlund, M. (2006). 'The intruder': Spouses' narratives about life with a chronically ill partner. *Journal of Clinical Nursing*, 15(3), 324-333. Doi: 10.1111 / j.1365-2702.2006.01290.x.
- Fehr, B., Harasymchuk, C. y Sprecher, S. (2014). Compassionate love in romantic relationships: A review and some new findings. *Journal of Social and Personal Relationships*, 31(5), 575-600. Doi: 10.1177/0265407514533768.
- Fehr, B. y Sprecher, S. (2009). Prototype analysis of the concept of compassionate love. *Personal Relationships*, 16(3), 343-364. Doi: 10.1111/j.1475-6811.2009.01227.x.
- Flórez R., N. y Sánchez-Aragón, R. (2019). Evaluando el amor compasivo en la pareja. *Vertientes: Revista Especializada en Ciencias de la Salud, Número especial*, 55-57. Recuperado de <https://www.zaragoza.unam.mx/3-congreso-internacional-de-psicologia-de-la-fes-zaragoza/>.
- Fonseca P., K.R.T. y Silva, S. (2012). A família e o apoio social recebido pelas mães adolescentes e seus filhos. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 11(1), 153-159. Doi: 10.4025/ciencucuidaude.v10i5.17070.
- Fonseca, M., Schalack, C., Mera, E., Muñoz, O. y Peña, J. (2013). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer terminal. *Revista Chilena de Cirugía*, 65(4), 320-327.
- Giese, D.J., Hermanson, K., Koopman, C., Weibel, D. y Spiegel, D. (2000). Quality of couples' relationship and adjustment to metastatic breast cancer. *Journal of Family Psychology*, 14(2), 251-266. Doi: 10.1037/0893-3200.14.2.251.
- Goepp, C. y Hammond, W. (1977). *Terapia de apoyo del paciente canceroso*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Granillo V., A.D., Sánchez-Aragón, R. y Zepeda G., G.D. (En revisión). Bienestar subjetivo: medición integral y validación en México. *Revista Duanzary*.
- Hernández S., R., Fernández, C. y Baptista L., P. (2016). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hope, S.L. D. y Mills, B.J. (2001). Developing empathy to improve patient care: a pilot study of cancer nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 7(3), 146-150. Doi: 10.12968/ijpn.2001.7.3.8913.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). *Estadísticas a propósito del Día Mundial contra el Cáncer* (4 de febrero). México: INEGI.

- Klimecki, O., Leiberg, S., Lamm, C. y Singer, T. (2013). Functional neural plasticity and associated changes in positive affect after compassion training. *Cerebral Cortex*, 23(7), 1552-1561. Doi: 10.1093/cercor/bhs142.
- Kolankiewicz, A., Souza, M., Magnago, T.S.B.S. y De Domenico, E.B.L. (2014). Social support perceived by cancer patients and its relationship with social and demographic characteristics. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(1), 31-38. Doi: 10.1590/1983-1447.2014.01.42491.
- Kuri, M.P. (2011). La transición en salud y su impacto en la demanda de servicios. *Gaceta Médica de México*, 147(1), 451-454.
- Malhotra, N. y Kaur, R. (2018). Study of emotional intelligence in association with subjective wellbeing among. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 9(1), 122-124.
- Manne, S. y Badr, H. (2008). Intimacy and relationship processes in couples' psychosocial adaptation to cancer. *Cancer*, 112(11), 2541-2555. Doi: 10.1002/cncr.23450.
- Martínez D., L., Ruiz L., A. y Llantá A., M.C. (2020). Bienestar psicológico en cuidadores de pacientes con enfermedad oncológica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46(2), 1-13.
- Miller, K.D., Nogueira, L., Mariotto, A.B., Rowland, J.H. Yabroff, K.R., Alfano, C.M. y Siegel, R.L. (2019). Cancer treatment and survivorship statistics, 2019. *Cancer Journal for Clinicians*, 0(0), 1-23. Doi: 10.3322/caac.21565.
- Monin, J.K., Schulz, R. y Feeney, B.C. (2015). Compassionate love in individuals with Alzheimer's disease and their spousal caregivers: Associations with caregivers' psychological health. *The Gerontologist*, 55(6), 981-989. Doi: 10.1093 / geront / gnu001.
- Morales R., F.M., Espigares L., I., Brown, T. y Pérez M., J.M. (2020). Relación entre bienestar psicológico y factores psicosociales en estudiantes universitarios. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 1-21. Doi: 10.3390 / ijerph17134778.
- Moreira, H. y Canavarró, M.C. (2013). Psychosocial adjustment and marital intimacy among partners of patients with breast cancer: A comparison study with partners of healthy women. *Journal of Psychosocial Oncology*, 31(3), 282-304. Doi: 10.1080/07347332.2013.778934.
- National Institute of Cancer (2020). *Cuidadores informales de pacientes con cáncer: funciones, carga e intervenciones de apoyo (PDQ®) (Versión para profesionales de salud)*. Dhaka (Bangladesh): NIC.
- Neto, F. (2005). The Satisfaction with Love Life Scale. *Measurement & Evaluation in Counseling y Development*, 38(1), 2-13. Doi: 10.1080/07481756.2005.11909765.
- Neto, F. (2012). Compassionate love for a romantic partner, love styles and subjective well-being. *Interpersona*, 6(1), 23-39. Doi: 10.5964/ijpr.v6i1.88.
- Neto, F. y Wilks, D. (2017). Compassionate love for a romantic partner across the adult life span. *Europe's Journal of Psychology*, 13(4), 606-617. Doi: 10.5964/ejop.v13i4.1204.
- Novoa G., M.M., Obispo C., S.A., Pertuz V., M. y Rivera P., Y. (2010). Psychological well-being and quality of life in patients treated for thyroid cancer after surgery. *Terapia Psicológica*, 28(1), 69-84.
- O'Brien, T.B., DeLongis, A., Pomaki, G., Puterman, E. y Zwicker, A. (2009). Couples coping with stress. *European Psychologist*, 14(1), 18-28. Doi: 10.1027/1016-9040.14.1.18.
- Organización Mundial de la Salud (1990). *Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer. Informe de un Comité de Expertos de la OMS sobre el Alivio del Dolor y Tratamiento de Apoyo Activo en el Cáncer*. Madrid: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Cáncer*. Ginebra: OMS.
- Páez C., M.L. (2020). La salud desde la perspectiva de la resiliencia. *Archivos Médicos*, 20(1), 203-216. Doi: 10.30554/arch-med.20.1.3600.2020.
- Palomar L., J. y Gómez V., N. (2010). Desarrollo de una Escala de Medición de la Resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria*, 27(1), 7-22.
- Peters, D. y Calvo, R. (2014). Compassion vs. empathy: designing for resilience. *Interactions*, 21(5), 48-53. Doi: 10.1145/2647087.
- Pozos G., J.L., Rivera-Aragón, S., Reyes L., I. y López P., M.S. (2013). Escala de Felicidad en la Pareja: desarrollo y validación. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(3), 1280-1297. Doi: 10.1016/S2007-4719(13)70967-0.
- Puente, J. y De Velasco, G. (2019). *¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla?* Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica. Recuperado de <https://seom.org/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla?showall=1>.
- Roberts, L.J., Wise, M. y DuBenske, L.L. (2009). Compassionate family caregiving in the light and shadow of death. En B. Fehr, S. Sprecher y L. G. Underwood (Eds.): *The science of compassionate love: Theory, research, and applications* (pp. 311-344). Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- Rohani, C., Sedaghati-Kesbakni, M. y Mohtashami, J. (2018). Clinical empathy with cancer patients: a content analysis of oncology nurses' perception. *Patient Prefer Adherence*, 12, 1089-1098. Doi: 10.2147 / PPA.S156441.
- Sanabria M., J.P. y Gers E., M. (2018). Repercusiones del dolor crónico en las dinámicas de pareja: perspectivas de mujeres con fibromialgia. *Revista Colombiana de Psicología*, 28(2), 47-61.

- Sánchez-Aragón, R. y Martínez P., M. (2016). Empatía en el contexto romántico: diseño y validación de una medida. *Universitas Psychologica*, 15(1), 19-28. Doi: 10.11144/Javeriana.upsy15-1.eerd.
- Serrano, C. y Andreu, Y. (2016). Inteligencia emocional percibida, bienestar subjetivo, estrés percibido, engagement y rendimiento académico de adolescentes. *Revista de Psicodidáctica*, 21(2), 357-374. Doi: 10.1387/RevPsicodidact.14887.
- Siegel, R.L., Miller, K.D. y Jemal, A. (2019). Cancer statistics, 2019. *Ca, A Cancer Journal for Clinicians*, 69(1), 7-34. Doi: 10.3322/caac.21551.
- Sociedad Mexicana de Oncología (2016). *Prevención y diagnóstico oportuno en cáncer*. México: SMO. Recuperado de https://www.smeo.org.mx/descargables/COPREDOC_GUIA.pdf.
- Sprecher, S. y Fehr, B. (2006). Enhancement of mood and self-esteem as a result of giving and receiving compassionate love. *Current Research in Social Psychology*, 11(16), 227-242.
- Taleghani, F., Ashouri, E. y Saburi, M. (2017). Empathy, burnout, demographic variables and their relationships in oncology nurses. *Iran Journal of Nursing Midwifery Research*, 22(1), 41-45. Doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_66_16.
- ThoughtCo. (10 de febrero de 2021). *La diferencia entre empatía y simpatía*. Recuperado de <https://tea4avcastro.tea.state.tx.us/thl/G7ELAR.W7.L4.difference-between-empathy-sympathy-spanish.pdf>.
- Underwood, L.G. (2002). The human experience of compassionate love: Conceptual mapping and data from selected studies. En S. G. Post, L. G. Underwood, J. P. Schloss y W. B. Hurlbut (Eds.): *Altruism y altruistic love: Science, philosophy and religion in dialogue* (pp. 72-88). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Underwood, L.G. (2009). Compassionate love: a framework for research. En B. Fehr, S. Sprecher y L. G. Underwood (Eds.): *The science of compassionate love: Theory, research, and applications* (pp. 1-25). Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- Verhofstadt, L., Buysse, A., Ickes, W., Davis, M. y Devoldre, I. (2008). Support provision in marriage: the role of emotional similarity and empathic accuracy. *Emotion*, 8(6), 792-802. Doi: 10.1037/a0013976.
- Villoria, E., Fernández, C., Padierna, C. y González, S. (2015). La intervención psicológica en pacientes oncológicos: una revisión de la literatura (2000-2014). *Psicooncología*, 12(2), 207-236.
- Vinokur, A.D. y Vinokur Kaplan, D. (1990). "In sickness and in health": Patterns of social support and undermining in older married couples. *Journal of Aging and Health*, 2(2), 215-241. Doi: 10.1177/089826439000200205.
- Virizuela, J.A. (2013). Problemas psicológicos y emocionales del superviviente. En SEOM (Ed.): *Largos supervivientes en cáncer* (pp. 53-62). Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica.