

# El papel de los eventos hirientes y la regulación emocional en la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con cáncer

## *The role of hurtful events and emotional regulation in the health-related quality of life of cancer patient*

Samantha Monserrat Torres Salayez y Rozzana Sánchez Aragón

Universidad Nacional Autónoma de México<sup>1</sup>

Autor para correspondencia: Rozzana Sánchez Aragón, [rozzara@unam.mx](mailto:rozzara@unam.mx).

### RESUMEN

Las personas con cáncer se enfrentan a una serie de cambios producto de la enfermedad que no solo involucra a la persona que lo padece, sino a su familia, amigos, y pareja. Debido a estos cambios en el estilo de vida, es que pueden suscitarse eventos hirientes entre ellos, mismos que favorecen estados afectivos que dañan la calidad de vida relacionada con la salud (CVS) de la persona que los percibe, por lo que, se vuelve necesario usar estrategias que los regulen. Debido a ello, se buscó identificar la relación que hay entre la experiencia de eventos hirientes y estrategias de regulación emocional con la CVS, y examinar las diferencias dependiendo del tipo de evento hiriente (celos, crítica, indiferencia, infidelidad, desamor y violencia verbal o física) en estrategias de regulación emocional y la salud en pacientes con cáncer. Para ello, 196 pacientes con algún tipo de cáncer y en una relación de pareja heterosexual, respondieron instrumentos con propiedades psicométricas adecuadas que permitieron dar respuesta a los objetivos. Los resultados mostraron que la CVS se ve afectada por la experiencia de eventos hirientes principalmente en función física, rol emocional y función social, así como en vitalidad y dolor. Por otro lado, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las estrategias de regulación emocional y CVS por tipo de evento hiriente.

**Palabras clave:** Eventos hirientes; Regulación emocional; Calidad de Vida; Salud; Cáncer.

### ABSTRACT

*People with cancer face a series of changes resulting from the disease that not only involves the person who suffers it, but also their family, friends, and partner. Due to these changes in the lifestyle, it is that hurtful events can arise among them, which favor affective states that damage the health-related quality of life (CVS) of the person who perceives them, therefore, it is necessary to use strategies that regulate them. Due to this, we sought to identify the relationship between the experience of hurtful events and emotional regulation strategies with CVS, and to examine the differences depending on the type of hurtful event (jealousy, criticism, indifference, infidelity, lack of love and verbal violence or physical) in emotional regulation strategies and health in cancer patients. For this, 196 patients with some type of cancer and in a heterosexual couple, answered instruments with adequate psychometric properties that allowed them to respond to the objectives.*

<sup>1</sup> Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México.



*The results showed that CVS is affected by the experience of hurtful events mainly in physical function, emotional role and social function, as well as in vitality and pain. On the other hand, no statistically significant differences were observed in terms of CVS and emotional regulation strategies by type of hurtful event.*

**Key words:** Hurtful events; Emotional regulation; Quality of life; Health; Cancer.

De acuerdo con la Agencia Internacional de Investigación sobre Cáncer, se considera que esta enfermedad es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, pues el 2018 se reportaron 18.1 millones de casos nuevos y 9.6 millones de muertes (Ferlay *et al.*, 2018). En el caso de México, 14 de cada 100 personas fallecen por esta razón, considerándose así como el tercer detonante de muertes (Secretaría de Salud, 2017), solo antecedida por la diabetes y las cardiopatías (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020).

El cáncer es un término designado para englobar un amplio grupo de enfermedades que se pueden originar en cualquier parte del organismo y que se caracteriza por una multiplicación rápida de células anormales debido a que el mecanismo de control normal del cuerpo deja de funcionar, lo que favorece que las células viejas no mueran y que las nuevas, en cambio, crezcan sin control, formando células nuevas y defectuosas que derivan en una masa de tejido llamado tumor (Cancer Society Finland, s.f.; Cancer Treatment Centers of America, s.f.; Organización Mundial de la Salud, 2018).

Durante la enfermedad, los pacientes con cáncer experimentan diversos síntomas físicos como fatiga prolongada, acidez, indigestión, náusea y vómito, dolores, fiebre o sudoración sin razón aparente, etc. (National Cancer Institute [NCI], 2019), al igual que síntomas psicológicos, como agobio, enojo, miedo, preocupación, estrés, ansiedad y tristeza (NCI, 2018). Si a esto se añan los efectos de los múltiples tratamientos (cirugía, radioterapia, quimioterapia, inmunoterapia, terapia hormonal y medicinas precisas) que se emplean para disminuir o controlar la enfermedad, la sin-

tomatología se extiende hacia la anemia, alopecia, edema, falta de apetito, fatiga, problemas de memoria o concentración, etcétera (NCI, 2020; NCI, s.f.), todo lo cual repercute no solo en el individuo enfermo, sino también en su contexto social inmediato, como su familia, amigos y pareja (Pistrang y Barker, 1995).

Si bien la relación de pareja es un vínculo en que existe una atracción basada en la apariencia física, características de personalidad, compatibilidad de intereses o habilidades, su desarrollo basado en una serie de interacciones acumulativas y continuas dan como resultado experiencias emocionales que van de las menos a las más intensas, y de las más positivas a las más negativas (Brown, Feiring y Furman, 1999; Espínola, Cambranis, Salazar y Esteves, 2017, Sánchez-Aragón, 2016).

En el caso de las parejas en las que uno de sus miembros sufre cáncer, el otro puede ser una fuente de apoyo y disminución de estrés, lo que permite una mejor ajuste al tratamiento (Resendes y McCorkle, 2006); no obstante, ello depende en gran medida de cómo se haya integrado el cáncer a la vida de la pareja, pues supone desafíos únicos que deben afrontar juntos en el tiempo posterior al diagnóstico, como nuevos o distintos roles ocupacionales, la alteración de los planes de vida futuros y la gestión de las responsabilidades en el hogar. Cuando el paciente con cáncer se halla en una etapa avanzada, la enfermedad puede causar tensiones vitales adicionales en la vida de la pareja, como la disminución de las capacidades funcionales de aquel, lo que exige una mayor atención y cuidado en sus actividades diarias (Manne y Badr, 2008). En consecuencia, la pareja experimenta sentimientos de angustia, miedo, ansiedad, incertidumbre y depresión (Regan *et al.*, 2012), e incluso puede generar discusiones frecuentes que faciliten la ocurrencia de eventos hirientes (Cancer Council Queensland [CCQ], 2012).

Los eventos hirientes (EH en lo sucesivo) son sucesos que constituyen una transgresión relacional en la forma de palabras o acciones que implican una devaluación de uno de los miembros de la pareja por parte del otro. Se caracterizan principalmente porque se violan las normas, reglas o acuerdos pactados de una manera implícita, como burlas, críticas, infidelidades (Feeney, 2004), celos,

agresiones verbales o físicas, descalificaciones y humillaciones (Pérez y Sánchez-Aragón, 2015). Feeney y Collins (2015) consideran que los EH pueden distinguirse en dos categorías: disociación activa, que involucra sentimientos de rechazo o abandono, y disociación pasiva, cuando la persona se siente ignorada o excluida por el comportamiento de la otra.

Tales transgresiones pueden tener diversos orígenes, según se percibieron en el momento en que sucedieron (Shaver, Mikulincer, Lavy y Cassidy, 2009), de tal manera que pueden deberse a la devaluación de la relación al considerarlo como algo menos valioso o cercano de lo que había pensado o le gustaría; a la sensación de vulnerabilidad a partir de la creencia de que la pareja hizo o dijo algo que le causó daño, y a un sentimiento herido porque amenaza la seguridad y protección de la persona.

Cuando las personas se perciben lastimadas por los EH, crean una interpretación que genera respuestas o reacciones emocionales y conductuales; es decir, las personas suelen evaluar el daño que sintieron, el nivel de rechazo, el control que tuvieron de la situación y la intencionalidad percibida del evento (Pérez y Sánchez-Aragón, 2015). Aunado a ello, se generan percepciones positivas o negativas en la víctima o persona dañada, así como efectos negativos que influyen en el concepto de sí mismo y de la propia relación. Consecuentemente, la persona evaluará la situación como algo importante o no, y de ahí se generará la comunicación de los propios sentimientos hacia su pareja con el fin de continuar con la relación, o bien considerar que la situación fue tan grave que el dolor no permite que prosiga (Bachman y Guerrero, 2006).

Ante la experiencia emocional prevalente que detona la experiencia de un EH, es que se vuelve fundamental la emergencia de un mecanismo natural en los seres humanos —examinado sólidamente durante las últimas décadas—, conocido como *regulación emocional* (RE), que permite a las personas influir en sus emociones, cuándo tenerlas y cómo experimentarlas y expresarlas (Parrott, 1993; Sánchez-Aragón y López, 2008). Para Gross y Thompson (2007), la regulación emocional es un proceso automático o controlado, consciente o in-

consciente, que puede tener efectos en unos o más puntos del proceso que genera las emociones, y cuya propuesta incluye dos estrategias básicas, siendo la primera la *reapreciación cognitiva* (RC), que se refiere a un cambio cognitivo que implica la reconstrucción y reinterpretación de una situación potencialmente estimulante de emociones con el fin de modificar su impacto emocional. Es una estrategia centrada en los antecedentes de la emoción porque interviene antes de que la respuesta emocional surja, afectando así su trayectoria posterior, esto es, que el individuo disminuya su expresión y experiencia emocional para que de esa manera se comporte más apropiadamente en el contexto interpersonal. Su uso ha mostrado efectos positivos en la salud física y en el ajuste psicosocial mediante niveles más bajos de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer (Andreotti *et al.*, 2014; Bigatti, Steiner y Miller, 2012). La segunda estrategia, la supresión expresiva, que consiste en la inhibición de la conducta emocional, se centra en la respuesta ya que se produce cuando la emoción ya está en marcha. El uso de la misma se ha relacionado con la eficacia para ocultar la conducta expresiva, pero no disminuye las emociones negativas; además, su uso frecuente afecta el funcionamiento emocional, las relaciones interpersonales y el bienestar del individuo. En los pacientes con cáncer se ha relacionado con una mayor angustia y un mayor riesgo al comienzo y en la progresión de la enfermedad (Garssen y Goodkin, 1999; McKenna, Zevon, Corn y Rounds, 1999; Vinaccia *et al.*, 2006).

Así, los eventos hirientes por el miembro de la pareja que los sufre afectan a su persona y a la relación en diferentes grados; por un lado, pueden hacerla sentir incompetente, insegura, rechazada, limitada o repudiada; por el otro, afectan la manera en que la persona se siente respecto no solo a su pareja, sino también a las relaciones en general, que se ven debilitadas (Pérez y Sánchez-Aragón, 2015). Estos efectos en los aspectos cognoscitivos y emocionales de la persona y de su relación son elementos desencadenantes del estrés, pues representan amenazas al yo social y pueden provocar respuestas fisiológicas, emocionales y conductuales que atentan contra su calidad de vida (Lam y Dickerson, 2013). Ejemplos de tales efectos son,

por ejemplo, un aumento del dolor físico, más cansancio y más limitaciones para realizar diversas actividades sociales a causa de los problemas emocionales y de salud, por lo que en los pacientes crónicos las complicaciones en esta área son todavía mayores (Granillo y Sánchez-Aragón, 2020). Ya Akbari y Morteza (2018) han señalado que las estrategias de regulación emocional desempeñan un papel mediador y significativo en la calidad de vida y en la salud espiritual y mental de los adultos, y Kovač, Tovilović, Bugarski-Ignjatović, Popović-Petrović y Tatić (2020) y Nipp *et al.* (2016) indican que la estrategia de regulación de RC es un mediador significativo en la relación entre la experiencia de emociones negativas y la calidad de vida en los pacientes con cáncer debido a que se ha encontrado que es un buen predictor del estado de ánimo positivo y de la salud percibida (Culver, Arena, Antoni y Carver, 2002). Lo anterior resulta importante ya que la salud desempeña un papel fundamental en la vida de las personas (Sánchez-Aragón, García y Martínez, 2017) en virtud de que es una condición necesaria para alcanzar el bienestar y la realización de proyectos vitales de las personas (*cf.* Jara, 2001).

En resumen, dado que el cáncer es una enfermedad que origina emociones extremadamente desagradables en los pacientes, que dentro de la relación de pareja se pueden experimentar eventos que desencadenen experiencias emocionales principalmente negativas (Kovač *et al.*, 2020) y que, dependiendo de las estrategias de RE empleadas para la regulación de dichos estados afectivos, se puede modular, aumentar, inhibir o disminuir su experiencia.

En razón del hecho de que los estudios que vinculan a variables como EH y las estrategias de RE con la CVS son escasos, principalmente en enfermedades crónico-degenerativas como el cáncer (Urzúa y Caqueo, 2012; Urzúa, 2016), los objetivos de esta investigación fueron identificar la relación que hay entre la experiencia de EH (reacciones emocionales, autopercepciones y efectos) y las estrategias de regulación emocional (ERE) con la CVS, así como examinar las diferencias por tipo de experiencia de EH (celos, críticas, indiferencia, infidelidad, desamor y violencia verbal o física) en las ERE y la CVS en pacientes con cáncer.

## MÉTODO

### Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística por conveniencia (Hernández, Fernández y Baptista, 2014) de 196 personas diagnosticadas con algún tipo de cáncer (142 mujeres y 54 hombres), en quienes dicho diagnóstico había sido detectado 3 años y 9 meses en promedio antes del estudio. También reportaron comorbilidad con diabetes (61%), cardiopatía (7.1%) y algunas otras enfermedades no crónico-degenerativas (13.8%). Sus edades oscilaron entre 21 y 78 años ( $M = 48.16$ ) y su escolaridad se distribuyó de la siguiente manera: secundaria (25%), preparatoria (29.1%) y licenciatura (45.9%). En cuanto al tiempo de la relación de la pareja, este mostró un rango de entre 14 meses y 53 años.

### Instrumentos

#### *Batería de Eventos Hirientes*

(Pérez y Sánchez-Aragón, 2015).

Consta de un reactivo colocado al principio que identifica el tipo de EH experimentado mediante la afirmación “He experimentado alguna situación con mi pareja donde me he sentido herido(a) u ofendido(a) como...”, ante la cual se responde en una o más de las siguientes opciones: celos crítica, indiferencia, infidelidad, decir que ya no me quiere, violencia verbal o física u otra situación. La batería se compone de tres subescalas, cuyos reactivos se evalúan en una escala Likert de cinco opciones de respuesta que indican grados de acuerdo; dichas subescalas son las siguientes<sup>2</sup>: *Reacciones emocionales*. Conformada por siete reactivos que evalúan el grado de dolor experimentado ante el EH y que se agrupan en cuatro indicadores que explican en conjunto 62.79% de la varianza total ( $\alpha = .83$ ): 1) Daño (“¿Cuán herido(a) se sintió?”), 2) Rechazo (“¿Cuán rechazado(a) por su pareja se sintió?”, “¿Cuán repudiado(a) por su pareja se sintió?”), 3) Control (“¿Cuánto control sintió que tuvo sobre la situación en comparación con su pareja?”, “¿Cuánto poder le faltó en la situación en

<sup>2</sup> Las propiedades psicométricas de los instrumentos provienen de su validación original.

comparación con su pareja?”) y 4) Intencionalidad “¿Usted cree que su pareja tenía la intención de herirlo(a)/lastimarlo(a)?”, “¿Usted cree que su pareja sabía que lo(a) había herido/lastimado?”. *Autopercepciones*. Mide la forma en que se perciben las personas a partir de las conductas hirientes de su pareja. Se compone de diez reactivos agrupados en dos factores que explican 52.9% de la varianza total: a) Positivas (p.e., “Atractivo(a) e inteligente”) ( $\alpha = .91$ ) y b) Negativas (p.e. “Tonto(a) e incompetente”) ( $\alpha = .92$ )

*Efectos de los EH*. Evalúa por medio de ocho reactivos de qué manera los HE influyen en la propia persona y en su relación de pareja. Están agrupados en dos factores que explican 57.29% de la varianza total: a) Efectos sobre sí mismo (“Me hizo menos seguro(a) en situaciones similares en las que mis sentimientos fueron heridos”) ( $\alpha = .89$ ), y b) Efectos sobre la relación (“Esto hizo que la relación con mi pareja se debilitara temporalmente”) ( $\alpha = .87$ ).

*Indicadores de Regulación Emocional* (Granillo y Sánchez-Aragón, en proceso de evaluación).

Instrumento que consta de dos reactivos tipo Likert: uno para evaluar la RC y otro para SE, cada uno con dos formas de respuesta que indican el grado de acuerdo con su uso: de 1, “Totalmente en desacuerdo” a 5 (“Totalmente de acuerdo”), así como la frecuencia de uso (de 1, “Nada” a 5, “Mucho”). Ambos indicadores muestran validez de contenido otorgada por diez jueces expertos en el área, con base en el acuerdo unánime de su pertinencia (aprobación de 100%).

*Cuestionario de Salud SF-36*  
(Ware y Sherbourne, 1992).

Validado por Sánchez-Aragón, García y Martínez (2017), este instrumento evalúa la calidad de vida relacionada con la salud y consta de 40 reactivos que se evalúan en una escala Likert que indica grados de acuerdo, que se encuentran distribuidos en cinco factores que explican 65.36% de la varianza y que arrojan coeficientes de confiabilidad  $\alpha$  de moderados a moderados altos (de .76 a .95): *Rol emocional y función social* (p.e., “Puso menos atención a la hora de estar realizando su trabajo o actividades cotidianas debido a algún

problema emocional, como estar triste, deprimido o nervioso”), *Función física* (p.e., “Le cansa caminar varias manzanas o centenares de metros”), *Rol físico* (p.e., “Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de su salud física”), *Dolor corporal* (p.e., “Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo”) y *Vitalidad* (p.e., “¿Qué tanto se sintió calmado y tranquilo?”). Asimismo, la escala incluye seis indicadores respecto a la salud en general, la salud en el año anterior, y la comparación del estado de salud propio con el de los demás.

## Procedimiento

Los cuestionarios fueron aplicados por psicólogas entrenadas que acudieron a lugares públicos (clínicas, hospitales, albergues, etc.) en los que se solicitaba la participación voluntaria, confidencial y anónima de quienes cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: padecer algún tipo de cáncer, ser mayores de 18 años, tener una escolaridad mínima de secundaria, y tener una pareja con la cual cohabitaran y que participara en la investigación. Ya habiendo aceptado, cada uno de los participantes fue apoyado en caso de tener dudas y se pusieron a su disposición sus resultados en el futuro mediato.

De igual manera, la investigación se llevó a cabo tomando en cuenta las consideraciones éticas y el cumplimiento de la Ley de Salud Mental del Distrito Federal (Asamblea Legislativa del Distrito Federal, 2011), del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2014) y de la American Psychology Association (2017).

## Análisis de datos

Para satisfacer los objetivos de esta investigación, se efectuó en primera instancia un análisis de Kolmogorov-Smirnov para explorar si las variables tenían una distribución normal; con base en ello, se optó por utilizar estadísticos paramétricos empleando la correlación de Spearman para el primer objetivo, y para examinar las diferencias por EH se utilizó un análisis de varianza de una vía.

## RESULTADOS

Para responder al primer objetivo de este estudio, se llevó a cabo una correlación de Spearman para examinar la relación entre la experiencia de EH (reacciones emocionales, autopercepciones y efectos) y las estrategias de regulación emocional (ERE), de reapreciación cognitiva (RC) y de supresión expresiva (SE) con la CVS.

Los resultados que se presentan en la Tabla 1 muestran, en el área de las reacciones ante el EH, que los individuos que se sienten heridos por su pareja (daño) perciben más dolor, más problemas emocionales que les impiden realizar su trabajo u otras actividades cotidianas (rol emocional y función social) y más problemas físicos que no le permiten emprender sus actividades cotidianas y laborales (rol físico), mientras que perciben una salud más pobre y menos vitalidad (energía y vigor), lo que hace que se perciban menos sanos que otras personas. Asimismo, se observó que en la medida en que las personas con cáncer sienten más rechazo por parte de su pareja durante el EH, sienten más dolor y más problemas en el rol físico. En contraste, cuando los participantes sentían más control durante la experiencia del EH, más vitalidad y menos problemas del rol emocional y función social tenían. Y el que el participante sentía que su pareja había tenido una mayor intención de herirle y hacerle daño, contribuyó a que experimentara más dolor y más problemas en el rol emocional, la función social y el rol físico.

Por otro lado, al examinar la relación de las autopercepciones de los individuos con cáncer tras el EH producido por su pareja, se encontró que, en la medida en que estos se sentían limitados, indeseables e incompetentes, más dolor y problemas con el rol emocional manifestaron y más enfermedades se percibieron, además de que evaluaron negativamente su salud en general.

En cuanto a los efectos de los EH, se apreció que en la medida en que los participantes se habían sentido más inseguros y afectados en su yo, más problemas en el rol emocional, más dolor, más problemas en el rol físico y más facilidad para enfermar reportaron. Aunado a ello, expresaron sentir menos vitalidad, salud en general más pobre y peor salud actual comparada con la del

año anterior. A más efectos negativos en la relación (como su debilitamiento o percepción de que la pareja ya no le agradaba al paciente), los participantes reportaron sentir menos vitalidad (Tabla 1).

Por último, en la parte final de la Tabla 1 se puede notar que entre más acuerdo mostraban por los participantes respecto al uso de la estrategia de RC, sintieron más vitalidad y un mejor estado de salud, así como menos problemas en el rol social y emocional. Cuando dicha ERE se usa con más frecuencia, los participantes reportan mejor salud, más vitalidad e incluso mejor salud que en el año anterior; además, menos problemas de rol emocional, de la función social, de dolor y del rol físico.

Para cumplir con el segundo objetivo se seleccionó a 141 de los 196 participantes que dijeron haber experimentado EH. Se encontró que 74 personas habían vivido celos, 37 críticas, 69 indiferencia, 33 infidelidad, 20 desamor y 26 violencia<sup>3</sup>. En función de ello, se compararon con las variables de ERE y de salud. Tras realizar una serie de análisis de varianza de una vía se observó que, dada la cantidad de participantes por EH, no hubo efectos significativos. No obstante, se optó por describir los resultados a partir de las medias obtenidas, que muestran superioridad en el acuerdo y frecuencia en el uso de la RC sobre la SE. Así, se halló en general que quienes reportaron mayores acuerdo y frecuencia con el uso de la RC fueron las personas que experimentaban EH de indiferencia y violencia (verbal o física), seguidas de quienes sufrían celos y críticas, y que quienes menos las reportaban fueron quienes tuvieron un EH de desamor e infidelidad. En cuanto a la SE, se observaron puntajes ligeramente más bajos, que muestran que quienes estaban más de acuerdo y empleaban más esta estrategia fueron quienes experimentaron EH de celos y violencia, seguidos de aquellos que sufrieron crítica, indiferencia, infidelidad y desamor (Gráfico 1).

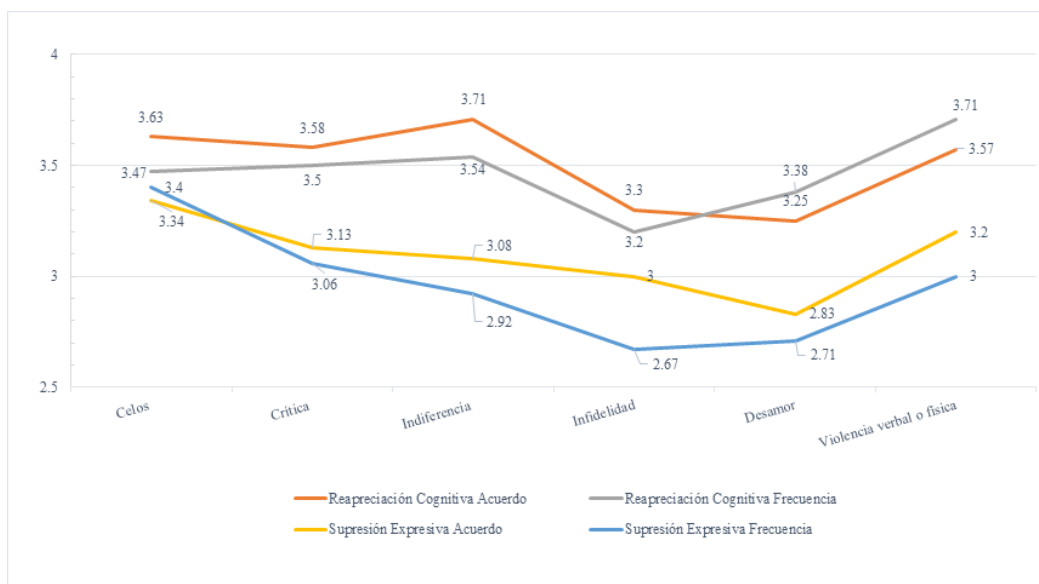
<sup>3</sup> Cabe señalar que en cuanto a los EH experimentados, estos son más que la cantidad de participantes debido a que cada participante pudo reportar que vivía más de un EH en su relación de pareja. En consecuencia, cuando un participante reportaba únicamente un EH, se tomaba ese para clasificarlo, pero si el participante indicaba dos, su participación era doble, analizando sus resultados como si fueran dos personas distintas.

**Tabla 1.** Correlación entre la ocurrencia de los eventos hirientes y CVS.

		CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD										
		Función física	Rol físico	Rol emocional	Vitalidad	Dolor	Salud general	Salud comparada con el año anterior	Me enfermo más fácilmente que otros	Estoy sano como cualquiera	Creo que mi salud va a empeorar	Mi salud es excelente
Reacciones	Daño	-	.240**	.258**	-.290**	.344**	-	-	-	-.274**	-	-.309**
	Rechazo	-	.229**	-	-	.233**	-	-	-	-	-	-
	Control	-	-	-.166**	.262**	-	-	-	-	-	-	-
	Intención	-	.212**	.224**	-	.302**	-	-	-	-	-	-
Autopercepciones	Positiva	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Negativa	-	-	.212**	-	.229**	-.205**	-	.159**	-	-	-
Efectos	En sí mismo	-	.315**	.384**	-.423**	.368**	-.381**	-.203**	.294**	-	-	-.214**
	En la relación	-	-	-	-.234**	-	-	-	-	-	-	-
ERE	RCacuerdo	-	-	-.292**	.222**	-	.200**	-	-	-	-	-
	RCfrecuencia	-	-.200**	-.295**	.239**	-.214**	.252**	.196**	-	-	-	-
	SEacuerdo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	SEfrecuencia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

\*\* La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

**Gráfico 1.** Medias de ERE por EH.



En lo que se refiere a las medias en salud por EH, los resultados muestran que quienes reportaron más problemas en la función física (limitaciones para llevar a cabo todas las actividades físicas, como bañarse o ducharse, debido a problemas de salud) fueron aquellos cuyo EH fue de desamor; mientras que los problemas de rol físico (incapacidad para hacer actividades cotidianas y laborales debido a un malestar físico) y emocional y la función social (problemas físicos y emocionales

interfieren con las actividades sociales y actividades cotidianas) y una disminución de la vitalidad fueron los más señalados por quienes habían vivido una infidelidad (Tabla 2). El dolor corporal se reportó más cuando hubo violencia, desamor e infidelidad. Por último, se halló que los participantes (independientemente del EH) puntuaron por debajo de la media teórica (3) en los reactivos de salud, pero consideraban que su salud con relación a otros era mejor que la media.

**Tabla 2.** Medias de CVS por EH.

		EVENTOS HIRIENTES					
		Celos	Crítica	Indiferencia	Infidelidad	Desamor	Violencia verbal o física
SALUD	Función física	2.5	2.4	2.5	2.8	<b>3.0</b>	2.8
	Rol físico	2.7	2.7	2.9	<b>3.2</b>	3.1	2.9
	Rol emocional	2.4	2.5	2.7	<b>2.9</b>	2.7	2.6
	Vitalidad	<b>3.2</b>	3.0	2.9	2.8	2.9	2.9
	Dolor	3.0	3.0	3.2	<b>3.8</b>	<b>3.8</b>	<b>3.8</b>
	Salud en general	2.4	2.5	2.4	2.4	2.4	2.6
	Salud en relación con otros	<b>3.2</b>	<b>3.4</b>	<b>3.2</b>	<b>3.2</b>	<b>3.1</b>	<b>3.3</b>
	Más enfermos que otros	2.6	2.4	2.5	2.4	2.1	2.3
	Estoy igual de sano que otros	2.6	2.7	2.7	2.7	2.8	2.4
	Creo que mi salud puede empeorar	2.7	2.5	2.6	2.6	2.4	2.4
	Mi salud es excelente	2.4	2.4	2.2	1.9	1.9	2.0

## DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivos identificar la relación que hay entre la experiencia de eventos hirientes (reacciones emocionales, auto-percepciones y efectos) y las estrategias de regulación emocional con la calidad de vida relacionada con la salud, y examinar las diferencias según la experiencia de tales eventos (celos, críticas, indiferencia, infidelidad, desamor y violencia verbal o física) en las estrategias de regulación emocional y la mencionada calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer.

En cuanto al primer objetivo, los resultados muestran que los individuos que se sienten heridos por su pareja (daño) perciben más dolor, más problemas emocionales que impiden realizar su trabajo u otras actividades cotidianas (rol emocional y función social) y más problemas físicos que no les permiten hacer sus actividades cotidianas y laborales (rol físico), a la vez que perciben una salud más pobre y menos vitalidad (energía y vigor), lo que favorece que se consideren menos sanos que otras personas. Esto puede explicarse mejor teniendo en cuenta, por un lado, que la pareja es una fuente de apoyo informativo, tangible o emocional para el paciente oncológico (CCQ, 2012; Manne y Badr, 2008), y que además este afronta una situación de incertidumbre e inestabilidad por su enfermedad. En tal circunstancia, el dolor cau-

sado por el daño provocado por la pareja agrega angustia, agonía y miedo (Vangelisti, 2009), agobio, enojo, preocupación, estrés, ansiedad y tristeza (NCI, 2018) a la experiencia emocional del paciente, lo que se aúna a la sintomatología propia del padecimiento, aumentando así la posibilidad o frecuencia de signos tales como fatiga prolongada, acidez o indigestión, náuseas y vómitos, dolores, fiebre o sudores y demás sin razón aparente (NCI, 2019). Todo ello contribuye a que las personas padezcan problemas físicos y emocionales para realizar sus actividades cotidianas y una menor vitalidad, lo que crea en ellas la percepción de sentirse menos sanas que otras.

Si además ante el evento hiriente los participantes enfermos se sienten rechazados por parte de su pareja, las repercusiones de ese sentimiento se traducen en el reporte de un mayor dolor y más problemas en el rol físico, lo que puede deberse a que las experiencias de repulsión se vinculan a la falta de aceptación por parte de la pareja (Baumeister y Dhavale, 2001), lo cual puede reducir la concentración de los participantes en los aspectos psicológicos y físicos (Gorini, Riva, Marzorati, Cropley y Pravettoni, 2017), agravando sus malestares, o bien facilitando el llanto, las remembranzas de otros eventos negativos personales y de la pareja que pueden activar molestias físicas y ciertas regiones neuronales asociadas al dolor físico (Eisenberger, 2012).



En contraste con lo anterior, entre mayor sea el control experimentado por el participante durante el evento hiriente, más vitalidad y menos problemas en el rol emocional y la función social, lo que se debe a que usualmente dichos eventos producen emociones negativas, como estrés emocional (Fehr y Harasymchuk, 2009); sin embargo, cuando el EH es evaluado no como una amenaza sino como una experiencia ante la cual el participante dispone de los recursos para afrontarla —es decir, sentir que tiene el control de la situación—, hace que la persona se halle en una mejor situación emocional para relacionarse socialmente de manera óptima (Lyon, 2012; Schneiderman, Ironson y Siegel, 2005). En la medida en que el participante siente que su pareja tuvo la intención de herirle y hacerle daño, experimenta más dolor y tiene más problemas en su rol emocional, función social y rol físico, tal vez debido a que si los participantes confían su vida y depositan sus expectativas de apoyo, afecto y cuidado en su pareja, la “intención” propia del evento hiriente se percibe como una traición a dichas esperanzas, lo que se asocia con sentimientos y emociones como tristeza, angustia y agonía (Vangelisti, 2009), que por un lado generan un gran malestar, y por otro obstaculizan o limitan la capacidad de la persona para interactuar con otras y desempeñarse apropiadamente en el contexto social (Sánchez-Aragón *et al.*, 2017).

Por otro lado, al examinar la relación de las autopercepciones de los individuos con cáncer tras el evento hiriente procedente de su pareja, se encontró que en la medida en que aquellos se sintieron limitados, indeseables e incompetentes, más dolor y más problemas en su rol emocional manifestaron, más enfermizos se percibieron y evaluaron negativamente su salud en general.

Lo anterior se complementa con el resultado relativo a los efectos de los eventos hirientes referidos. En este tópico, se observó que cuando los participantes se sintieron más inseguros y afectados en su yo, reportaron tener más problemas en su rol emocional, más dolor, más problemas en el rol físico y más susceptibilidad para enfermar. Asimismo, sintieron menos vitalidad, una salud en general más pobre y una peor salud actual comparada con la del año anterior. Esto se debe a que un

evento hiriente produce una sensación de daño o de amenaza a los modelos mentales positivos de las personas en sí mismas, así como una sensación de menos seguridad en el individuo (Feeney, 2005). Asociado a ello, Blanco, Ruiz, García y Martín (2004) afirman que una transgresión puede aumentar el riesgo a la salud, como dolores, síntomas gastrointestinales, pérdida de apetito, disminución de peso, contracturas musculares, dificultades respiratorias y alteraciones del pulso, lo que influye en las actividades cotidianas del individuo.

Mientras más efectos negativos surgían en la relación (como su debilitamiento o percepción de que la pareja ya no le agradaba al paciente), los participantes dijeron sentir menos vitalidad, lo que puede deberse a una disminución de la confianza, de la expectativa de cambio debido al evento hiriente, e incluso al temor de que vuelva a suscitarse algo semejante en el futuro, lo que se combina con el estado de salud del participante y disminuye su actividad y su ánimo normal, evidencia clara de una reducción de la vitalidad (Shaver *et al.*, 2009; Granillo y Sánchez-Aragón, 2020).

Por último, se encontró que entre más acuerdo mostraban los participantes respecto al uso de la estrategia de reapreciación cognitiva, más vitalidad y un mejor estado de salud experimentaban, así como menos problemas en el rol social y emocional. Cuando dicha estrategia se emplea con más frecuencia, los participantes reportan tener más vitalidad y una mejor salud, incluso mejor que la del año anterior, y asimismo menos problemas de rol emocional y función social, dolor y problemas del rol físico. Esto es congruente con la esencia propia de la estrategia de reapreciación cognitiva, que implica una reinterpretación de una situación potencialmente estimulante de emociones con el fin de modificar su impacto emocional. Así, en estudios anteriores se ha encontrado que el uso habilidoso de tal estrategia contribuye a una mejor salud y ajuste psicosocial y produce niveles más bajos de depresión y ansiedad en los pacientes con cáncer (Andreotti, Root, Ahles, McEwen y Compas, 2014; Bigatti *et al.*, 2012; McRae, Jacobs, Ray, John y Gross, 2012).

En cuanto al segundo objetivo, los resultados presentados en el Gráfico 1 muestran que quienes reportaron mayor acuerdo y frecuencia con el uso

de la reapreciación cognitiva fueron las personas que vivieron un evento de indiferencia y violencia, seguidas de quienes experimentaron celos y críticas. Al respecto, hay que señalar primeramente que dichos eventos son los más frecuentes en las relaciones de pareja (Feeney, 2005), y asimismo se les relaciona con la experiencia emocional de estados como la ira, miedo y tristeza. Resulta interesante notar que es precisamente en estos eventos que las personas utilizan la reapreciación cognitiva, lo que quizá sea porque suelen usar dicha estrategia en general o porque, dado el efecto negativo de dichos tipos de situaciones, las personas dediquen más tiempo a reflexionar o hacerlo más fríamente antes de asumir los estados emocionales mencionados y sufrir sus consecuencias (Coulacoglou y Saklofske, 2017; Sánchez-Aragón y López, 2008), mientras que los eventos hirientes que muestran desamor e infidelidad quizá desaten emociones de manera más impulsiva, lo que hace que los participantes reaccionen más rápidamente al estímulo y usen dicha estrategia en menor medida, o bien que las personas en estas circunstancias suelen usar otras estrategias para manejar sus emociones. Hay que considerar que los participantes (pacientes oncológicos) pueden ser más susceptibles a sentirse heridos ya que su circunstancia los hace más vulnerables.

En lo que atañe a las medias en salud por eventos hirientes, se observó que quienes reportaron más problemas en la función física (limitaciones para llevar a cabo todas las actividades físicas, como bañarse o ducharse, por sus problemas de salud) fueron aquellos cuyos eventos hirientes fueron los celos, la violencia o la infidelidad, mientras que los problemas de rol físico (incapacidad para efectuar las actividades cotidianas y laborales debido a un malestar físico) fueron los más señalados por quienes vivieron infidelidad, desamor y violencia. En cuanto a los problemas del rol emocional y la función social (problemas físicos y emocionales que interfieren con las actividades cotidianas y las sociales), estos fueron más frecuentes cuando el evento fue la infidelidad.

Para entender mejor estos hallazgos puede decirse que los enfermos de cáncer experimentan síntomas físicos tales como fatiga prolongada, acidez o indigestión, náuseas y vómitos, fiebre o

sudores sin razón aparente (NCI, 2019), así como síntomas psicológicos como agobio, enojo, miedo, preocupación, estrés, ansiedad y tristeza, que son un producto de la enfermedad y que pueden dificultar las actividades diarias, como caminar, subir escaleras o realizar las relativas al trabajo (rol y función sociales), y otros síntomas psicológicos que pueden interferir en las actividades cotidianas y sociales (rol emocional y función social). De antemano, estas personas presentan numerosos problemas en tales áreas. No obstante, eventos hirientes como celos, violencia, infidelidad y desamor tienen consecuencias físicas, como problemas digestivos y respiratorios, y han demostrado su capacidad para aumentar el riesgo de contraer enfermedades psicosomáticas (Blanco *et al.*, 2004; Eshelman y Levensky, 2012; Martínez, Peña, Salazar, García y Sierra, 2017), por lo tanto, eso influye en la función y el rol físico de los individuos (Granillo y Sánchez-Aragón, 2020). De igual forma, eventos como la infidelidad implican ira, pérdida de confianza, disminución de la confianza personal y sexual, autoestima dañada y miedo al abandono, que definitivamente pueden influir en las actividades cotidianas y sociales de las personas (Zare, 2011).

En cuanto a los problemas del rol emocional y la función social, así como a una disminución de la vitalidad, fueron más frecuentes cuando el evento hiriente fue la infidelidad, que puede implicar angustia emocional y psicológica para la víctima, ya que genera depresión, ansiedad, disminución de la confianza personal y sexual y de la autoestima (Shrout y Weigel, 2017), que asociada a la condición de vulnerabilidad física y emocional propia de la enfermedad puede resultar devastadora, toda vez que la persona se siente comparada, no aceptada y sustituida; además, puede aislar a la persona (lo que se puede evidenciar también en su baja vitalidad), y con ello limitar aún más sus actividades cotidianas y sociales (Asayesh *et al.*, 2017).

En tanto, el dolor se hizo más manifiesto en eventos hirientes como violencia, desamor e infidelidad. En el caso de la violencia, se puede explicar el resultado desde el evento en sí mismo puesto que puede involucrar daño físico (Plichta, 2004), y si esto se asocia con los problemas físicos

que conlleva el cáncer (NCI, 2019), es comprensible que los participantes reporten problemas de este tipo. De igual forma, recibir por parte de la pareja frases de desamor y rechazo, implican no solamente dolor psicológico sino también físico, equiparable a recibir un golpe (Kross, Berman, Mischel, Smith y Wager, 2011; Zhang, Zhang y Kong, 2019). Y vivir la infidelidad tiene consecuencias físicas, como estrés crónico, agitación y cansancio (Hertlein, Wetchler y Piercy, 2005).

Por último, el hecho de que en la valoración de la salud en general los participantes hayan puntuado bajo, aunque en comparación con otras personas por encima de la media (3), puede responder a que, por un lado, se sienten afectados por la enfermedad y por los aspectos antes señalados vinculados a los eventos hirientes, y por otro, a

que en sus rutinas médicas son testigos del nivel de salud y enfermedad de otros pacientes, lo que genera una cierta comparación social (Suls, Marco y Tobin, 1991) que los lleva a sentir que se encuentran mejor que aquellos.

Con base en lo observado en esta investigación, surgen nuevas interrogantes, de tal forma que resulta importante llevar a cabo futuras investigaciones con un mayor grado de profundidad sobre la salud física y psicológica de los pacientes con cáncer ante los eventos hirientes, su contexto, efectos físicos y correlatos. Del mismo modo, el presente estudio logró evidenciar que tales eventos influyen en la salud física y psicológica de los pacientes con cáncer y en la calidad de la relación de la pareja.

## AGRADECIMIENTOS

Esta investigación fue realizada gracias al Programa UNAM-PAPIIT IN304919 del proyecto denominado “Factores protectores y de riesgo a la salud en parejas sanas y con enfermedad crónico-degenerativa”.

*Citación:* Torres-Salayez, S.M. y Sánchez-Aragón, R. (2021). El papel de los eventos hirientes y la regulación emocional en la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con cáncer. *Psicología y Salud*, Número Especial, 97-110. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i3.2731>.

## REFERENCIAS

- Akbari, M. y Morteza A., S. (2018). The relationship of spiritual health with quality of life, mental health, and burnout: the mediating role of emotional regulation. *Iranian Journal of Psychiatry*, 13(1), 22-31.
- Andreotti, C., Root, J.C., Ahles, T.A., McEwen, B.S. y Compas, B.E. (2014). Cancer, coping, and cognition: a model for the role of stress reactivity in cancer-related cognitive decline. *Psycho-Oncology*, 24(6), 617-623. Doi: 10.1002/pon.3683.
- Asamblea Legislativa del Distrito Federal (2011). Ley de Salud Mental del Distrito Federal (2011). *Gaceta Oficial del Distrito Federal*. Recuperado de <http://www.aldf.gob.mx/archivo-97e277b1efff864da060f6a16fbefc17.pdf>.
- Asayesh, M.H., Farahbakhsh, K., Delavar, A. y Salimi B., H. (2017). Psychosomatic reactions and physiological effects of infidelity among the female victims: a phenomenological study. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*, 25(8), 641-657.
- American Psychological Association (2016). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. Washington, D.C.: APA.
- Bachman, G. y Guerrero, L. (2006). Relational quality and communicative responses following hurtful events in dating relationships: An expectancy violations analysis. *Journal of Social and Personal Relationships*, 23(6), 943-963. Doi: 10.1177/0265407506070476.
- Baumeister, R. y Dhavale, D. (2001). Two sides of romantic rejection. En M. Leary (Ed.): *Interpersonal Rejection* (pp. 55-72). Oxford (UK): Oxford University Press.
- Bigatti, S.M., Steiner, J.L. y Miller, K.D. (2012). Cognitive appraisals, coping and depressive symptoms in breast cancer patients. *Stress Health*, 28(5), 355-361. Doi: 10.1002/smi.2444.
- Blanco, P., Ruiz J., C., García de V., L. y Martín G., M. (2004). La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(4), 182-188.

- Brown, B.B., Feiring, C. y Furman, W. (1999). Missing the Love Boat: Why researchers have shied away from adolescent romance. En W. Furman, B.B. Brown y C. Feiring (Eds.): *The development of romantic relationships in adolescence* (pp.1-16). Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf).
- Cancer Council Queensland (2012). *Partner guide to coping with cancer*. Recuperado de <https://cancerqld.org.au/wp-content/uploads/2015/11/partners-guide-coping-with-cancer.pdf>.
- Cancer Treatment Centers of America (s.f.). *What is cancer*. Recuperado de <https://www.cancercenter.com/what-is-cancer>.
- Cancer Society Finland (s.f.). *What is cancer?* Recuperado de <https://www.allaboutcancer.fi/facts-about-cancer/what-is-cancer/>.
- Coulacoglou, C. y Saklofske, D.H. (2017). Advances in theoretical, developmental, and cross-cultural perspectives of psychopathology. En C. Coulacoglou y D. H. Saklofske (Eds.): *Psychometrics and Psychological Assessment* (pp. 293-342). Doi: 10.1016/B978-0-12-802219-1.00011-0.
- Culver, J.L., Arena, P.L., Antoni, M.H. y Carver, C.S. (2002). Coping and distress among women under treatment for early-stage breast cancer: comparing African Americans, Hispanics, and non-Hispanic whites. *Psycho-Oncology*, 11(6), 495–504. Doi: 10.1002/pon.615.
- Eisenberger, N.I. (2012). The neural bases of social pain. *Psychosomatic Medicine*, 74(2), 126-135. Doi: 10.1097/psy.0b013e-3182464dd1.
- Espínola, I., Cambranis, A., Salazar, A. y Esteves, C. (2017). Aproximación al concepto de pareja. *Psicología para América Latina*, 29, 7-22.
- Eshelman, L. y Levendosky, A.A. (2012). Dating violence: Mental health consequences based on type of abuse. *Violence and Victims*, 27(2), 215-228. Doi: 10.1891/0886-6708.27.2.215.
- Feeney, J.A. (2004). Hurt feelings in couple relationships: Towards integrative models of the negative effects of hurtful events. *Journal of Social and Personal Relationships*, 21(4), 487-508. Doi: 10.1177/0265407504044844.
- Feeney, J.A. (2005). Hurt feelings in couple relationships: Exploring the role of attachment and perceptions of personal injury. *Personal Relationships*, 12, 253-271. Doi: 10.1111/j.1350-4126.2005.00114.x.
- Feeney, B.C. y Collins, N.L. (2015). A new look at social support: A theoretical perspective on thriving through relationships. *Personality and Social Psychology Review*, 19(2), 113-147. Doi: 10.1177/1088868314544222.
- Fehr, B. y Harasymchuk, C. (2009). Hurt feelings in adult friendships. En A. L. Vangelisti (Ed.): *Advances in personal relationships. Feeling hurt in close relationships* (pp. 288-312). Cambridge, MA: Cambridge University Press. Doi: 10.1017/CBO9780511770548.015.
- Ferlay, J., Colombet, M., Soerjomataram, I., Mathers, C., Parkin, D.M., Piñeros, M. y Bray, F. (2018). Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *International Journal of Cancer*, 144(8), 1941-1953. Doi: 10.1002/ijc.31937.
- Garssen, B. y Goodkin, K. (1999). On the role of immunological factors as mediators between psychological factors and cancer progression. *Psychiatry Research*, 85, 51-61. Doi: 10.1016/s0165-1781(99)00008-6.
- Gorini, A., Riva, S., Marzorati, C., Cropley, M. y Pravettoni, G. (2017). Rumination in breast and lung cancer patients: Preliminary data within an Italian sample. *Psycho-Oncology*, 27(2), 703-705. Doi: 10.1002/pon.4468.
- Granillo V., A.D. y Sánchez-Aragón, R. (En proceso de evaluación). Influencia de las estrategias de regulación emocional y su auto-eficacia en el bienestar subjetivo. *Salud y Sociedad (Latin American Journal on Health & Social Psychology)*.
- Granillo V., L.F. y Sánchez-Aragón, R. (2020). Deteriorando la salud en la pareja: el papel de los eventos hirientes. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 2(2), 203-215.
- Gross, J.J. y Thompson, R.A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. En J. J. Gross (Ed.): *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). New York: The Guilford Press.
- Hernández S., R., Fernández C., C. y Baptista L., P. (2014). *Metodología de la investigación* (6a ed.). México: McGraw-Hill/Interamericana.
- Hertlein, K.M., Wetchler, J.L. y Piercy, F.P. (2005). Infidelity. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 4(2-3), 5-16. Doi: 10.1300/j398v04n02\_02.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2020). *¿De qué mueren los mexicanos?* Cuernavaca (México): Autor. Recuperado de <https://www.insp.mx/avisos/5111-dia-muertos-mexicanos.html>.
- Jara N., M.I. (2001). Ética de la salud como ética de la vida. *Gerencia y Políticas de Salud*, 1(1), 86-102.
- Kovač, A., Tovilović, S., Bugarski Ignjatović, V., Popović-Petrović, S., Tatić, M. (2020). The role of cognitive emotion regulation strategies in health-related quality of life breast cancer patients. *Vojnosanit Pregl*, 77(10), 1032-1040. Doi: 10.2298/VSP180205178K.

- Kross, E., Berman, M.G., Mischel, W., Smith, E.E. y Wager, T.D. (2011). Social rejection shares somatosensory representations with physical pain. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(15), 6270-6275. Doi: 10.1073/pnas.1102693108.
- Lam, S. y Dickerson, S.S. (2013). Social relationships, social threat, and health. En M. L. Newman y N. A. Roberts (Eds.): *Health and social relationships: the good, the bad and the complicated* (pp. 19-38). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Lyon, B.L. (2012). Stress, coping, and health: A conceptual overview (update). En V. H. Rice (Ed.): *Handbook of stress, coping, and health: Implications for nursing research, theory, and practice* (pp. 2-20). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Manne, S. y Badr, H. (2008). Intimacy and relationship processes in couples' psychosocial adaptation to cancer. *Cancer*, 112(S11), 2541-2555. Doi: 10.1002/cncr.23450.
- Martínez L., N.C., Peña, J.J., Salazar, H., García, A. y Sierra, J.C. (2017). A systematic review of romantic jealousy in relationships. *Terapia Psicológica*, 35(2), 203-212. Doi: 10.4067/s0718-48082017000200203.
- McKenna, M.C., Zevon, M.A., Corn, B. y Rounds, J. (1999). Psychosocial factors and the development of breast cancer: A meta-analysis. *Health Psychology*, 18(5), 520-531. Doi: 10.1037/0278-6133.18.5.520.
- McRae, K., Jacobs, S.E., Ray, R.D., John, O.P. y Gross, J.J. (2012). Individual differences in reappraisal ability: Links to reappraisal frequency, well-being, and cognitive control. *Journal of Research in Personality*, 46(1), 2-7. Doi: 10.1016/j.jrp.2011.10.003.
- National Cancer Institute (2018). *Feelings and cancer*. Bethesda, MD: INC. Recuperado de <https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/feelings>.
- National Cancer Institute (2019). *Symptoms of cancer*. Bethesda, MD: INC. Recuperado de <https://www.cancer.gov/about-cancer/diagnosis-staging/symptoms>.
- National Cancer Institute (2020). *Types of cancer treatments*. Bethesda, MD: INC. Recuperado de <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/types>.
- Nipp, R.D., El-Jawahri, A., Fishbein, J.N., Eusebio, J., Stagl, J.M., Gallagher, E.R. y Temel, J.S. (2016). The relationship between coping strategies, quality of life, and mood in patients with incurable cancer. *Cancer*, 122(13), 2110-2116. Doi: 10.1002/cncr.30025.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Cáncer*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
- Parrott, W.G (1993). Beyond hedonism: Motives for inhibiting good moods and for maintaining bad moods. En D. M Wegner y W. Pennebaker (Eds.): *Handbook of mental control* (pp. 278-308). New York: Prentice Hall.
- Pérez P., A. y Sánchez-Aragón, R. (2015). Eventos hirientes en la relación de pareja. *Memorias del XXIII Congreso Mexicano de Psicología*. Cancún, Q.R. (México), 7-9 de octubre.
- Pistrang, N. y Barker, C. (1995). The partner relationship in psychological response to breast cancer. *Social Science & Medicine*, 40(6), 789-797. Doi: 10.1016/0277-9536(94)00136-h.
- Plichta, S.B. (2004). Intimate partner violence and physical health consequences. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(11), 1296-1323. Doi: 10.1177/0886260504269685.
- Regan, T.W., Lambert, S.D., Girgis, A., Kelly, B., Kayser, K. y Turner, J. (2012). Do couple-based interventions make a difference for couples affected by cancer? A systematic review. *BMC Cancer*, 12(1). Doi: 10.1186/1471-2407-12-279.
- Resendes, L.A. y McCorkle, R. (2006). Spousal responses to prostate cancer: an integrative review. *Cancer Investigation*, 24(2), 192-198. Doi: 10.1080/0735.
- Sánchez A., R. (2016). *La pareja romántica en México. Desentrañando su naturaleza comunicativa y emocional*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sánchez-Aragón, R., García, M. y Martínez T., B.D. (2017). Encuesta de Salud SF-36: Validación en tres contextos culturales de México. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 45(3), 5-16. Doi: 10.21865/RIDEP45.3.01.
- Sánchez-Aragón, R. y López B., C. (2008). Midiendo a las estrategias de regulación emocional: rasgo y estado. En R. Díaz Lovíng, S. Rivera-Aragón, R. Sánchez-Aragón e I. Reyes L. (Eds.): *La Psicología Social en México* (pp. 643-648). México: AMEPSO.
- Schneiderman, N., Ironson, G. y Siegel, S.D. (2005). Stress and health: Psychological, behavioral, and biological determinants. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 607-628. Doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144141.
- Secretaría de Salud (2017). *Cáncer, tercera causa de muerte en México*. México: Autor Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/prensa/318-cancer-tercera-causa-de-muerte-en-mexico>.
- Shaver, P.R., Mikulincer, M., Lavy, S. y Cassidy, J. (2009). Understanding and altering hurt feelings: An attachment-theoretical perspective on the generation and regulation of emotions. En A. L. Vangelisti (Ed.): *Feeling hurt in close relationships* (pp. 92-119). Austin, TX: Texas University Press.

- Shrout, M.R. y Weigel, D.J. (2017). Infidelity's aftermath: Appraisals, mental health, and health-compromising behaviors following a partner's infidelity. *Journal of Social and Personal Relationships*, 35(8), 1067-1091. Doi: 10.1177/0265407517704091.
- Suls, J., Marco, C.A. y Tobin, S. (1991). The role of temporal comparison, social comparison, and direct appraisal in the elderly's self-evaluations of health. *Journal of Applied Social Psychology*, 21(14), 1125-1144. Doi: 10.1111/j.1559-1816.1991.tb00462.x.
- Urzúa, A. y Caqueo U., A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30(1), 61-71. Doi: 10.4067/S0718-48082012000100006.
- Urzúa, A., Caqueo U., A., Araya, G., Celedón, C., Lacouture, N., Quiroz, L. y Guzmán, M. (2016). Calidad de vida y dificultades de regulación emocional en la vida adulta. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(2), 135-144.
- Vangelisti, A.L. (Ed.). (2009). *Feeling hurt in close relationships*. Austin, TX: Texas University Press.
- Vinaccia, S., Arango, C., Cano, E., Tobón, S., Moreno, E. y López, A.E. (2006). Evaluación del patrón de conducta tipo C y su relación con la cognición hacia la enfermedad en pacientes colostomizados con diagnóstico de cáncer colorrectal. *Universitas Psychologica*, 5, 575-583.
- Ware, J. y Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483.
- Zare, B. (2011). Review of studies on infidelity. *Conference paper presented at the 3<sup>rd</sup> International Conference on Advanced Management Sciences*. Singapore, July 13-15.
- Zhang, M., Zhang, Y., Kong, Y. (2019). Interaction between social pain and physical pain. *Brain Science Advances*, 5(4), 265-273. Doi: 10.26599/BSA.2019.905002.