

PSICOLOGÍA y Salud

Número Especial 2021

Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana

Psychology and Health

SUMARIO

La importancia de la resiliencia y el optimismo en los comportamientos saludables en el paciente con cáncer
Andrea Bravo-Doddoli y Rozzana Sánchez-Aragón

Empatía y amor compasivo en el bienestar subjetivo y resiliencia de pacientes con cáncer y sus parejas
Daniela J. Cruz-Vargas y Rozzana Sánchez-Aragón

La pareja con cáncer: ¿de qué manera el estilo de apego afecta la soledad, el bienestar subjetivo y la satisfacción con la relación?
Yanitza Nicole Flórez-Rodríguez y Rozzana Sánchez-Aragón

Relación del optimismo y el estrés con la calidad de vida en pacientes oncológicos: diferencias por tiempo de diagnóstico
Ana Daniela Granillo-Velasco y Rozzana Sánchez-Aragón

Satisfacción marital en pacientes oncológicos: su relación con los eventos hirientes y la calidez brindada por su pareja
Luisa Fernanda Granillo-Velasco y Rozzana Sánchez-Aragón

Predictores emocionales y conductuales de la mutualidad en la pareja con cáncer
Rozzana Sánchez-Aragón, Lizette Gálvez-Hernández y Claudia Pineda-Flores

La empatía y el apoyo de la pareja como factores protectores del estrés en pacientes con cáncer
Donaji Zedith Santiago-Silva y Rozzana Sánchez-Aragón

El papel de los eventos hirientes y la regulación emocional en la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con cáncer
Samantha Monserrat Torres-Salayez y Rozzana Sánchez-Aragón

Coordinadora de este número: Rozzana Sánchez-Aragón

ISSN: 1405-1109

UNIVERSIDAD VERACRUZANA

Martín Gerardo Aguilar Sánchez
Rector

María Elena Rustrián Portilla
Secretaria Académica

Lizbeth Margarita Viveros Cancino
Secretaria de Administración y Finanzas

Rebeca Hernández Arámburu
Secretaria de Desarrollo Institucional

Agustín del Moral Tejeda
Director Editorial

PSICOLOGÍA Y SALUD

EDITOR

Rafael Bullé-Goyri Minter

EDITORA ADJUNTA

Laila Meseguer Posadas

COORDINADORA DE ARBITRAJES

Dra. María Erika Ortega Herrera

ASESOR EDITORIAL

Dr. Juan José Sánchez Sosa

DIRECTOR DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS

Dr. Ricardo García Valdez

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Luis Flórez Alarcón • *Universidad Católica de Colombia (Colombia)*

Dra. Tatiana Forte • *Hospital Pequeno Príncipe (Brasil)*

Dr. Jorge Grau Abalo • *Instituto Nacional de Radiología y Oncología (Cuba)*

Dra. María del Socorro Herrera Meza • *Universidad Veracruzana (México)*

Dra. Ana Delia López Suárez • *Universidad Veracruzana (México)*

Dra. Rosa Martha Meda Lara • *Universidad de Guadalajara (México)*

Dra. Martha Montiel Carbajal • *Universidad de Sonora (México)*

Dra. María Erika Ortega Herrera • *Universidad Veracruzana (México)*

Dra. Ligia M. Sánchez Núñez • *Universidad Central de Venezuela (Venezuela)*

EDITORES ASOCIADOS

Dr. Benjamín Domínguez Trejo • *Universidad Nacional Autónoma de México*

Dra. Lya Feldman • *Universidad Simón Bolívar (Venezuela)*

Dra. Edelsys Hernández Meléndrez • *Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras (Cuba)*

Dra. Olga E. Infante Pedreira • *Universidad Central de las Villas (Cuba)*

Dra. Marta Martín Carbonell • *Instituto de Angiología y Cirugía Vascular (Cuba)*

Dra. Silvia Mejía Arango • *Colegio de la Frontera Norte (México)*

Dr. Wenceslao Penate • *Universidad de La Laguna (España)*

Dr. Mario Enrique Rojas Russell • *Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM (México)*

Dr. Jorge Román Hernández • *Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores (Cuba)*

Dr. Carlos Salavera Bordás • *Universidad de Zaragoza (España)*

Dr. Juan José Sánchez Sosa • *Universidad Nacional Autónoma de México (México)*

Dr. Francisco J. Santolaya Ochando • *Colegio de Psicólogos de Valencia (España)*

Dra. Rocio Soria Trujano • *Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM (México)*

Dra. María de los Ángeles Vacío Muro • *Universidad Autónoma de Aguascalientes (México)*

Dra. Elba Abril Valdez • *Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C. (México)*

Dr. Stefano Vinaccia • *Fundación Universitaria Sanitas (Colombia)*

Dr. Ricardo Werner Sebastiani • *Universidad de Sao Paulo (Brasil)*

Número Especial • 2021

Psicología y Salud es una publicación semestral,

editada por el Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana

Calle Dr. Luis Castelazo Ayala s/n, Industrial Ánimas, 91190 Xalapa, Veracruz, México.

Tel. (228)841-89-00, ext. 13215, fax (228)841-89-14, correos electrónicos: psicologiaysalud@uv.mx y rbulle@uv.mx.

Editor responsable: Rafael Bullé-Goyri Minter.

Reserva de Derechos al Uso Exclusivo: 04-2021-042213083600-203,

ISSN impreso: 1405-1109 otorgado por el Instituto Nacional de Derechos de Autor.

Coordinadora de este número: Rozzana Sánchez-Aragón.

Responsable de la publicación de este número: Laila Meseguer Posadas.

Indizada en CLASE, LATINDEX, MIAR, EZB, Latinoamericana, IJIF, LatinRev y DORA.

Visítenos en: psicologiaysalud.uv.mx

SUMARIO

Número Especial
2021

La importancia de la resiliencia y el optimismo en los comportamientos saludables en el paciente con cáncer <i>Andrea Bravo-Doddoli y Rozzana Sánchez-Aragón</i>	5
Empatía y amor compasivo en el bienestar subjetivo y resiliencia de pacientes con cáncer y sus parejas <i>Daniela J. Cruz-Vargas y Rozzana Sánchez-Aragón</i>	17
La pareja con cáncer: ¿de qué manera el estilo de apego afecta la soledad, el bienestar subjetivo y la satisfacción con la relación? <i>Yanitza Nicole Flórez-Rodríguez y Rozzana Sánchez-Aragón</i>	31
Relación del optimismo y el estrés con la calidad de vida en pacientes oncológicos: diferencias por tiempo de diagnóstico <i>Ana Daniela Granillo-Velasco y Rozzana Sánchez-Aragón</i>	45
Satisfacción marital en pacientes oncológicos: su relación con los eventos hirientes y la calidez brindada por su pareja <i>Luisa Fernanda Granillo-Velasco y Rozzana Sánchez-Aragón</i>	57
Predictores emocionales y conductuales de la mutualidad en la pareja con cáncer <i>Rozzana Sánchez-Aragón, Lizette Gálvez-Hernández y Claudia Pineda-Flores</i>	71
La empatía y el apoyo de la pareja como factores protectores del estrés en pacientes con cáncer <i>Donaji Zedith Santiago-Silva y Rozzana Sánchez-Aragón</i>	85
El papel de los eventos hirientes y la regulación emocional en la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con cáncer <i>Samantha Monserrat Torres-Salavez y Rozzana Sánchez-Aragón</i>	97

SUMMARY

Special Issue
2021

The importance of resilience and optimism in the healthy behaviors in cancer patients <i>Andrea Bravo-Doddoli and Rozzana Sánchez-Aragón</i>	5
Empathy and compassionate love in subjective well-being and resilience of cancer patients and their partners <i>Daniela J. Cruz-Vargas and Rozzana Sánchez-Aragón</i>	17
The cancer couple: How does attachment style affect loneliness, subjective well-being, and satisfaction with relationship? <i>Yanitza Nicole Flórez-Rodríguez and Rozzana Sánchez-Aragón</i>	31
Relationship of optimism and stress with a quality of life in cancer patients: Differences by time of diagnosis <i>Ana Daniela Granillo-Velasco and Rozzana Sánchez-Aragón</i>	45
Marital satisfaction in oncology patients: It's relationship with hurtful events and the warmth provided by their partners <i>Luisa Fernanda Granillo-Velasco and Rozzana Sánchez-Aragón</i>	57
Emotional and behavioral predictors of mutuality in the couple with cancer <i>Rozzana Sánchez-Aragón, Lizette Gálvez-Hernández and Claudia Pineda-Flores</i>	71
Empathy and partner support as a protective factors of stress in cancer patients <i>Donaji Zedith Santiago-Silva and Rozzana Sánchez-Aragón</i>	85
The role of hurtful events and emotional regulation in the health-related quality of life of cancer patient <i>Samantha Monserrat Torres-Salayez and Rozzana Sánchez-Aragón</i>	97

La importancia de la resiliencia y el optimismo en los comportamientos saludables en el paciente con cáncer

The importance of resilience and optimism in the healthy behaviors in cancer patients

Andrea Bravo-Doddoli y Rozzana Sánchez-Aragón

Universidad Nacional Autónoma de México¹

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

RESUMEN

Investigación reciente señala que los comportamientos saludables de las personas dependen de múltiples factores, entre los que destacan los psicológicos. Esto es particularmente importante en el caso de personas con cáncer, ya que de dichas conductas se deriva parte de su evolución. El presente estudio tuvo como objetivos explorar la relación entre la resiliencia y el optimismo con los comportamientos saludables, e identificar las posibles diferencias de estas variables a partir del tiempo de diagnóstico en pacientes con cáncer. Para ello, participaron 196 pacientes (varones y mujeres) cuyo tiempo de diagnóstico fue variable, quienes respondieron de manera voluntaria, confidencial y anónima la Escala de Resiliencia, la Escala de Optimismo y el Índice de Comportamientos Saludables. Los resultados demuestran que la capacidad de alcanzar metas y organizarse, la confianza en el tratamiento, el apoyo familiar, la actitud positiva, la autoeficacia, la autoconfianza y la esperanza ayudaron al paciente a desarrollar hábitos saludables y a no caer en conductas de riesgo; asimismo, se observaron diferencias a partir del tiempo de diagnóstico en la fortaleza, el apoyo social, la actitud positiva, el control interno y las conductas de cuidado debido a las diferentes emociones que se experimentan en cada etapa, como depresión, incertidumbre o estrés.

Palabras clave: Resiliencia; Optimismo; Comportamientos saludables; Tiempo de diagnóstico; Cáncer.

ABSTRACT

Recent research indicates that people's healthy behaviors depend on multiple factors, most notably psychological ones. This is particularly important in the case of people with cancer since part of their evolution derives from these behaviors. The present study had as objectives: 1) explore the relationship between resilience and optimism with healthy behaviors and 2) identify the possible differences of these variables from the time of diagnosis in cancer patients. For this, 196 patients participated (men and women) whose diagnosis time was variable and who responded voluntarily, confidentially and anonymously to the Resilience Scale, the Optimism Scale, and the Healthy Behavior Index. The results show that the ability to achieve goals and organize, confidence in the treatment, family support, positive attitude, self-efficacy, self-confidence and hope helped the patient to develop healthy habits and not fall into risky behaviors. On the other hand, there were observed differences from time of diagnosis in strength, social support, positive attitude, internal control, and

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



caring behaviors, due to the different emotions experienced in each stage, such as depression, uncertainty, or stress.

Key words: Resilience; Optimism; Healthy behaviors; Time of diagnosis; Cancer.

El cáncer es un término genérico que nombra a un grupo de enfermedades que pueden afectar cualquier parte del organismo y que se caracterizan por “la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y que pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018, p. 1). Este padecimiento es una de las principales causas de muerte en el mundo, y para el año 2030 se prevé que haya 23.6 millones de casos de cáncer (Instituto Nacional del Cáncer, 2015 [INC], 2015).

Las investigaciones actuales muestran que las alteraciones de las células son el resultado de las interacciones entre factores genéticos y tres factores externos llamados *carcinógenos*: 1) físicos, como por ejemplo la radiación ultravioleta y la ionizante; 2) químicos, como el humo de tabaco, los contaminantes de los alimentos (aflatoxinas) o el arsénico; 3) biológicos, como virus, bacterias y parásitos (OMS, 2018). No obstante, si se tiene un estilo de vida saludable, como comer al menos cinco tipos de verduras o frutas todos los días (Norat, Aune, Chan y Romaguera, 2014), realizar ejercicio físico constante y no consumir alcohol y tabaco, o hacerlo moderadamente (Thomson *et al.*, 2014), se puede reducir el riesgo de padecer cáncer y de la mortalidad en general.

Sin embargo, aún falta mucha investigación sobre los factores que contribuyen a su origen, mantenimiento y evolución, entre los cuales se hallan los psicológicos, como los relacionados con las situaciones traumáticas que se han vivido (Acinas, 2014), sin obviar que el propio diagnóstico y el tratamiento del cáncer representan paradójicamente una fuente de estrés.

Aunado a ello, los pacientes con cáncer pueden experimentar diversas emociones que variarán de acuerdo con el tiempo transcurrido desde el

diagnóstico. Cuando a la persona se le diagnostica cáncer, experimentará en gran medida ansiedad y estrés (Smith *et al.*, 2008), así como un gran temor al tratamiento y a la muerte (Cardoso, Graca, Klut, Trancas y Papoila, 2016), soledad, culpa y preocupación, lo que ocasiona que no exprese su emociones hasta que haya podido procesar tal diagnóstico, en tanto que los supervivientes —es decir, los que han sobrevivido cinco años desde el diagnóstico (INC, 2015)— suelen experimentar incertidumbre e incluso aprensión hacia la nueva normalidad que viven, aunque también pueden tener emociones más positivas, como optimismo y esperanza (Ness *et al.*, 2013). Por consiguiente, se puede afirmar que dichas emociones se modifican en la medida en que las personas transitan por el diagnóstico, el tratamiento, la recuperación del propio tratamiento y los años posteriores; así, las respuestas emocionales de los pacientes serán importantes para un proceso exitoso (Thorne *et al.*, 2014).

Uno de los factores psicológicos que entra en juego en el proceso de enfrentamiento de las emociones provocadas por la enfermedad es la resiliencia del paciente, a la que se considera una característica protectora de la salud (Ungar, 2008), a la que se le ha definido como una resistencia relativa a las experiencias de riesgo ambiental y la superación del estrés o la adversidad (Rutter, 2006), la cual implica una recuperación positiva ante el infortunio, el estrés o el riesgo mediante el aprendizaje que se deriva de tales experiencias (Masten, Best y Garmezy, 1990). La capacidad de recuperación puede verse como la oportunidad que tienen las personas para usar sus recursos psicológicos, sociales, culturales y físicos en el mejoramiento de su bienestar (Ungar, 2008).

Para que una persona sea resiliente en un entorno de adversidad, Saavedra (2005) propone cuatro tipos de factores que deben intervenir:

- *Factores personales*: rasgos de las personas, como la inteligencia verbal y matemática, la tendencia al acercamiento social y el humor positivo.
- *Factores cognitivos y afectivos*: características del individuo que le ayudan en el área emocional, como empatía, autoestima, mo-

tivación al logro, sentimiento de autosuficiencia, baja desesperanza, autonomía en las acciones emprendidas y orientación a la resolución de problemas.

- *Factores psicosociales familiares:* ambiente familiar en el que el individuo se sienta apoyado, nutrido o socorrido, los padres estimulen y apoyen, se empleó la comunicación abierta, se tenga una estructura familiar estable, haya buenas relaciones con los pares y se cuente con el respaldo de las figuras cercanas.
- *Factores socioculturales:* sistema de creencias y valores y relaciones sociales, políticas y educativas en los que de manera implícita y explícita se subraye la importancia de salir adelante, de prosperar y superar la adversidad.

En el caso específico de los pacientes con cáncer, la resiliencia les ayuda a enfrentar mejor la enfermedad. Por ejemplo, en cuanto a los factores personales, el paciente resiliente tendrá un mejor ajuste psicológico (Acinas, 2014), por lo que los tratamientos tendrán menos secuelas emocionales negativas (Scrignaró, Barni y Magrin, 2011). Respecto a los factores cognitivos y afectivos, le ayudará a poseer una mayor autoestima y apreciación por la vida, así como sentimientos de calma y paz (Castilla y Vázquez, 2007), por lo que cuidarán más de sí mismos durante el tratamiento, y una vez que este se termine, tendrán un mayor compromiso con su salud (Salsman, Segerstrom, Brechting, Carlson y Andrykowski, 2009). En lo referente a los factores psicosociales familiares, se ha encontrado que cuando la familia representa una fuente de apoyo y sostén al proveer, acompañar y brindar atención y cuidado al paciente, este se sentirá mejor y cumplirá de manera más adecuada las indicaciones acerca de su tratamiento; asimismo, le estimulará a seguir adelante y a mantenerse lo más sano posible (Li, Wang, Yin, Li y Li, 2018). Respecto a los factores socioculturales, Wu, Liu, Li y Li (2016) proponen que los pacientes con un nivel educativo superior pueden acceder más fácilmente a la información sobre el cáncer a través de varios canales, como la comunicación con otros pacientes, con el personal médico y la Internet, por lo que comprenden mejor la

enfermedad y obtienen así una mayor sensación de control durante el curso del tratamiento.

La razón de que la resiliencia surta efecto es porque otro factor psicológico existe: el optimismo (Wu *et al.*, 2013), que se define como una expectativa favorable acerca de las cosas que le ocurren a una persona y lo que el futuro le promete en la vida. Es un constructo opuesto al pesimismo, y es estable temporal y situacionalmente (Scheier, Carver y Bridges, 1994), así, las personas optimistas esperan que las cosas salgan bien y, en general, creen que les sucederán cosas buenas en lugar de malas, mientras que los pesimistas esperan que las cosas salgan mal y tienden a anticipar resultados negativos (Scheier y Carver, 1985). En congruencia con lo anterior, Carver, Scheier y Segerstrom (2010) proponen que los niveles altos de optimismo se relacionan prospectivamente con un mejor bienestar subjetivo en tiempos de adversidad o dificultad, toda vez que genera el uso de conductas de afrontamiento adaptativas (Scheier y Carver, 1985) y, en consecuencia, una buena salud física (*cf.* Peterson, Seligman y Vaillant, 1988).

En las enfermedades como el cáncer, el optimismo desempeña un papel central al disminuir la ansiedad, el estrés (Brydon, Walker, Wawrzyniak, Chart y Steptoe, 2009; De Moor *et al.*, 2006), la angustia (Carver *et al.*, 2010) y la depresión (Abdel-Khalek, 2006) que puedan causar el diagnóstico y el tratamiento (Smith *et al.*, 2008). Las personas optimistas tienen más posibilidades de aceptar de una mejor manera la realidad de la situación a la que se enfrentan, son menos propensos a hacer esfuerzos conscientes para evadir y negarse a lidiar con su enfermedad y tienden a tener expectativas positivas del tratamiento. Asimismo, el optimismo ayudará a la adopción de medidas proactivas para proteger la vida (Carver *et al.*, 1993; Gallagher, Long, Richardson y D'Souza, 2019).

Por el lado de la salud física, los sobrevivientes de cáncer y los pacientes en tratamiento sufren más afecciones crónicas y tienen una salud más pobre (Holmes *et al.*, 2014), por lo que las conductas que favorecen el buen estado del organismo y evitan el desarrollo de nuevas afecciones son esenciales (Kenzik, Fouad, Pisu y Martin, 2016; Shapiro, Seeff y Nadel, 2001). Asimismo, en los pacientes tiende a aumentar la probabilidad

de fallecer no solamente por la enfermedad misma, sino también por dietas deficientes, actividad física limitada y otros comportamientos relativos al estilo de vida (Kenzik *et al.*, 2016). De hecho, la mayoría de los pacientes no cumplen con las recomendaciones dietéticas ni con las relativas a la actividad física (Rebholz *et al.*, 2012) y tienen un alto riesgo de que surjan otros padecimientos, por lo que es de vital importancia que obtengan información sobre cómo mantener la salud y el bienestar general (Kenzik *et al.*, 2016), así como los elementos psicológicos suficientes para desarrollar estos comportamientos saludables (Carver *et al.*, 2010).

Los comportamientos saludables se definen como aquellas acciones específicas para mejorar la salud, que se adquieren y aprenden a través de un proceso de identificación, atención, adquisición, práctica, mantenimiento y desarrollo. Tales conductas involucran diversas áreas de la vida de los individuos, como el trabajo, la movilidad a distintos lugares, la calidad familiar, la actividad física, la vida social, las diversas actividades caseras, los paseos, la higiene, la alimentación y la filosofía de vida, entre muchas otras (Cortés, Ramírez, Olvera y Arriaga, 2009).

Para que los comportamientos saludables se desarrollen es necesario que el paciente posea autoeficiencia (Guntzwiller, King, Jensen y Davis, 2017), fortaleza (Bahrami, Mohamadirizi y Mohamadirizi, 2018), capacidad para organizarse (Wilson *et al.*, 2004), compromiso (Putri, Wati y Rekawati, 2018) y autoconfianza (Rasmussen, Scheier y Greenhouse, 2009), mientras que en las áreas familiar y de pareja es necesario contar con un ambiente sano (Rattay *et al.*, 2018) en el que mediante el apoyo se logren facilitar dichas conductas (Burrows, 2017). De hecho, la investigación reciente demuestra que las personas con un mayor apoyo social y familiar tienden a cuidar más las conductas relativas a su salud (Spohr, Suzuki, Marshall, Taxman y Walters, 2016).

Debido a que los comportamientos saludables resultan imprescindibles en el tratamiento del paciente con cáncer (Cormie *et al.*, 2018; Khoshnood, Dehghan, Iranmanesh y Rayyani, 2019; Shapiro, Seeff y Nadel, 2001) y para ayudar a los

sobrevivientes a no desarrollar una nueva enfermedad que pudiera complicar su condición (Kenzik *et al.*, 2016), es evidente la importancia de las variables psicológicas para mantener estos comportamientos saludables, por lo que el presente estudio tuvo como objetivos explorar la relación entre la resiliencia y el optimismo en los comportamientos saludables de pacientes con cáncer, así como examinar las posibles diferencias en dichas variables a partir del tiempo de diagnóstico.

MÉTODO

Participantes

Se empleó una muestra no probabilística por cuota (Hernández, Fernández y Bautista, 2014) integrada por 196 participantes de la Ciudad de México, de los cuales 55 eran varones y 141 mujeres, con edades de 21 a 78 años ($M = 48$, D.E. = 10.62). Respecto a su escolaridad, 25% indicó contar con estudios de secundaria, 29% de preparatoria y 46% de licenciatura. El diagnóstico de cáncer se les había dado a conocer entre un mes y 20 años atrás ($M = 3.85$, D.E. = 3.70). De ellos, 85% recibía tratamiento en ese momento. Los criterios de inclusión de los participantes fueron los de ser mayor de 18 años, tener una escolaridad mínima de secundaria y estar diagnosticado con algún tipo de cáncer al momento del estudio. Se excluyó a quienes no habían aceptado el diagnóstico, tuvieran una escolaridad menor a secundaria o no estuvieran de acuerdo con los términos del formato de consentimiento informado.

Instrumentos

Escala de Resiliencia (RESI-M)
(Palomar y Gómez, 2010).

Orientada a evaluar la resiliencia en población adulta, se utilizó la versión corta de 25 reactivos en formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos que indican los grados de acuerdo con la afirmación, donde 1 significa “Totalmente en desacuerdo” y 5 “Totalmente de acuerdo”. Este instrumento, que posee un coeficiente alfa de Cronbach total de .93,

se compone de cinco factores obtenidos mediante el factorial de componentes principales y rotación varimax que explican 43.60% de la varianza. Dichos factores son, a saber: 1) Fortaleza y confianza en sí mismo ($\alpha = .92$), con cinco reactivos, como “Soy una persona fuerte” o “Tengo el control de mi vida”; 2) Competencia social ($\alpha = .89$), que consta de cinco reactivos, como “Es fácil para mí hacer reír a otras personas” o “Me es fácil establecer contacto con nuevas personas”; 3) Apoyo familiar ($\alpha = .87$), constituido asimismo por cinco reactivos, como “Tengo una buena relación con mi familia” o “Aun en momentos difíciles nuestra familia tiene una actitud optimista hacia el futuro”; 4) Apoyo social ($\alpha = .84$), formado por seis ítems, como “Tengo algunos amigos/familia que valoran mis habilidades” “Siempre tengo alguien que puede ayudarme cuando lo necesito”, y 5) Estructura ($\alpha = .79$), con cinco reactivos, como “Soy bueno(a) para organizar mi tiempo” y “Trabajo mejor cuando tengo metas”.

Escala de Optimismo (Sánchez-Aragón, 2018).

Con un coeficiente alfa de Cronbach total de .937, este instrumento evalúa las expectativas positivas de las personas acerca de su futuro, así como una tendencia a ver la realidad por el lado más afortunado. En su versión corta consta de veinte reactivos en formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos que indican el grado de acuerdo respecto a cada afirmación, donde 1 es “Totalmente en desacuerdo” y 5 “Totalmente de acuerdo”. La validez se obtuvo a través de un análisis factorial de componentes principales y rotación ortogonal, obteniéndose cuatro factores que explicaron 55.11% de la varianza. Estos factores son los siguientes: 1) Actitud positiva ($\alpha = .90$), con cinco reactivos, como “Doy la bienvenida a cada nuevo reto” o “Soy optimista aunque parezca que lo que viene va a ser negativo”; 2) Control interno ($\alpha = .78$), con cuatro ítems, como “Para cada problema encuentro una solución” y “Creo que puedo cumplir mis metas”; 3) Autoconfianza ($\alpha = .81$), con cinco reactivos, como “Veo el futuro con confianza” y “Tengo mucha confianza en mí mismo(a)”, y 4) Esperanza ($\alpha = .80$), con cinco reactivos, como “La mayor parte del tiempo espero que sucedan cosas buenas” o “Creo que mi futuro va a estar muy bien”.

Índice de Comportamientos Saludables (Santiago, Sánchez-Aragón y Zepeda, 2019).

Mide algunas de las conductas orientadas a mejorar y cuidar de la salud en general mediante 18 ítems, con un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos que indica la frecuencia con la cual se lleva a cabo cada conducta, donde 1 es “Nunca hago esto” y 5 “Siempre hago esto”. Se compone de tres factores y un indicador, obtenidos a través del análisis factorial exploratorio que explica 45.46% de la varianza. Obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach total de bajo a moderado debido a que cada factor es independiente de los otros. Dichos factores son los siguientes: 1) Descuido ($\alpha = .63$), con seis ítems, como “Cuando tengo hambre no me detengo a ver la procedencia de los alimentos” y “Uso el teléfono celular mientras manejo o camino”; 2) Prevención de adicciones ($\alpha = .69$), con cuatro reactivos, como “Evito consumir tabaco” y “Evito consumir cualquier tipo de droga”; 3) Actividad física y relajación ($\alpha = .63$), con seis reactivos, como “Dedico determinado tiempo a la semana para realizar actividades de ocio o recreativas” y “Hago un esfuerzo por encontrar momentos durante el día para relajarme”. El indicador es Cuidado ($\alpha = .69$), con dos ítems: “Soy cuidadoso(a) al realizar actividades que involucren cuchillos o fuego” y “Procuro caminar con precaución cuando el piso está mojado o resbaloso”.

Procedimiento

Los cuestionarios fueron aplicados por estudiantes de la carrera de Psicología entrenados, quienes acudieron a lugares de la Ciudad de México en los que se podía encontrar personas de interés (clínicas, hospitales, albergues, etc.) que cumplieran con los criterios de inclusión. Una vez que se identificó a los participantes, se les informó que la participación era voluntaria, confidencial y anónima, y asimismo se les indicó el objetivo de la investigación, advirtiéndoles que podían retirarse en cualquier momento si las preguntas afectaban su moral o creencias. Por otro lado, se les informó que sus datos serían utilizados únicamente en análisis estadísticos, por lo que no se les pediría ningún dato personal que pusiera en riesgo su identidad o privacidad, y que toda la información

proporcionada sería tratada con las medidas de seguridad apropiadas, de conformidad con los principios contenidos en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, en su Reglamento y en los Lineamientos del Aviso de Privacidad de los Estados Unidos Mexicanos. Contando ya con su autorización, se procedió a la aplicación individual, misma que tuvo una duración de 10 minutos. Se dio respuesta a las preguntas que pudieran surgir durante la misma y se pusieron a su disposición los hallazgos de la investigación en un futuro mediano.

Análisis de datos

Se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para comprobar la normalidad de la muestra. Los resultados mostraron un rango de significancias que no cumplía los criterios de distribución para utilizar estadística paramétrica ($p \leq .024$). Con base en ello, y para cumplir los objetivos del estudio, primeramente se obtuvo una correlación *rho* de Spearman para examinar si había una relación entre la resiliencia y el optimismo y los comportamientos saludables de pacientes con cáncer. Para cumplir el segundo objetivo, se efectuó un análisis Kruskal-Wallis de una vía para comprobar la diferencia

entre los tres grupos con diagnóstico de cáncer, haciendo los cortes a partir de lo propuesto por Ness *et al.* (2013).

RESULTADOS

Para poder cumplir con el primer objetivo de esta investigación, se realizó un análisis de correlación *rho* de Spearman entre la resiliencia y el optimismo con los comportamientos saludables. Respecto a la variable de resiliencia, los resultados indican que en la medida en que el paciente con cáncer tenga mayor fortaleza y confianza en sí mismo (claridad sobre los objetivos, esfuerzo que hacen por alcanzar sus metas y la confianza que tienen de que van a tener éxito), generará más conductas de cuidado (p. e., de atención y preocupación por no involucrarse en acciones de riesgo), y menos de descuido (comportamientos negligentes, como no cuidar la procedencia de los alimentos e incluso favorecer aquellos con mayor riesgo para la salud). Además, a más competencia social (aptitudes para relacionarse con los demás, facilidad para hacer nuevos amigos, hacer reír a las personas y disfrutar de una conversación), más conductas de cuidado (Tabla 1).

Tabla 1. Correlaciones entre la resiliencia y el optimismo con los comportamientos saludables.

Variable	Factores	Comportamientos saludables			
		Descuido	Prevención de adicciones	Actividad física y relajación	Cuidado
Resiliencia	Fortaleza y confianza	-.194**			.334**
	Competencia social				.280**
	Apoyo familiar	-.265**	.196**	.271**	.389**
	Apoyo social				.465**
	Estructura			.232**	
Optimismo	Actitud positiva			.299**	.351**
	Control interno			.240**	.431**
	Autoconfianza			.296**	.290**
	Esperanza			.260**	.325**

Se observó que a más apoyo familiar (soporte, ayuda y lealtad entre los miembros de la familia y el tiempo que pasan juntos), más conductas de cuidado, actividad física y relajación (hacer ejercicio físico, beber agua, llevar a cabo actividades

recreativas y de relajación que permiten a la persona mantener su cuerpo y su mente de manera integral) llevaban a cabo, así como una prevención más efectiva de adicciones (evitación del consumo de tabaco, otras drogas y alcohol) y un menor

descuido. En la medida en que tenían un mayor apoyo social (contar con personas que puedan ayudar en momentos difíciles, que den aliento y que se preocupen por la persona), los pacientes con cáncer mostraron emprender más acciones orientadas al cuidado. Finalmente, a más *estructura*, esto es, capacidad para organizarse, planear las actividades y el tiempo, tener reglas y actividades sistémicas aun en momentos difíciles), más proclives se mostraron los participantes para realizar actividad física y ejercicios de relajación (ver Tabla 1).

En cuanto al optimismo, se encontró que entre mayor era su actitud positiva (predisposición esperanzadora ante los retos o situaciones negativas que se les pudiesen presentar), mayores eran su control interno (creencias de autoeficacia del individuo que indican que trabajando duro se puede lograr cualquier cosa y que cada problema tiene una solución), autoconfianza (idea sobre la certeza en las propias capacidades para resolver tareas, para influir en otros, dominar los problemas difíciles y lo que venga en el futuro), esperanza (convicción de que en el futuro la persona tendrá

alimento, cuidado, hogar y personas que le brinden ayuda), cuidado y actividad física y relajación (ver Tabla 1).

Con la finalidad de cumplir el segundo objetivo de esta investigación, se efectuó una prueba de Kruskal-Wallis de una vía para identificar las posibles diferencias en la resiliencia, el optimismo y los comportamientos saludables a partir del tiempo de diagnóstico. Para crear los grupos por tiempo de diagnóstico, se hicieron algunos cortes que permitieron clasificar a los participantes del modo siguiente: 1) de un mes a 16 meses (Etapa temprana), 2) de 17 meses a 4 años, 11 meses (Etapa avanzada) y 3) de 5 años y más (Sobrevivientes) (cf. Ness *et al.* (2013). A partir de dicho análisis, se hallaron diferencias estadísticamente significativas que indican que los grupos de etapa avanzada y sobrevivientes mostraron tener mayor fortaleza y apoyo social (factores de resiliencia), una actitud y un control interno más positivos (factores de optimismo) y un mayor cuidado (indicador de comportamientos saludables), en comparación con el grupo en etapa temprana (Tabla 2).

Tabla 2. Prueba de Kruskal-Wallis para Resiliencia, Optimismo y Comportamientos saludables.

Escala	Variable	Grupos	N	Rango promedio	M.	D.E.	χ^2	<i>p</i>	Post-hoc
Resiliencia	Fortaleza	Grupo 1	70	80.22	3.72	.777	6.035	.001	Grupo 1-2 Grupo 1-3
		Grupo 2	59	117.89	4.26				
		Grupo 3	67	111.13	4.12				
	Apoyo social	Grupo 1	70	88.98	4.21	.764	6.054	.024	Grupo 1-2
		Grupo 2	59	113.27	4.55				
		Grupo 3	67	102.61	4.37				
Optimismo	Actitud positiva	Grupo 1	70	88.44	3.74	.743	6.090	.050	Grupo 1-3
		Grupo 2	59	105.21	3.95				
		Grupo 3	67	110.53	4.06				
	Control interno	Grupo 1	70	84.44	3.81	.715	11.236	.004	Grupo 1-3
		Grupo 2	59	111.21	4.05				
		Grupo 3	67	111.83	4.19				
Comportamientos saludables	Cuidado	Grupo 1	70	90.19	4.19	.884	7.498	.029	Grupo 1-2
		Grupo 2	59	115.88	4.57				
		Grupo 3	67	98.29	4.27				

Para identificar los grupos en los cuales había diferencias, se llevó a cabo una prueba de comparaciones múltiples (*post-hoc*), en la que se obtuvo que, en la Escala de Resiliencia, el factor de Fortaleza en los grupos de etapa avanzada y sobrevivientes difiere estadísticamente, de manera significativa, con el grupo de etapa temprana, siendo menor la

media en aquella; en cuanto a los factores de Apoyo social, los grupos que difirieron estadísticamente de manera significativa fueron el de etapa temprana con etapa avanzada, teniendo una media mayor el segundo grupo en ambos factores.

En la Escala de Optimismo, en cuanto a Actitud positiva y Control interno se obtuvo una dife-

rencia estadísticamente significativa entre el grupo de etapa temprana y el de sobrevivientes, pues en ambos casos la media en este último fue mayor. Por último, en los comportamientos saludables para el indicador de Cuidado, se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de etapa temprana y avanzada, siendo la media mayor en el segundo (ver Tabla 2).

DISCUSIÓN

El cáncer, definido por determinantes biológicos y genéticos, es una de las principales causas de muerte en el mundo (INC, 2015; OMS, 2018); sin embargo, algunas variables psicológicas desempeñan un importante papel en el origen, mantenimiento y evolución de la enfermedad (Acinas, 2014). El presente estudio se planteó como objetivos los de explorar la relación entre la resiliencia y el optimismo con los comportamientos saludables en enfermos de cáncer, y examinar las posibles diferencias en dichas variables a partir del tiempo de diagnóstico en los participantes.

En lo referente al primer objetivo, se encontró que, en la medida en que los pacientes que tienen una mayor claridad sobre sus objetivos, se esfuerzan por alcanzar sus metas y tienen confianza en sus recursos tanto para seguir el tratamiento como en los demás aspectos de su vida, tendrán asimismo un mayor cuidado de su salud y no tenderán a involucrarse en conductas de riesgo (Khoshnood *et al.*, 2019; Shapiro *et al.*, 2001). Lo anterior evidencia que la fortaleza y la confianza en uno mismo les proveen de creencias de autoeficacia en torno al cuidado personal de su salud, lo que favorece a su vez que muestren menos comportamientos negligentes en su alimentación, área fundamental para un paciente con cáncer (Kenzik *et al.*, 2016).

En lo que respecta a la competencia social, se encontró que los pacientes oncológicos tenderán a prestar una mayor atención a sus conductas para no caer en situaciones de riesgo mientras mayor sea su habilidad en esta esfera de la resiliencia; es decir, cuando tienen la habilidad para relacionarse fácilmente con los demás y hacer amigos, poseerán una red social más amplia, la que a su vez es

una importante fuente de apoyo. De acuerdo con Spohr *et al.* (2016), un soporte social de calidad disminuirá la emisión de conductas de riesgo, lo cual concuerda con los resultados obtenidos respecto al apoyo familiar y social, que muestran que cuando el paciente se encuentra positivamente vinculado con su familia, halla lealtad, armonía y ayuda mutua y mostrará menos conductas de riesgo. Así, la familia es el principal constructor de hábitos de salud (Burrows, 2017), siendo su cohesión uno de los principales mediadores para su consolidación (Rattay *et al.*, 2018), de modo que el paciente adquirirá una mayor adherencia a una rutina de ejercicio físico (Putri *et al.*, 2018) y mostrará menos conductas que lo pongan en riesgo (Levin, Kirby y Currie 2012). En cuanto a la prevención de adicciones, se ha visto que la convivencia familiar positiva disminuye el consumo de alcohol (Richter *et al.*, 2009) y tabaco (Levin *et al.*, 2012; Rattay *et al.*, 2018). En la misma línea, el apoyo social proveniente de amigos u otras personas que rodean al paciente oncológico representan un estímulo para seguir adelante y llevar a cabo comportamientos en pro de un estado de salud positivo (Spohr *et al.*, 2016).

Cuando el paciente tiene la capacidad para organizarse, planear sus actividades y su tiempo y se impone reglas incluso en momentos difíciles, contribuye a que realice ejercicios físicos y emprenda actividades recreativas, fundamentales para su tratamiento (Cormie *et al.*, 2018). Esto puede entenderse mejor si se considera que las personas que son organizadas tienen la capacidad de ser más constantes en el ejercicio diario debido a que practicar tales ejercicios representa un compromiso con ellos mismos y —en este caso— con su propia salud (Wilson *et al.*, 2004).

En cuanto al optimismo, la actitud positiva ante los retos y situaciones negativas, como el diagnóstico y los tratamientos, generará que los pacientes tengan un mayor cuidado respecto a las conductas de riesgo y emprendan una mayor actividad física, pues los pensamientos positivos y la fortaleza permiten a las personas cuidar su salud física a pesar de tales eventos negativos de la vida (Bahrami *et al.*, 2018). En cuanto al control interno, que se refiere a la autoeficacia de los pacientes para alcanzar una meta a través del trabajo,

este tendrá una relación positiva con el cuidado y con las actividades recreativas y el ejercicio, lo cual concuerda con lo afirmado por Guntzviller *et al.* (2017), quienes señalan que creer en el propio dominio se relaciona con los cuidados en la alimentación, como el comer cinco frutas y verduras diariamente, evitar los alimentos grasos y procesados, practicar ejercicios rutinariamente y mantener un peso apropiado.

De igual modo, los pacientes que tienen una mayor confianza en sí mismos tienden a realizar más conductas de cuidado de su salud; esto se debe a que la creencia de que sucederán cosas buenas debido a sus propias capacidades es un predictor para el cuidado de la salud física, incluso cuando se padece una enfermedad como el cáncer (Rasmussen *et al.*, 2009). De la misma forma se comportó el factor de esperanza en el presente estudio, relacionándose positivamente con el aumento de cuidados ante las situaciones de riesgo, debido que dicha esperanza motiva a las personas a adquirir hábitos más saludables y un estilo de vida más activo (Scioli, Scioli-Salter, Sykes, Anderson y Fedele, 2016).

En cuanto al segundo objetivo, se encontró que, según el tiempo transcurrido desde diagnóstico, hubo diferencias en los niveles de fortaleza y apoyo social (factores de resiliencia), actitud positiva y control interno (factores de optimismo) y conductas de cuidado (indicador de conductas saludables). Para discutir los resultados es importante subrayar que cuando hay un diagnóstico de cáncer, la persona sufre ansiedad, estrés (Smith *et al.*, 2008) y temor ante el tratamiento y la muerte, principalmente en las primeras etapas de tratamiento (Cardoso *et al.*, 2016). Otro punto importante es que las personas experimentan una etapa difícil durante el tratamiento a consecuencia de los efectos secundarios que produce, como náusea, vómito, pérdida del apetito, pérdida del cabello, úlceras bucales, agotamiento extremo y escasa energía (American Cancer Society, 2018).

En cuanto a la resiliencia, los resultados de los análisis estadísticos muestran que cuando el tiempo de diagnóstico es menor de año y medio la persona tendrá menor fortaleza y confianza en sí misma, comparadas con las de los pacientes con más años de haberlo recibido, lo que puede ser

provocado por las emociones que surgen en las personas ante la recepción de noticias que ponen en entredicho su integridad y su capacidad para resolver lo que estas implican (Gaillard, García y Aguilera, 2015), además de que pueden conjugarse con otros estados afectivos o emocionales ya existentes, como la depresión o ansiedad (Cardoso *et al.*, 2016; Smith *et al.*, 2008). Dichas emociones afectarán la confianza y fortaleza de los pacientes (INC, 2015). Por otro lado, quienes ya han atravesado esta etapa han aprendido de su experiencia y han demostrado ante sí mismos sus capacidades de salir adelante gracias a su entereza y ánimo, lo que los mantienen positivos a pesar de tal suceso (Ness *et al.*, 2013). Por su parte, el apoyo social observado fue mayor en la etapa avanzada del diagnóstico que en la etapa temprana, quizá porque al inicio muchas personas no comparten lo que les sucede, y si lo hacen, es común que no sepan cómo abordarlo con sus amigos, familia y equipo de trabajo; más tarde, ya procesada la noticia, y cuando la familia percibe la necesidad de participar en los distintos aspectos del tratamiento, la percepción de contar con su apoyo se manifiesta más plenamente (INC, 2015).

En lo concerniente al optimismo, cuando ya han transcurrido más de cinco años desde el diagnóstico los pacientes muestran una actitud positiva y un control interno mayores. Los resultados indican que después de este tiempo de diagnóstico a los pacientes se les considera como sobrevivientes del cáncer, por lo cual ya han logrado desarrollar y conservar una actitud positiva de aprecio y agradecimiento por su vida, así como por estar resolviendo los problemas y situaciones que la propia enfermedad les ha presentado (Ness *et al.*, 2013). En este mismo aspecto del control interno se vio que los sobrevivientes de cáncer mejoran sus hábitos de salud para que no se desarrolle nuevamente el propio cáncer o nuevas enfermedades (Kenzik *et al.*, 2016), por lo que manifiestan una mayor autoeficacia que les ayudará a lograr una mejor alimentación y un ejercicio físico adecuado (Guntzviller *et al.*, 2017).

A este respecto, las conductas de prevención de atención y preocupación por no involucrarse en acciones de riesgo resultaron menores cuando los pacientes tenían menos de año y medio de ha-

ber sido diagnosticados, en comparación con el grupo avanzado, principalmente, tal vez debido a que pudieron haber surgido estados emocionales como depresión y ansiedad ante el diagnóstico (Cardoso *et al.*, 2016). Ya en la etapa avanzada se ha procesado más el padecimiento y se ha aprendido a tener mayores cuidados con la salud y la enfermedad, lo que ayuda a lograr un mayor bienestar (Strine *et al.*, 2008).

A partir de estos resultados, la presente investigación demuestra que la resiliencia y el optimismo son factores clave en la vida de los pacientes oncológicos, pues contribuyen a que desarrollen comportamientos saludables. Por su parte, la resiliencia, a través de la fortaleza y el apoyo social, provee del ánimo y del contexto social cercano para que el paciente supere su condición, en tanto que el optimismo brinda la positividad hacia el futuro y, con ello, la recuperación de la esperanza (Matzka *et al.*, 2016). En términos de las diferen-

cias según el tiempo de diagnóstico, los datos permiten saber cuándo y cómo intervenir diferencialmente con el propósito de prestar más atención a las emociones y capacidades de los pacientes (Bahrami *et al.*, 2018) y de sus familias, como el de afrontar el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de maneras más positivas a través del optimismo, la resiliencia y la ejecución de comportamientos saludables.

Por lo anterior, se hace necesario seguir examinando estas variables según el tipo de cáncer de los pacientes, ya que tienen diferentes tiempos de diagnóstico, tratamiento y tasa de supervivencia. Los resultados de esta y de futuras investigaciones ayudarán al personal médico a promover la salud y, en última instancia, a alentar las mejores estrategias para lograr un estilo de vida saludable en los sobrevivientes (Kenzik *et al.*, 2016) que contrarreste los efectos adversos físicos y psicológicos del cáncer y su tratamiento (Cormie *et al.*, 2018).

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: Bravo-Doddoli, A. y Sánchez-Aragón, R. (2021). La importancia de la resiliencia y el optimismo en los comportamientos saludables en el paciente con cáncer. *Psicología y Salud*, Número Especial, 5-16. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i3.2724>.

REFERENCIAS

- Abdel-Khalek, A.M. (2006). Measuring happiness with a single-item scale. *Social Behavior and Personality*, 34(2), 139-150. Doi: 10.2224/sbp.2006.34.2.139.
- Acinas A., M.P. (2014). Situaciones traumáticas y resiliencia en personas con cáncer. *Psiquiatría Biológica*, 21(2), 65-71. Doi: 10.1016/j.psiq.2014.05.003.
- American Cancer Society (2018). *Cancer facts and figures 2018*. Atlanta, GA: ACS. Recuperado de <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2018.html>.
- Bahrami, M., Mohamadirizi, S. y Mohamadirizi, S. (2018). Hardiness and Optimism in Women with Breast Cancer. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23(2), 105-110. Doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_200_16.
- Brydon, L., Walker, C., Wawrzyniak, A.J., Chart, H. y Steptoe, A. (2009). Dispositional optimism and stress-induced changes in immunity and negative mood. *Brain, Behavior, and Immunity*, 23(6), 810-816. Doi: 10.1016/j.bbi.2009.02.018.
- Burrows, L. (2017). Children as change agents for family health. *Health Education*, 117(5), 498-510. Doi: 10.1108/HE-10-2016-0044.
- Cardoso, G., Graca, J., Klut, C., Trancas, B. y Papoila, A. (2016). Depression and anxiety symptoms following cancer diagnosis: A cross-sectional study. *Psychology, Health & Medicine*, 21(5), 562-570. Doi: 10.1080/13548506.2015.1125006.
- Carver, C.S., Pozo, C., Harris, S.D., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson, D.S., Ketcham, A.S., Moffat Jr., F.L. y Clark, K.C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early-stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 375-390. Doi: 10.1037/0022-3514.65.2.375.

- Carver, C.S., Scheier, M.F. y Segerstrom, S.C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 879-889. Doi: 10.1016/j.cpr.2010.01.006.
- Castilla, C. y Vázquez, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2), 385-404.
- Cormic, P., Atkinson, M., Bucci, L., Cust, A.E., Eakin, E., Hayes, S.C., McCarthy, A.L., Murnane, A., Patchell, S. y Adams, D. (2018). Clinical Oncology Society of Australia position statement on exercise in cancer care. *Medical Journal of Australia*, 209(4), 184-187.
- Cortés V., E., Ramírez G., M., Olvera M., J. y Arriaga A., Y. (2009). El comportamiento de salud desde la salud: La salud como un proceso. *Alternativas en Psicología*, 14(20), 89-103.
- De Moor, J.S., De Moor, C.A., Basen-Engquist, K., Kudelka, A., Bevers, M.W. y Cohen, L. (2006). Optimism, distress, health-related quality of life, and change in cancer antigen 125 among patients with ovarian cancer undergoing chemotherapy. *Psychosomatic Medicine*, 68(4), 555-562. Doi: 10.1097/01.psy.0000222379.71389.91.
- Gaillard, H., García M., T. y Aguilera, A. (2015). Replication stress and cancer. *Nature Reviews Cancer*, 15, 276-289. Doi: 10.1038/nrc3916.
- Gallagher, M.W., Long, L.J., Richardson, A. y D'Souza, J.M. (2019). Resilience and coping in cancer survivors: the unique effects of optimism and mastery. *Cognitive Therapy and Research*, 43(1), 32-44. Doi: 10.1007/s10608-018-9975-9.
- Guntzville, L.M., King, A.J., Jensen, J.D. y Davis, L.A. (2017). Self-efficacy, health literacy, and nutrition and exercise behaviors in a low-income, Hispanic population. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 19(2), 489-493. Doi: 10.1007/s10903-016-0384-4.
- Hernández S., R., Fernández C., C. y Baptista L., P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Education.
- Holmes, H.M., Nguyen, H.T., Nayak, P., Oh, J.H., Escalante, C.P. y Elting, L.S. (2014). Chronic conditions and health status in older cancer survivors. *European Journal of Internal Medicine*, 25(4), 374-378. Doi: 10.1016/j.ejim.2013.12.003.
- Instituto Nacional del Cáncer (2015, abril 27). *Estadísticas del cáncer*. Bethesda, MD: INC. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas>.
- Kenzik, K.M., Fouad, M.N., Pisu, M. y Martin, M. (2016). Are long-term cancer survivors and physicians discussing health promotion and healthy behaviors? *Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*, 10(2), 271-279. Doi: 10.1007/s11764-015-0473-8.
- Khoshnood, Z., Dehghan, M., Iranmanesh, S. y Rayyani, M. (2019). Informational needs of patients with cancer: a qualitative content analysis. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 20(2), 557-562. Doi: 10.31557/APJCP.2019.20.2.557.
- Levin, K.A., Kirby, J. y Currie, C. (2012). Adolescent risk behaviours and mealtime routines: Does family meal frequency alter the association between family structure and risk behaviour? *Health Education Research*, 27(1), 24-35. Doi: 10.1093/her/cyr084.
- Li, Y., Wang, K., Yin, Y., Li, Y. y Li, S. (2018). Relationships between family resilience, breast cancer survivors' individual resilience, and caregiver burden: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 88. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.08.011.
- Masten, A.S., Best, K.M. y Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2(4), 425-444. Doi: 10.1017/S0954579400005812.
- Matzka, M., Mayer, H., Köck-Hódi, S., Moses-Passini, C., Dubey, C., Jahn, P., Schneeweiss, S. y Eicher, M. (2016). Relationship between resilience, psychological distress and physical activity in cancer patients: a cross-sectional observation study. *PLoS ONE*, 11(4), e0154496. Doi: 10.1371/journal.pone.0154496.
- Ness, S., Kokal, J., Fee-Schroeder, K., Novotny, P., Satele, D. y Barton, D. (2013). Concerns across the survivorship trajectory: Results from a survey of cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 40(1), 35-42. Doi: 10.1188/13.ONF.35-42.
- Norat, T., Aune, D., Chan, D. y Romaguera, D. (2014). Fruits and vegetables: updating the epidemiologic evidence for the WCRF/AICR lifestyle recommendations for cancer prevention. En V. Zappia, S. Panico, G. L. Russo, A. Budillon y F. Della Ragione (Eds.): *Advances in Nutrition and Cancer* (pp. 35-50). New York: Springer. Doi: 10.1007/978-3-642-38007-5_3.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Cáncer*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
- Palomar L., J. y Gómez V., N.E. (2010). Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria*, 27(1), 7-22.
- Peterson, C., Seligman, M.E. y Vaillant, G.E. (1988). Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: A thirty-five-year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(1), 23-27. Doi: 10.1037/0022-3514.55.1.23.
- Putri, N.R., Wati, D.N. y Rekwati, E. (2018). The correlation of family support and social support with the adherence to physical exercise among the older persons with hypertension. *International Journal of Indonesian National Nurses Association (IJINNA)*, 1, 55-63. Doi: 10.32944/ijinna.v1i1.19.

- Rasmussen, H.N., Scheier, M.F. y Greenhouse, J.B. (2009). Optimism and physical health: a meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(3), 239-256. Doi: 10.1007/s12160-009-9111-x.
- Rattay, P., Lippe, E. von der, Mauz, E., Richter, F., Hölling, H., Lange, C. y Lampert, T. (2018). Health and health risk behaviour of adolescents: Differences according to family structure. Results of the German KiGGS cohort study. *PLoS ONE*, 13(3), e0192968. Doi: 10.1371/journal.pone.0192968.
- Rebholz, C.E., Rueegg, C.S., Michel, G., Ammann, R.A., von der Weid, N.X., Kuehni, C.E. y Spycher, B.D. (2012). Clustering of health behaviours in adult survivors of childhood cancer and the general population. *British Journal of Cancer*, 107(2), 234-242. Doi: 10.1038/bjc.2012.250.
- Richter, M., Vereecken, C.A., Boyce, W., Maes, L., Gabhainn, S.N. y Currie, C.E. (2009). Parental occupation, family affluence and adolescent health behaviour in 28 countries. *International Journal of Public Health*, 54(4), 203-212. Doi: 10.1007/s00038-009-8018-4.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 1-12. Doi: 10.1196/annals.1376.002.
- Saavedra G., E. (2005). Resiliencia: la historia de Ana y Luis. *Liberabit*, 11(11), 91-101.
- Salsman, J.M., Segerstrom, S.C., Brechting, E.H., Carlson, C.R. y Andrykowski, M.A. (2009). Posttraumatic growth and PTSD symptomatology among colorectal cancer survivors: A 3-month longitudinal examination of cognitive processing. *Psycho-Oncology*, 18(1), 30-41. Doi: 10.1002/pon.1367.
- Sánchez-Aragón, R. (2018). El inicio y el final de la pareja: variaciones en admiración, optimismo y pasión romántica. En R. Díaz-Loving, I. Reyes L y F. López R.: *La Psicología Social en México*, v. XVII (pp. 999-1016). México: Asociación Mexicana de Psicología.
- Santiago S., D.Z., Sánchez-Aragón, R. y Zepeda G., G.D. (2019, 15-19 de julio). Índice de comportamientos saludables: diseño y validación. En A. Lorenzo R.: *Memorias del XXXVII Congreso Interamericano de Psicología*. La Habana, Cuba.
- Scheier, M.F. y Carver, C.S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219-247. Doi: 10.1037/0278-6133.4.3.219.
- Scheier, M.F., Carver, C.S. y Bridges, M.W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063-1078. Doi: 10.1037/0022-3514.67.6.1063.
- Scioli, A., Scioli-Salter, E.R., Sykes, K., Anderson, C. y Fedele, M. (2016). The positive contributions of hope to maintaining and restoring health: An integrative, mixed-method approach. *The Journal of Positive Psychology*, 11(2), 135-148. Doi: 10.1080/17439760.2015.1037858.
- Scrignaro, M., Barni, S. y Magrin, M.E. (2011). The combined contribution of social support and coping strategies in predicting post-traumatic growth: A longitudinal study on cancer patients. *Psycho-Oncology*, 20(8), 823-831. Doi: 10.1002/pon.1782.
- Shapiro, J.A., Seeff, L.C. y Nadel, M.R. (2001). Colorectal cancer-screening tests and associated health behaviors. *American Journal of Preventive Medicine*, 21(2), 132-137. Doi: 10.1016/S0749-3797(01)00329-4.
- Smith, A.W., Reeve, B.B., Bellizzi, K.M., Harlan, L.C., Klabunde, C.N., Amsellem, M., Bierman, A.S. y Hays, R.D. (2008). Cancer, comorbidities, and health-related quality of life of older adults. *Health Care Financing Review*, 29(4), 41-56.
- Spohr, S.A., Suzuki, S., Marshall, B., Taxman, F.S. y Walters, S.T. (2016). Social support quality and availability affects risk behaviors in offenders. *Health & Justice*, 4(1), 2. Doi: 10.1186/s40352-016-0033-y.
- Strine, T.W., Mokdad, A.H., Balluz, L.S., Gonzalez, O., Crider, R., Berry, J.T. y Kroenke, K. (2008). Depression and anxiety in the United States: Findings from the 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Psychiatric Services*, 59(12), 1383-1390. Doi: 10.1176/ps.2008.59.12.1383.
- Thomson, C.A., McCullough, M.L., Wertheim, B.C., Chlebowski, R.T., Martinez, M.E., Stefanick, M.L., Rohan, T.E., Manson, J.E., Tindle, H.A., Ockene, J., Vitolins, M.Z., Wactawski-Wende, J., Sarto, G.E., Lane, D.S. y Neuhaus, M.L. (2014). Nutrition and physical activity cancer prevention guidelines, cancer risk, and mortality in the Women's Health Initiative. *Cancer Prevention Research*, 7(1), 42-53. Doi: 10.1158/1940-6207.CAPR-13-0258.
- Thorne, S., Hislop, T.G., Kim-Sing, C., Oglov, V., Oliffe, J.L. y Stajduhar, K.I. (2014). Changing communication needs and preferences across the cancer care trajectory: Insights from the patient perspective. *Supportive Care in Cancer*, 22(4), 1009-1015. Doi: 10.1007/s00520-013-2056-4.
- Ungar, M. (2008). Resilience across cultures. *British Journal of Social Work*, 38(2), 218-235. Doi: 10.1093/bjsw/bcl343.
- Wilson, P.M., Rodgers, W.M., Carpenter, P.J., Hall, C., Hardy, J. y Fraser, S.N. (2004). The relationship between commitment and exercise behavior. *Psychology of Sport and Exercise*, 5(4), 405-421. Doi: 10.1016/S1469-0292(03)00035-9.
- Wu, G., Feder, A., Cohen, H., Kim, J.J., Calderon, S., Charney, D.S. y Mathé, A.A. (2013). Understanding resilience. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 7, 1-10. Doi: 10.3389/fnbeh.2013.00010.
- Wu, Z., Liu, Y., Li, X. y Li, X. (2016). Resilience and associated factors among mainland Chinese women newly diagnosed with breast cancer. *PLoS ONE*, 11(12), e0167976. Doi: 10.1371/journal.pone.0167976.

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.ecrd.
- 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.

La pareja con cáncer: ¿de qué manera el estilo de apego afecta la soledad, el bienestar subjetivo y la satisfacción con la relación?

The cancer couple: How does attachment style affect loneliness, subjective well-being, and satisfaction with relationship?

Yanitza Nicole Flórez-Rodríguez¹ y Rozzana Sánchez-Aragón²

Universidad de Nariño¹
Universidad Nacional Autónoma de México²

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

RESUMEN

El cáncer es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo; en el caso de México, es la tercera enfermedad causante de muertes. Al ser una enfermedad que carece de una cura definitiva, las consecuencias que trae en la vida de los pacientes son irreversibles y difíciles de sobrellevar. En el mismo sentido, sus parejas se ven seriamente afectadas por la enfermedad y por el rol que deben asumir como cuidadores. Así, resultó fundamental en el presente estudio integrar variables poco estudiadas en las personas con cáncer y sus parejas. Por ello, los objetivos de la presente investigación fueron los de explorar las diferencias entre personas con cáncer y sus cuidadores respecto a las variables de apego, soledad, bienestar subjetivo y salud marital, e identificar la relación entre el tipo de apego con la soledad, el bienestar subjetivo y la satisfacción marital en los enfermos y sus cuidadores por separado. Para ello, se empleó una muestra de 195 parejas, residentes en la Ciudad de México, cuyas edades oscilaban entre 18 a 79 años. Los resultados indican que son las personas con cáncer las que más afectaciones presentan en la percepción de soledad, el bienestar subjetivo y la satisfacción con su relación. Asimismo, se encontraron asociaciones robustas entre los participantes con apego seguro y el acompañamiento que recibían por parte de su pareja, familia y amigos, tanto en las personas con cáncer como en sus cuidadores.

Palabras clave: Apego; Soledad; Bienestar subjetivo; Satisfacción marital; Cáncer.

ABSTRACT

Cancer is one of the main public health problems that occur worldwide and in the case of Mexico, it is the third disease that causes deaths. This being a disease that lacks a definitive cure, the consequences it brings in the patient's life are irreversible and difficult to cope with. In the same sense, the couple is impacted by the disease and the role they must assume as caregiver. Thus, it was essential in this research to integrate little-studied variables in people with cancer and their partners. Therefore, the objectives of this research were: (1) To explore the differences between people with cancer and their caregivers regarding the variables of attachment, loneliness, subjective well-being and marital health and (2) Identify the relationship between the type of attachment with loneliness, subjective well-being and marital satisfaction in people with cancer and their

¹ Calle Chichimecas 373, Col. Ajusco, Ciudad de México, México; correo: nicole.florez.r@gmail.com.

² Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México; correo: rozzara@unam.mx.



caregivers, separately. All this in a sample of 195 couples from Mexico City, whose ages ranged from 18 to 79 years. The results indicate that it is people with cancer who have the most effects on the perception of loneliness, subjective well-being and satisfaction with their relationship. Likewise, strong associations were found especially between participants with secure attachment and the support they received from their partner, family and friends, both in people with cancer and their caregivers.

Key words: Attachment; Loneliness; Subjective well-being; Marital satisfaction; Cancer.

En el año 2015, el cáncer se convirtió en la segunda causa de muerte en el mundo al ocasionar 8,8 millones de defunciones, de manera que casi una de cada seis muertes se debe a esta enfermedad. Cerca de 70% de las muertes se registran en países de ingresos medios y bajos, como es el caso de México (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018; Rodríguez, Martínez, Cruz y Cómbita, 2014).

El cáncer es un padecimiento en que se produce el crecimiento y diseminación incontrolada de células en todo el cuerpo, generando así tumores que suelen invadir los tejidos circundantes y provocar metástasis en puntos distantes del organismo (Barrios y Garau, 2017).

Existen más de cien clases de cáncer, pero los que causan un mayor número de fallecimientos son el pulmonar (1,69 millones de defunciones), el hepático (788 mil), el colorrectal (774 mil), el gástrico (754 mil) y el mamario (571 mil) (Pisani, Bray y Parkin, 2002). Muchos tipos de cáncer se podrían prevenir evitando la exposición a factores de riesgo comunes, como el humo de tabaco, la mala alimentación o el sedentarismo, entre muchos otros. Además, un porcentaje importante de dichos cánceres pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia, especialmente si se detectan en una fase temprana (De la Garza y Juárez, 2014; OMS, 2018).

No obstante, aunque haya herramientas para prevenirlo y tratamientos para curarlo, la enfermedad imposibilita física y psicológicamente a los individuos que la sufren al transformar drásticamente sus rutinas, alterar sus planes futuros, el significado sobre sí mismos y los demás, e inclu-

so su sentido de la vida (Andrykowski, Lykins y Floyd, 2008). Algunas de las consecuencias más comunes son los sentimientos de miedo, enojo, incertidumbre, ansiedad y depresión (Stark *et al.*, 2002); cambios físicos como fatiga, variaciones en el peso corporal, erupciones cutáneas, dolores persistentes en diferentes órganos, fiebres, sangrados, dificultad para respirar e indigestión, síntomas que pueden variar considerablemente según la parte del cuerpo afectada (Toral, 2002).

De igual manera, las personas cercanas al paciente, como su pareja, también llegan a ser profundamente afectadas en su funcionamiento psicológico, instrumental y social, puesto que el acompañamiento y el cuidado que otorgan a la persona enferma constituye un desafío y tiene un efecto profundo en su calidad de vida, y en muchos casos, en la estructura y la dinámica del núcleo familiar (Baider, 2003). De hecho, durante el largo trayecto de la enfermedad muchas familias atraviesan por ciclos repetitivos de enojo, desamparo, esperanza, frustración, desconcierto, falta de control y readaptación (Bloom, Stewart, Johnston, Banks y Fobair, 2001).

Sin embargo, todos los sentimientos negativos experimentados por el paciente y su pareja serán sobrellevados según la manera en que hayan configurado su relación, pero también de acuerdo a los lazos emocionales y los vínculos afectivos que hayan desarrollado desde su infancia, puesto que —como lo afirma la teoría del apego de Bowlby (1973)—, los bebés aprenden a partir de las experiencias tempranas con su cuidador primario, quien debe satisfacer sus necesidades básicas y dotarlo de seguridad y protección, lo que establece uno de tres estilos de apego, a saber:

- *Seguro*: El cuidador principal reconoce las necesidades del infante y las satisface de una manera cálida y afectuosa cada vez que aquel lo necesite, lo que favorecerá el desarrollo de sus capacidades y su autonomía y disminuirá su malestar (Barroso, 2014). El estilo seguro, pues, se caracteriza por comodidad e independencia y escasa ansiedad, evitación y búsqueda de apoyo, (Garrido, 2006).

- *Ansioso/ambivalente*: El cuidador suele ser inconsistente en los cuidados del bebé, al que le presta poca atención y en ocasiones lo ignora. Además, la falta de disposición para satisfacer las necesidades del niño –incluso durante largos periodos– genera una fuerte angustia o hipersensibilidad en este (Gómez, Ortiz y Gómez, 2011).
- *Rechazante*: El cuidador muestra conductas de hostilidad y distanciamiento ante las demandas de atención y el cuidado del bebé. Suele mostrar cierta aversión al contacto, lo que va creando en el bebé cierta autosuficiencia y distanciamiento emocional (Gómez *et al.*, 2011), convirtiéndolo en un adulto que restringe o inhibe su deseo de reconocer y expresar sus emociones (Barroso, 2014).

A partir de lo señalado, los primeros vínculos afectivos son de crucial importancia para la vida del ser humano en virtud de que son los que determinarán la manera de entablar relaciones con otros significativos en el futuro (Retana y Sánchez-Aragón, 2020). Es frecuente que la pareja se convierta en la figura principal del apego y se le transfieran las cuatro funciones del sistema de apego: el deseo de proximidad y contacto, la resistencia a la separación, la seguridad y los sentimientos de bienestar emocional en presencia del otro (Molero, Sospedra, Sabater y Plá, 2011).

Por tanto, si la diada no logra cumplir con dichas funciones, uno o ambos miembros de la relación pueden llegar a experimentar la soledad y el desamparo, más aún cuando alguno de los dos atraviesa por una enfermedad como el cáncer, que hace que se transformen los roles previamente establecidos, las actividades compartidas o el tiempo dedicado a la pareja, entre otros aspectos (Moreno, Lara y Alvarado, 2014). De igual manera, los cuidadores primarios pueden verse seriamente afectados ya que la pareja atraviesa un proceso difícil, por lo que debe adaptarse a los cambios y desafíos que entraña el padecimiento, descuidando la relación y aumentando la soledad (Stefani, Seidmann, Pano, Acrich y Bail, 2003). Estos intensos sentimientos de soledad pueden surgir como consecuencia de no recibir muestras ade-

cuadas de afecto ni de apoyo social entre ambas partes.

Es así que, según las necesidades insatisfechas de la diada, puede desembocarse en la soledad, definida esta última como la percepción y la experiencia subjetiva que es producto de la escasez de relaciones sociales gratificantes y de los bajos niveles de contacto social, que no necesariamente se relaciona con la cantidad de personas con las que se convive, sino con el grado de satisfacción que dichas relaciones aportan (Peplau y Perlman, 1982). A partir de esto, puede haber dos clases de soledad: la primera, de tipo emocional, es causada por la falta de vínculos afectivos cercanos con otras personas; la segunda, denominada social, se experimenta por la falta de una red de personas con la que se comparten intereses y actividades (Pakdaman, Saadat, Shahyad, Ahmadi y Hosseinalhashemi, 2016).

Diversos autores han relacionado al apego con la soledad (Bernardon, Babb, Hakim-Larson y Gragg, 2011; Erozkán, 2011; Pakdaman *et al.*, 2016), encontrando, por ejemplo, que las personas con un estilo de apego ansioso/ambivalente se consideran a sí mismas como incomprendidas, carentes de confianza y preocupadas por el hecho de que otros las abandonen o no las aprecien realmente, lo que aumenta la insatisfacción con la calidad de sus relaciones interpersonales (Mikulincer y Shaver, 2014); aquellas con un estilo de apego seguro muestran una relación negativa con la soledad, puesto que logran formar relaciones íntimas satisfactorias y seguras, y las que muestran un estilo de apego rechazante se caracterizan por ser frías y mantienen su distancia emocional e íntima con otros, por lo que dicho estilo se asocia de forma positiva con la soledad (DiTommaso, Brannen-McNulty, Ross y Burgess, 2003).

El apego configurado a lo largo de los años puede alterar ciertos aspectos individuales, como el bienestar subjetivo, y otros relacionales, como la satisfacción marital, debido a que los niveles de seguridad y las estrategias para explorar y lidiar con el mundo físico y social aumentan o disminuyen según el tipo de apego que se tenga, lo que permite al individuo disponer de diferentes herramientas, aprendizajes y esquemas para relacionarse con sus otros cercanos (Moneta, 2014).

En el caso del bienestar subjetivo, se ha visto que las personas con un estilo de apego seguro ven la vida de una manera más favorable, tienen una imagen positiva de sí mismas y de los demás. Además, se sienten cómodas con sus relaciones íntimas y con el apoyo brindado por los demás (Pakdaman *et al.*, 2016), a diferencia de las personas ansiosas/ambivalentes, quienes se sienten inseguras, solas y poco comprendidas por los demás, lo que genera en ellas un mayor malestar. Por último, las personas con un tipo de apego rechazante suelen ser más frías, inflexibles y reservados, lo que les genera más dificultades al momento de conectar con sus emociones, impidiéndose sentir las y expresarlas, disminuyendo así su bienestar subjetivo (Yárnoz-Yaben, 2010).

En cuanto a la satisfacción con la relación, se ha visto que en el apego seguro las parejas se identifican como más felices, cariñosas y prósperas, sin importar los inconvenientes o conflictos que hayan tenido en el camino. Además, son esas mismas personas las que se comprometen en relaciones de más larga duración, con niveles más elevados de satisfacción y confianza (Guzmán y Contreras, 2012). En contraste, las personas con mayor ansiedad en el apego son más susceptibles de experimentar celos, obsesión o atracción sexual extrema por su pareja, lo que les genera problemas en la interacción. Por último, las personas con apego rechazante disfrutaban menos sus relaciones con una pareja debido a que se encuentran constantemente preocupadas por la cercanía que han logrado, por lo que sus sentimientos pueden estar en entredicho si confían demasiado en aquella (Lucariello y Fajardo, 2010). Acorde con esto, Alexander, Feeney, Hohaus y Noller (2001) apuntan que las personas con tal estilo son más propensas a resistirse al compromiso y a los sentimientos de enamoramiento, y tienen escasos ideales y expectativas sobre el amor. A su vez, las personas con una alta ansiedad tienden a mostrar una preocupación obsesiva y una gran dependencia emocional hacia la pareja.

Cabe señalar que todas estas emociones se verán intensificadas cuando el contexto es una relación de pareja en la que uno de los miembros sufre una enfermedad crónico-degenerativa difi-

cil de sobrellevar, dado que, como se ha referido que ocurre con el cáncer, los comportamientos que los pacientes desarrollan para llegar a aceptar la enfermedad y tener una buena calidad de vida dependen en buena parte de un entorno sano de pareja y de familia que apoyan y mantienen un adecuado equilibrio (González y Cruzado, 2020). A su vez, la afección no solamente actúa sobre el paciente sino también sobre su pareja, lo que significa un reto que amenaza su calidad de vida y su bienestar, en cuanto que la última debe lidiar con las actividades propias y con las de la persona enferma, asumiendo la responsabilidad por completo, lo que genera experiencias emocionales negativas, como inseguridad sobre el futuro de ambos (Llantá, Hernández y Martínez, 2015).

Así, los objetivos de la presente investigación fueron explorar las diferencias entre personas con cáncer y sus parejas (cuidadores) respecto a su estilo de apego, experiencia de soledad, bienestar subjetivo y satisfacción con la relación, e identificar la relación entre el tipo de apego y la soledad, el bienestar subjetivo y la satisfacción marital en ambos por separado.

MÉTODO

Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística por conveniencia (Hernández, Fernández y Baptista, 2014) de 388 participantes (195 hombres y 195 mujeres), de los cuales 53 eran hombres enfermos con parejas sanas, y 141 mujeres enfermas con parejas sanas. En el caso de las personas enfermas, su tiempo de diagnóstico iba de 1 mes a 44 años. Todos los participantes eran residentes de la Ciudad de México, y sus edades oscilaban entre 18 y 78 años ($M = 48.62$, $D.E. = 10.42$). En cuanto a la escolaridad, 90 participantes tenían estudios de secundaria, 123 de preparatoria y 175 de licenciatura. Respecto al tiempo de vivir con sus parejas, este iba de 8 meses a 53 años ($M = 21$ años, $D.E. = 11$ años), y su estado civil reportado fue de 24% en unión libre y de 76% casados.

Instrumentos

Escala de Apego Adulto

(Márquez, Rivera-Aragón y Reyes, 2009).

Evalúa el estilo de apego que tiene la persona hacia su pareja. En su versión corta consta de 21 reactivos que se valoran en un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos que indica los n grados de acuerdo con las afirmaciones (de 1, “Totalmente en desacuerdo”, a 5, “Totalmente de acuerdo”), divididos en tres factores que explican 55.49% de la varianza: 1) Rechazante ($\alpha = .88$), con ítems como “Me incómoda que mi pareja procure mucha cercanía” y “Me incomoda la cercanía con mi pareja”; 2) Ansioso/ambivalente ($\alpha = .86$), con reactivos como “Me preocupa que mi pareja no se interese tanto en mí como yo en ella” y “Frecuentemente deseo que mi pareja me quisiera tanto como yo a ella” y 3) Seguro ($\alpha = .81$) con ítems como “Confío en que mi pareja me ama tanto como yo la amo a ella” y “Me siento bien compartiendo mis sentimientos y pensamientos con mi pareja”.

Escala de Soledad (DiTomasso y Spinner, 1992).

Validada por Granillo y Sánchez-Aragón (2020), evalúa la experiencia subjetiva de displacer, estrés y dolor a causa de las deficiencias percibidas en las interacciones socioafectivas o la falta de intimidad interpersonal (Peplau y Perlman, 1982). Consta de 31 reactivos distribuidos en los cinco factores que se describen adelante, reactivos que se responden en una escala Likert de cinco puntos según el grado de acuerdo con las afirmaciones: de 1, “Totalmente en desacuerdo”, a 5, “Totalmente de acuerdo”. Los factores se denominan 1) Acompañamiento de la pareja ($\alpha = .88$) con ítems como “Tengo una pareja romántica con quien comparto mis más íntimos pensamientos y sentimientos” y “Tengo una pareja romántica a cuya felicidad contribuyo”; 2) Acompañamiento de los amigos ($\alpha = .86$), con reactivos como “Me siento parte de un grupo de amigos” y “Mis amigos entienden mis motivos y mi razonamiento”; 3) Acompañamiento de la familia ($\alpha = .70$), con ítems como “Realmente pertenezco a mi familia” y “Mi familia realmente se preocupa por mí”; 4) Sentimientos de vacío ($\alpha = .83$), con reactivos como “Lo que realmente es importante para mí no parece importante para las

personas que conozco” y “No tengo un amigo(a) que me entienda, pero me gustaría tenerlo(a)”, y 5) Añoranza ($\alpha = .68$), con reactivos como “Me encuentro deseando a alguien con quien compartir mi vida” y “Me encuentro deseando con quien compartir mi vida”. Tales factores explican 52.05% de la varianza y tienen un coeficiente alfa de Cronbach total de .744.

Escala de Bienestar Subjetivo (Diener *et al.*, 2009).

Adaptada y validada en México por Granillo, Zepe-da y Sánchez-Aragón (En proceso de evaluación), consta de tres subescalas con formato de respuesta tipo Likert de cinco opciones: 1) Experiencia positiva y negativa, compuesta por once reactivos que se distribuyen en dos factores que explican 58.987% de la varianza: Experiencia positiva ($\alpha = .852$), con ejemplos de reactivos como “Felicidad” o “Contento”, y Experiencia negativa ($\alpha = .814$), con reactivos como “Displacer” o “Negativo”; en este caso, las opciones de respuesta se basan en su frecuencia; 2) Prosperidad, integrada por ocho reactivos que explican 58.127% de la varianza. Con un coeficiente alfa total de .893, contiene reactivos como “Tengo una vida útil y significativa” y “Mis relaciones sociales son de apoyo y gratificantes”; y 3) Satisfacción con la vida, compuesta por cinco reactivos que explican 63.787% de la varianza. Con un coeficiente alfa total de .846, algunos ítems son “Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes” y “Estoy satisfecho(a) con mi vida”. En estas últimas dos subescalas las opciones de respuesta se evalúan por el grado de acuerdo.

Indicadores de Satisfacción con la Relación (Sánchez-Aragón y Calleja, 2021).

Dichos indicadores están basados en escalas aplicadas anteriormente en México y en el extranjero (Arias-Galicia, 2003; Pick y Andrade, 1988; Schumm, Nichols, Schectman y Grigsby, 1983), las cuales miden los tópicos más comúnmente explorados y que se retoman en los presentes indicadores de satisfacción. Consta de siete reactivos con formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos que indican grados de satisfacción: de 1, “Nada satisfecho”, a 5, “Muy satisfecho”, con reactivos como “Mi relación”, “La atención que re-

cibo de mi pareja”, “El respeto que me brinda mi pareja”, “Las actividades que comparto con mi pareja” y “El cariño que recibo de mi pareja”, “La frecuencia con la que se tiene las relaciones sexuales” y “La calidad de las relaciones sexuales”. Al ser únicamente reactivos individuales en la evaluación de la satisfacción, no se reportan análisis de validez y confiabilidad.

Procedimiento

Los cuestionarios fueron aplicados por estudiantes de Psicología que acudieron a albergues, clínicas y hospitales en los que se pudiesen encontrar personas que cumplieran con los siguientes criterios: ser adulto, tener un diagnóstico de algún tipo de cáncer o tener una pareja diagnosticada con cáncer, vivir con ella desde al menos seis meses antes de la aplicación, y tener escolaridad mínima de secundaria, para que de manera voluntaria, anónima y confidencial contestaran los instrumentos, para lo cual se dieron a los participantes las instrucciones. Se dejó abierta la posibilidad de resolver sus dudas y de poner a su disposición los resultados.

Análisis de datos

Para responder a los objetivos planteados, primeramente se hizo una prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para elegir el tipo de análisis estadístico a utilizarse. Con base en los resultados, se llevó a cabo una prueba U de Mann-Whitney y una correlación de Spearman. Todo lo mencionado anteriormente se efectuó empleando el programa estadístico SPSS, versión 20.

Componente ético

La presente investigación cumple con el rigor ético para el ejercicio de la psicología y la investigación en seres humanos. De la misma forma, la participación de los sujetos se llevó a cabo de manera voluntaria y anónima, aclarándoles que la información suministrada sería utilizada únicamente con fines académicos, evitando en todo momento revelar su identidad para no producir prejuicios personales que pudieran afectar su integridad física, psicológica y social. Asimismo, los individuos no se encontraban en una situación de vulnerabilidad o desventaja al momento del estudio, por lo que podían retirarse o abandonar el estudio en el momento en que lo desearan.

RESULTADOS

Al realizar la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov para elegir el tipo de estadística a emplearse (paramétrica o no paramétrica), los resultados mostraron que no había normalidad en los datos ($p < .001$), por lo que para cumplir con el primer objetivo, orientado a identificar las diferencias en apego, soledad, bienestar y satisfacción con la relación, dicha prueba mostró que fueron las personas con cáncer las que indicaron poseer en mayor medida un estilo de apego rechazante, pensar continuamente en la llegada de alguien nuevo en su vida que lograra llenar el vacío (añoranza), experimentar más emociones positivas y negativas, y una menor prosperidad y satisfacción con la vida que su pareja (Tabla 1).

Tabla 1. Diferencias entre pacientes y sus parejas en estilos de apego, soledad y bienestar subjetivo.

	Estilo	Paciente	Pareja	<i>z</i>	<i>p</i>
Apego	Rechazante	2.11	1.90	2.119	.044
Soledad	Añoranza	2.88	2.56	2.334	.019
Bienestar subjetivo	Emociones positivas	2.34	2.16	2.391	.017
	Emociones negativas	2.63	2.36	3.530	.000
	Prosperidad	3.91	4.15	2.135	.033
	Satisfacción con la vida	3.78	4.10	3.987	.000

Con relación al segundo objetivo, esto es, identificar por separado en qué medida el estilo de apego afecta los sentimientos de soledad, el bienestar

subjetivo y la satisfacción con la relación tanto en las personas con cáncer como en sus parejas, se halló que, en el caso de los pacientes oncológicos,

a más posesión de un estilo de apego rechazante experimentan un menor acompañamiento por parte de su pareja y por parte de su familia, y más necesidad de entablar una relación cercana y de buscar a alguien con quien compartir más momen-

tos valiosos (añoranza y sentimientos de vacío). Igualmente, las personas con este estilo de apego manifiestan más emociones negativas y positivas y menos satisfacción con la vida y prosperidad (Tabla 2).

Tabla 2. Correlaciones entre el tipo de apego con la soledad, el bienestar subjetivo y la satisfacción con la relación en pacientes oncológicos (todos los coeficientes $**p = .001$).

		SOLEDAD					BIENESTAR SUBJETIVO				SATISFACCIÓN CON...		
		AP	AF	SVa	A	EP	EN	P	SVi	MR	AR	R	C
Apego	Rechazante	-.352	-.303	.267	.398	.379	.231	-.366	-.334				
	Ansioso/ambivalente		-.224	.278	.375			-.277	-.218				
	Seguro	.567	.278		-.265	.411		.317	.282	.222	.286	.241	.251

Abrev.: AP: Acompañamiento de pareja; AF: Acompañamiento de familia; SVa: Sentimiento de vacío; A: Añoranza; EP: Experiencia positiva; EN: Experiencia negativa; P: Prosperidad; SVi: Satisfacción con la vida; MR: Mi relación; AR: Atención que recibo; R: Respeto; C: Cariño.

A su vez, en la medida en que las personas poseen en mayor medida un apego ansioso/ambivalente, sienten que no pueden contar con su familia, por lo que tienen sentimientos de vacío y añoranza, pues además no se sienten satisfechas con sus relaciones interpersonales. Aunado a ello, conciben que a lo largo de su vida han logrado escasa prosperidad y pobre satisfacción.

Por último, en la medida en que las personas han desarrollado un estilo de apego más seguro, se sienten más acompañadas por su pareja y familia y experimentan menos añoranza para encontrar a alguien que los complemente, más emociones positivas, prosperidad, satisfacción con la vida y

con su relación en general, así como en aspectos tales como la atención, el cariño y el respeto que reciben por parte de su pareja (ver Tabla 2).

En cuanto a las parejas de los pacientes con cáncer que cumplen el rol de cuidadores, los resultados evidencian que los que tienen más un apego rechazante advierten un menor acompañamiento por parte de su pareja, amigos y familia y, por tanto, más sentimientos de vacío y añoranza. También son estas mismas personas las que experimentan menos emociones positivas, satisfacción de vida y prosperidad con lo que han logrado (Tabla 3).

Tabla 3. Correlaciones entre el estilo de apego con la soledad, el bienestar subjetivo y la satisfacción con la relación en las parejas de los pacientes oncológicos (todos los coeficientes $**p = .001$).

		SOLEDAD					BIENESTAR SUBJETIVO				SATISFACCIÓN CON...		
		AP	AA	AF	SVa	A	EP	EN	P	SVi	MR	AR	C
Apego	Rechazante	-.448	-.283	-.462	.366	.340	-.375	.298	-.369	-.369			
	Ansioso/ ambivalente		-.250		.241			.233				-.238	
	Seguro	.503	.245	.245		-.334	.519	-.228	.457	.485	.318	.263	.260

Abrev.: AP: Acompañamiento de pareja; AA: Acompañamiento de amigos; AF: Acompañamiento de familia; SVa: Sensación de vacío; A: Añoranza; EP: Experiencia positiva; AN: Experiencia negativa; P: Prosperidad; SVi: Satisfacción con la vida; MR: Mi relación; AR: Atención recibida; C: Cariño.

Así, entre más empleen tales personas un estilo de apego ansioso/ambivalente, menos se apoyados y comprendidos se sentirán por sus amigos y más deseos tendrán de que haya alguien que los comprenda (sentimientos de vacío). A su vez, experi-

mentarán más emociones negativas y menos satisfacción por la atención que reciben por parte de su pareja.

Por último, cuando la persona muestra un apego seguro, más acompañada se sentirá por su pa-

reja, familia y amigos, y menos añoranza y necesidad de buscar otras relaciones tendrá. Igualmente, advertirá más emociones positivas, prosperidad y satisfacción con la vida y menos emociones negativas. Finalmente, se sentirá más satisfecha con su relación y con el cariño y la atención que le brinde su pareja (ver Tabla 3).

DISCUSIÓN

En lo que respecta al primer objetivo, orientado a identificar las diferencias en los estilos de apego, soledad, bienestar subjetivo y satisfacción con la relación, se encontró que las personas con cáncer evitan más la cercanía de su pareja y tienen más dificultades para expresar sus sentimientos debido a que puntúan más alto en el estilo de apego rechazante que sus parejas. Es de notarse que las medias para ambos miembros de la pareja se hallan por debajo de la media teórica, lo que indica que dicho estilo no predomina en ninguno de ellos; sin embargo, cuando predomina podría no solo afectar su historia de vida, pues es posible que el diagnóstico de la enfermedad produzca en la persona un sinnúmero de emociones y cogniciones negativas ante el tratamiento, los efectos secundarios del mismo, su calidad de vida y hasta su idea de la muerte (Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiçeno, 2007). Tales emociones se pueden intensificar durante el transcurso de la enfermedad ya que afrontan la pérdida de su salud y todo lo relacionado con dicha afección, lo que hace que se aprecien impotentes y poco útiles y se vean como una carga y un obstáculo para que sus parejas alcancen sus objetivos individuales (Osamor y Grady, 2018), lo que puede ser evidente en esta disposición a evitar, alejarse y rechazar a su pareja.

De igual forma, tales pacientes se sienten solos, lo que se refleja en la espera continua de que alguien más llegue a su vida y llene su vacío emocional. Lo anterior se entiende mejor si se considera que el cáncer es una enfermedad que desestabiliza emocionalmente y genera sentimientos de soledad, angustia, desasosiego y vulnerabilidad en quien lo padece, lo que hace que aumente el deseo de tener el apoyo de otros (Piqueras, Ramos y Martínez, 2009). Autores como Drageset, Eide,

Dysvik, Furnes y Hauge (2015) señalan que tras el diagnóstico es frecuente que la persona comience a experimentar este sentimiento ya que, al evitar las actividades sociales debido a su deterioro físico y psicológico, sufre una mayor soledad social.

En cuanto al bienestar subjetivo, las personas con cáncer manifiestan más emociones positivas y negativas ya que, como se apuntó antes, afrontar una enfermedad crónico-degenerativa produce un desbordamiento de sentimientos que se traducen en una importante inestabilidad emocional, por la que trata de ver las cosas de manera positiva y encarar los acontecimientos, aunque su condición le produce intensas emociones que van del miedo al enojo y la desolación, las cuales repercuten en una baja calidad de vida, autocuidado, adherencia al tratamiento e incluso un peor pronóstico y supervivencia global (Ochoa y Casellas, 2017). Aunado a ello, muestra menos prosperidad y satisfacción con la vida ya que, en palabras de Heydarnejad, Dehkordi y Dehkordi (2011), el aumento de las emociones negativas, aunado a la percepción desfavorable de sus relaciones sociales, tiene un gran impacto en la evaluación de su calidad de vida y bienestar.

El segundo objetivo, consistente en identificar en qué medida el estilo de apego afecta los sentimientos de soledad, el bienestar subjetivo y la satisfacción con la relación tanto en las personas con cáncer como en sus parejas, los resultados muestran que cuando el estilo de apego predominante en las primeras es el rechazante, se sienten menos acompañados por parte de su pareja y de su familia debido a que suelen resistirse ante la proximidad como una medida de protección y autosuficiencia (Pinzón, 2004) por haber experimentado una falta de gratificación y una autopercepción negativa desde su infancia (Bowlby, 1973), así como sentimientos de soledad, toda vez que, como afirman Martínez, Kurian, Hawley y Jagsi (2015), el paciente evita sentirse vulnerable ante los demás y busca su independencia y autonomía, lo que hace que muchas veces rechace el apoyo de sus seres queridos y erija una barrera entre ambos, lo que puede tener consecuencias negativas para su propio cuidado y para mantenerse lo más saludablemente posible, pues las emociones negativas están relacionadas con la disminución de

la función inmunológica, lo que desemboca en un desequilibrio y en una mayor sintomatología psicosomática (Pietromonaco, Uchino y Schetter, 2013; Tacón, 2002). Además, se ha visto que este estilo de apego está inversamente relacionado con una menor asistencia a las consultas médicas, con un descuido de la persona y con sentimientos de angustia, desolación y estrés (Cicero, Lo Coco, Gulló y Lo Verso, 2009).

De igual forma, estas personas sienten la necesidad de encontrar una relación cercana y buscar a alguien con quien compartir más momentos valiosos. Justo por presentar características de un apego rechazante, se caracterizan por no lograr expresar sus emociones y mantener un distanciamiento con los otros al mostrar un aparente desinterés, lo que hace que muchas veces se sientan solas y poco acompañadas, lo que trae consigo una mayor necesidad de hallar una nueva relación, a pesar de que les sea difícil mantenerla por un largo tiempo (Retana y Sánchez-Aragón, 2020). Igualmente, estas personas experimentan más emociones negativas, menos positivas y una disminución de su satisfacción con la vida y la prosperidad, lo que puede ocurrir justo por su soledad y carga emocional al no lograr expresar lo que sienten de manera adecuada. Dichos autores expresan que muchas veces este tipo de apego está acompañado con un cambio negativo y persistente de las emociones, lo que hace que la persona evalúe su vida teniendo una idea errónea de que lo que tiene no es suficiente, lo que aumenta su sentimiento de vacío y la inhibición de sus emociones (Sirois, Millings y Hirsch, 2016; Tacón, 2002).

Las personas que sufren cáncer y poseen un tipo de apego ansioso/ambivalente consideran que no pertenecen a su familia y experimentan sentimientos de vacío y añoranza al no estar satisfechas con sus relaciones interpersonales. Asimismo, no se sienten satisfechas por lo que han logrado y desarrollado en su vida debido a que se caracterizan por no estar conformes con lo que tienen; como pacientes, pueden temer el abandono o el rechazo en sus relaciones interpersonales, teniendo como consecuencia elevadas emociones negativas y escasas positivas (Alonso, Fontanil y Ezama, 2016). Asimismo, al atravesar una enfermedad, tales personas pueden acrecentar los sentimientos de insatis-

facción e inseguridad ya que suponen frecuentemente que sus parejas pueden aburrirse y dejarlas, o bien no ser merecedoras de amor y atención, generando así hipersensibilidad y dependencia, características propias de dicho apego (Porter *et al.*, 2012).

Los resultados muestran que las personas seguras se sienten más acompañadas por su pareja y familia, puesto que este apego implica que pueden contar con sus seres queridos siempre que los necesiten, sin importar las circunstancias. Esto hace que no busquen continuamente nuevas personas con quienes construir un vínculo, en virtud de que tienen un fuerte círculo social en el cual hallar apoyo y cariño (Ognibene y Collins, 1998). Cabe destacar que el acompañamiento de los amigos no se correlacionó con dicho apego en razón de que, no obstante que este tipo de vínculo es de gran importancia en la vida del ser humano, en la dinámica de la salud y enfermedad las personas que más próximas se encuentran al enfermo son sus familiares y parejas. En este caso, los amigos suelen brindar apoyo a las personas enfermas, pero no fungen como el pilar fundamental en el proceso de bienestar y protección (Cardona, Zuleta, Londoño, Ramírez y Viveros, 2012).

Por otra parte, algunos autores apuntan que en una enfermedad como el cáncer el acompañamiento es de gran ayuda, pues proporciona al paciente herramientas para afrontar la adversidad y los malos momentos, aumentando a su vez su bienestar subjetivo, más aún cuando la fuente principal de apoyo es la pareja (Vangelisti, 2009). Estas mismas personas son las que más satisfechas se encuentran con su relación y con la atención, el cariño y el respeto que reciben de su pareja, pues muchas veces los retos que trae consigo el cáncer puede quebrantar la relación, si bien en otras ocasiones puede fortalecer el vínculo y forzar a la pareja a readaptarse al infortunio mediante diferentes estrategias, acrecentando así la afectividad, el cariño, la intimidad, la comunicación y demás (González y Cruzado, 2020).

En cuanto a las parejas de los pacientes que cumplen el rol de cuidadores, los resultados evidencian que, en la medida en que exhiben más un apego rechazante, sienten menos el acompañamiento de su pareja, familia y amigos, y tienen más

sentimientos de vacío y añoranza, ya que, como se dijo antes, los pacientes con este tipo de apego se caracterizan por tener una autopercepción negativa que los lleva a sentirse indignos del cariño, atención y gratificación por parte de otros; por consiguiente, se alejan de sus más cercanos y ratifican los sentimientos y emociones negativas que experimentan, creando con ello un círculo vicioso difícil de romper (Pakdaman *et al.*, 2016). Estos sentimientos de soledad también pueden deberse al rol de cuidador que cumplen, pues en muchas ocasiones las parejas de los pacientes se ven afectadas al distanciarse de las actividades que acostumbraban realizar, las cuales se ven superadas por las nuevas responsabilidades y tareas a las que debe hacerse cargo, y así también por el agotamiento físico y psicológico que surge de la convivencia y el cuidado de un enfermo crónico incurable (Ruiz y Nava, 2012). Lo anterior trae consigo un menor bienestar subjetivo en la persona, quien ve disminuidas su positividad, satisfacción y prosperidad ante la vida en razón de que evalúa lo que era antes y lo que es ahora por efecto de la enfermedad, lo que, aunado al rumbo que ha tomado su vida, le genera insatisfacción. Osorio, Chávez, Silva, Parrello e Iorio (2017) afirman que la idea de perder al ser amado, conjuntamente con la incapacidad para mejorar su situación y brindarle mejores condiciones, vulneran el bienestar del sujeto de manera considerable.

Cuando la persona tiene un apego ansioso/ambivalente, menos apoyada y comprendida por sus amigos se siente, y espera que aparezca otra persona en su vida. Esto resulta lógico cuando se piensa que aquellas personas en que predomina este estilo de apego continuamente buscan la aprobación y el cariño de los demás, pero que a su vez sienten inestabilidad en la gratificación que les proporciona su figura de apego; en consecuencia, no sienten ser tan valiosas, por lo que su percepción del acompañamiento de sus amigos resulta deficiente, ansiando siempre lograr la correspondencia y la reciprocidad en las relaciones que puedan establecer (Lucariello y Fajardo, 2010). Así, buscar nuevas personas les permite llenar sus fallencias e inseguridades en razón de que nunca se sienten satisfechos con lo que tienen (Gómez *et al.*, 2011). Asimismo, pueden sentirse completa-

mente solas en el cumplimiento de sus responsabilidades personales y familiares, lo que implica que pueden invertir menos tiempo en amistades, pero que al mismo tiempo desean contar y convivir con ellas como una medida para escapar de esta situación que no les es placentera ni agradable (Llantá *et al.*, 2015).

Lo anterior se complementa con el hecho de que, entre más se utilice este estilo de apego, más experiencias emocionales negativas se tienen y menos satisfacción por la atención que se recibe por parte de la pareja, lo que podría deberse a lo que señala Garaigordobil (2013) respecto a que las personas enfermas tienden a descuidar su relación romántica, puesto que su prioridad es recuperar su salud y su calidad de vida, colocando en segundo plano a su pareja, quien está evidentemente experimentando momentos de tristeza, malestar y frialdad, a la vez que reconociendo que no está en las prioridades de su pareja enferma; sin embargo, ello puede verse distorsionado por la dependencia emocional que caracteriza al estilo ansioso/ambivalente y la necesidad de atención y aprobación (Lastra, Umbo y Ramírez, 2017).

Por último, a entre más apego seguro se emplee, la pareja del paciente oncológico se sentirá más acompañada por este, así como por su familia y amigos, lo que le produce menos añoranza o necesidad de buscar otras relaciones puesto que los vínculos afectivos que tiene son sólidos y fuertes, por lo que actúan como un factor protector ante la posible soledad (Salazar y Castro, 2019). A su vez, experimenta más emociones positivas, prosperidad y satisfacción con la vida y menos emociones negativas ya que, como se ha encontrado en otros estudios, este tipo de apego se relaciona positivamente con confianza, autoestima, cercanía, felicidad, comprensión y apoyo recibido del objeto de apego (Alonso *et al.*, 2016; Guzmán y Contreras, 2012).

Por último, las parejas de los pacientes se hallan más satisfechas con su relación, con el cariño y la atención que reciben, pues a pesar de las cuestiones vinculadas a la enfermedad, una pareja segura sabe que cuenta con el otro y que posee las cualidades que le hacen posible ser su sostén en momentos en los que el paciente sufre (Tacón, 2012).

Es así como a partir de tales hallazgos se puede concluir que el tipo de apego configurado en la infancia y utilizado en la convivencia con la pareja influye en gran medida en la experiencia y evaluación de diferentes aspectos de la vida de la persona, como su satisfacción con las relaciones que percibe (amigos, familia y pareja), con su vida y con los aspectos más relevantes de su relación romántica. Aunado a esto, se encuentra que, en efecto, las personas que padecen cáncer son las que más se ven afectadas en su esfera emocional y en su bienestar subjetivo. Asimismo, el tipo de apego influye en la experiencia de una enfermedad—ya sea en el paciente o en su pareja—, siendo los estilos rechazante y ansioso/ambivalente los que más afectan la capacidad de los individuos para ser emocionalmente fuertes, sentirse acompañados en la vida y satisfechos consigo mismos, en tanto que el apego seguro se asocia positivamente tanto con el acompañamiento de la pareja

y la familia, como con las emociones positivas y el bienestar subjetivo relativo al yo y a su relación de pareja.

En futuras investigaciones se sugiere efectuar comparaciones con otras enfermedades crónico-degenerativas, como la diabetes o las cardiopatías.

De igual manera, el presente estudio permite hacer relevante la atención integral al paciente y su pareja desde la psicología social, de la salud, clínica y sistémica, pues resulta evidente el modo en que se ven afectadas sus emociones y la manera en la que evalúan su vida y su relación. Asimismo, se pone de manifiesto la necesidad de llevar a cabo más intervenciones que hagan posible mejorar las variables positivas en los niveles individual y relacional ya que, como se sabe, la pareja es un gran apoyo y una fuente de mejoría para el paciente.

AGRADECIMIENTOS

Proyecto de investigación evaluado, avalado y financiado por la Dirección General de Apoyo al Personal Académico de la Universidad Nacional Autónoma de México (PAPIIT IN304919: “Factores protectores y de riesgo a la salud en parejas sanas y con enfermedades crónico-degenerativas”).

Citación: Flórez-Rodríguez, Y.N. y Sánchez-Aragón, R. (2021). La pareja con cáncer: ¿de qué manera el estilo de apego afecta la soledad, el bienestar subjetivo y la satisfacción con la relación? *Psicología y Salud*, Número Especial, 31-43. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i3.2726>.

REFERENCIAS

- Alexander, R., Feeney, J., Hohaus, L. y Noller, P. (2001). Attachment style and coping resources as predictors of coping strategies in the transition to parenthood. *Personal Relationships*, 8(2), 137-152. Doi: 10.1111/j.1475-6811.2001.tb00032.x.
- Alonso, Y., Fontanil, Y. y Ezama, E. (2016). Apego y bienestar en mujeres en proceso de tratamiento del cáncer de mama. *Anales de Psicología*, 32(1), 32-38. Doi: 10.6018/analesps.32.1.191961.
- Andrykowski, M., Lykins, E. y Floyd, A. (2008). Psychological health in cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 24(3), 193-201. Doi: 10.1016/j.soncn.2008.05.007.
- Arias-Galicia, L.F. (2003). La Escala de Satisfacción Marital: análisis de su confiabilidad y validez en una muestra de supervisores mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología*, 37(1), 67-92.
- Baider, L. (2003). Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(3), 505-520.
- Barrios, E. y Garau, M. (2017). Epidemiología del cáncer en Uruguay y el mundo. *Anales de la Facultad de Medicina*, 4(1), 9-46.
- Barroso B., O. (2014). El apego adulto: la relación de los estilos de apego desarrollados en la infancia en la elección y las dinámicas de pareja. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 4(1), 1-25.
- Bernardon, S., Babb, K., Hakim-Larson, J. y Gragg, M. (2011). Loneliness, attachment, and the perception and use of social supporting university students. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 43(1), 40-51. Doi: 10.1037/a0021199.

- Bloom, J.R., Stewart, S.L., Johnston, M., Banks, P. y Fobair, P. (2001). Sources of support and the physical and mental well-being of young women with breast cancer. *Social Science and Medicine*, 53, 1513-1524. Doi: 10.1016/s0277-9536(00)00440-8.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation, anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Cardona P., D., Zuleta G., V., Londoño B., L., Ramírez N., L. y Viveros C., E. (2012). Acompañamiento familiar durante el tratamiento de pacientes con diagnóstico de enfermedad mental. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 3(2), 243-258.
- Cicero, V., Lo Coco, G., Gullo, S. y Lo Verso, G. (2009). The role of attachment dimensions and perceived social support in predicting adjustment to cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 18(10), 1045-1052. Doi: 10.1002/pon.1390.
- De la Garza S., J. y Juárez S., P. (2014). *El cáncer. Monterrey* (México): Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim, C., Choi, D., Oishi, S. y Biswas, R. (2009). New measures of well-being: Flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 39(1), 247-266. Doi: 10.1007/s11205-009-9493-y.
- DiTommaso, E., Brannen-McNulty, C., Ross, L. y Burgess, M. (2003). Attachment styles, social skills and loneliness in young adults. *Personality and Individual Differences*, 35(2), 303-312. Doi: 10.1016/S0191-8869(02)00190-3.
- DiTommaso, E. y Spinner, B. (1992). The development and initial validation of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA). *Personality and Individual Differences*, 14(1), 127-134. Doi: 10.1016/0191-8869(93)90182-3.
- Drageset, J., Eide, G., Dysvik, E., Furnes, B. y Hauge, S. (2015). Loneliness, loss, and social support among cognitively intact older people with cancer, living in nursing homes – a mixed-methods study. *Clinical Interventions in Aging*, 10(1), 1529-1536. Doi: 10.2147/CIA.S88404.
- Erozkan, A. (2011). The attachment styles base of loneliness and depression. *International Journal of Psychology and Counseling*, 3(9), 186-193. Doi: 10.5897/IJPC11.032.
- Garaigordobil, M. (2013). Sexismo y apego inseguro en la relación de pareja. *Revista Mexicana de Psicología*, 30(1), 53-60.
- Garrido R., L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 493-507.
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M. y Quiceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, 20(2), 50-75.
- Gómez Z., J., Ortiz, M. y Gómez L., J. (2011). Experiencia sexual, estilos de apego y tipos de cuidados en las relaciones de pareja. *Anales de Psicología*, 27(2), 447-456.
- González, N. y Cruzado, J. (2020). Eficacia de la terapia de pareja con pacientes con cáncer: una revisión sistemática. *Psicooncología*, 17(1), 73-89.
- Granillo V., L.F. y Sánchez-Aragón, R. (2020). Evaluando la soledad en la pareja y su relación con el apego. *Revista Ciencia UAT*, 15(1), 48-62.
- Granillo V., A. Zepeda G., G. y Sánchez-Aragón, R. (En proceso de evaluación). Bienestar subjetivo: medición integral y validación en México. *Acta Colombiana de Psicología*.
- Guzmán, M. y Contreras, P. (2012). Estilos de apego en relaciones de pareja y su asociación con la satisfacción marital. *Psykhé*, 21(1), 69-82. Doi: 10.4067/S0718-22282012000100005.
- Hernández S., R., Fernández C., C. y Baptista L., P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). México: McGraw-Hill Educación.
- Heydarnejad, M., Dehkordi, H. y Dehkordi, S. (2011). Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. *African Health Sciences*, 11(2), 266-270.
- Lastra S., H., Umbo Y., Y. y Ramirez V., C. (2017). Estilos de apego emocional y satisfacción marital en los padres de familia del distrito de Huachón de Pasco. *Revista de Investigación Apuntes Psicológicos*, 2(1), 53-62.
- Llantá A, M., Hernández R., K. y Martínez O., Y. (2015). Calidad de vida en cuidadores primarios de pacientes oncopediátricos. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 14(1), 97-106. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v14n1/rhcm14115.pdf>.
- Lucariello, E. y Fajardo, M. (2010). El apego en la satisfacción marital. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 99-110.
- Márquez D., F., Rivera-Aragón, R. y Reyes L., I. (2009). Desarrollo de una escala de estilos de apego adulto para la población mexicana. *Revista Interamericana de Psicología*, 28(2), 9-30.
- Martínez, K., Kurian, A., Hawley, S. y Jagsi, R. (2015). How can we best respect patient autonomy in breast cancer treatment decisions? *Breast Cancer Management*, 4(1), 53-64. Doi: 10.2217/bmt.14.47.
- Mikulincer, M. y Shaver, P.R. (2014). An attachment perspective on loneliness. En R. J. Coplan y J. C. Bowker (Eds.): *The handbook of solitude: Psychological perspectives on social isolation, social withdrawal, and being alone* (pp. 34-50). New York: Wiley-Blackwell.
- Molero M., R., Sospedra A., R., Sabater B., Y. y Plá M., L. (2011). La importancia de las experiencias tempranas de cuidado afectivo y responsable en los menores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 511-520.

- Moneta M., E. (2014). Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. *Revista Chilena de Pediatría*, 85(3), 265-268.
- Moreno L., S., Lara M., F. y Alvarado A., S. (2014). Impacto psicológico en la pareja de la paciente con cáncer de mama. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 13(1), 47-52.
- Ochoa A., C. y Casellas G., A. (2017). El cambio vital positivo tras un cáncer: ingredientes, claves para facilitarlos y efectos sobre el bienestar. *Papeles del Psicólogo*, 38(1), 1-11.
- Ognibene, T.C. y Collins, N.L. (1998). Adult attachment styles, perceived social support, and coping strategies. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15(3), 323-345. Doi: 10.1177/0265407598153002.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Cáncer*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
- Osamor, P. y Grady, C. (2018). Autonomy and couples' joint decision-making in healthcare. *BMC Medical Ethics*, 19(1), 1-8. Doi: 10.1186/s12910-017-0241-6.
- Orosio G., M., Chávez V., S., Silva S., G., Parrello, S. e Iorio, I. (2017). Parejas de pacientes con una enfermedad crónica. Estudio narrativo sobre la hemofilia. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(2), 548-569.
- Pakdaman, S., Saadat, S., Shahyad, S., Ahmadi, K. y Hosseinialhashemi, M. (2016). The role of attachment styles and resilience on loneliness. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 5(9), 268-274.
- Peplau, L.A. y Perlman, D. (1982). Perspectives on loneliness. En L. A. Peplau y D. Perlman (Eds.): *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 1-18). New York: Wiley.
- Pick, S. y Andrade, P. (1988). Desarrollo y validación de la Escala de Satisfacción Marital (ESM). *Psiquiatría*, 4(1), 9-20.
- Pietromonaco, P., Uchino, B. y Schetter, C. (2013). Close relationship processes and health: implications of attachment theory for health and disease. *Health Psychology*, 32(5), 499-513. Doi: 10.1037/a0029349.
- Pinzón L., B. (2004). *Estilos de apego, soledad, dependencia interpersonal y valoración de la relación de pareja*. Tesis inédita de maestría. Puebla (México): Universidad de las Américas-Puebla.
- Piqueras R., J., Ramos L., V. y Martínez G., A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85-112.
- Pisani, P., Bray, F. y Parkin, D. (2002). Estimates of the world-wide prevalence of cancer for 25 sites in the adult population. *International Journal of Cancer*, 97(1), 72-81. Doi: 10.1002/ijc.1571.
- Porter, L.S., Keefe, F.J., Davis, D., Rumble, M., Scipio, C. y Garst, J. (2012). Attachment styles in patients with lung cancer and their spouses: associations with patient and spouse adjustment. *Supportive Care in Cancer*, 20(10), 2459-2466. Doi: 10.1007/s00520-011-1367-6.
- Retana F., B. y Sánchez-Aragón, R. (2020). El peso del apego y de la cultura en las estrategias de rompimiento amoroso percibidas por los abandonados. *Acta Colombiana de Psicología*, 23(1), 53-65. Doi: 10.14718/ACP.2020.23.1.4.
- Ruiz R., A. y Nava G., M. (2012). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Revista de Enfermería Neurológica*, 11(3), 163-169.
- Rodríguez, J., Martínez, L., Cruz, N. y Cómbita, A. (2014). Terapia génica para el tratamiento del cáncer. *Revista Colombiana de Cancerología*, 18(1), 27-40.
- Salazar V., M. y Castro G., M. (2019). Soledad y convivencia intergeneracional: resignificar el cuidado en el ciclo vital. *Reflexiones*, 98(2), 79-93. Doi: 10.15517/rr.v98i2.34152.
- Sánchez-Aragón, R. y Calleja, N. (2021). Adaptación y validación de la Escala de Satisfacción con el Apoyo recibido de la Pareja y diseño y validación de la Escala de Disposición a recibir Apoyo Social. *Revista Costarricense de Psicología*, 49(1), 37-59.
- Schumm, W., Nichols, C., Schectman, K. y Grigsby, C. (1983). Characteristics of responses to the Kansas Marital Satisfaction Scale by a sample of 84 married mothers. *Psychological Reports*, 53(1), 567-572. Doi: 10.2466/pr0.1983.53.2.567.
- Sirois, F., Millings, A. y Hirsch, J. (2016). Insecure attachment orientation and well-being in emerging adults: The roles of perceived social support and fatigue. *Personality and Individual Differences*, 101(1), 318-321. Doi: 10.1016/j.paid.2016.06.026.
- Stark, D., Kiely, M., Smith, A., Velikova, G., House, A. y Selby, P. (2002). Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 20(14), 3137-3148. Doi: 10.1200/JCO.2002.08.549.
- Stefani, D., Seidmann, S., Pano, C., Acrich, L. y Bail, V. (2003). Los cuidadores familiares de enfermos crónicos: sentimiento de soledad, aislamiento social y estilos de afrontamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(1), 55-65.
- Tacón, A. (2002). Attachment and cancer: A conceptual integration. *Integrative Cancer Therapies*, 1(4), 371-381. Doi: 10.1177/1534735402238188.
- Toral P., J. (2002). Complicaciones debidas al tratamiento oncológico que afectan a la nutrición. En C. Gómez C. y A. Sastre G. (Eds.): *Soporte nutricional en el paciente oncológico* (pp. 183-196). Madrid: You & Us, S.A.
- Vangelisti, A.L. (2009). Challenges in conceptualizing social support. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26(1), 39-51. Doi: 10.1177/0265407509105520.
- Yáñez-Yaben, S. (2010). Bienestar psicológico en progenitores divorciados: estilo de apego, soledad percibida y preocupación por la expareja. *Clinica y Salud*, 21(1), 77-91.

Relación del optimismo y el estrés con la calidad de vida en pacientes oncológicos: diferencias por tiempo de diagnóstico

Relationship of optimism and stress with a quality of life in cancer patients: Differences by time of diagnosis

Ana Daniela Granillo-Velasco y Rozzana Sánchez-Aragón

Universidad Nacional Autónoma de México¹

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

RESUMEN

El cáncer representa una crisis personal y social en la vida de quienes lo padecen. Mientras que ciertas variables fungen como protectoras de la salud y la calidad de vida, otras pueden resultar de riesgo en una o más esferas, aunadas al tiempo que aquellos han tenido que hacer frente a la enfermedad, tanto si ya se han sometido al tratamiento, como si el diagnóstico es reciente. El presente estudio tuvo como objetivos identificar posibles diferencias en el optimismo, el estrés y la calidad de vida en función del tiempo de diagnóstico, y examinar la relación del optimismo y el estrés con la calidad de vida de los pacientes. Para ello, se empleó una muestra no probabilística de 196 pacientes adultos oncológicos (91 con un tiempo de diagnóstico máximo de 24 meses y 105 con un tiempo de diagnóstico mayor a dos años), quienes respondieron las escalas de Optimismo, de Estrés Percibido y de Estado de Salud Mental y Física SF-36. Los resultados evidencian, por un lado, que en los pacientes con un tiempo de diagnóstico de dos años o menos el optimismo, la calidad de vida y el estrés fueron menores que en quienes tenían un diagnóstico más antiguo; por otro lado, que el optimismo y el control del estrés se relacionan con menos afectaciones en el rol emocional y en una mayor vitalidad, siendo el descontrol del estrés lo que afecta más estos aspectos de la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

Palabras clave: Cáncer; Optimismo; Estrés; Calidad de vida; México.

ABSTRACT

Cancer represents a crisis in the life of those who suffer from it on a personal and social level, while certain variables are protective of health and quality of life, others can be risky for one or more spheres, coupled with the time they have had to cope with the disease, if they have already undergone treatment or if the diagnosis is recent. The present study focused on: 1) identifying possible differences in optimism, stress and quality of life depending on the time of diagnosis and, 2) examining the relationship of optimism and stress with the quality of life of patients. For this, we worked with a non-probabilistic sample of 196 adult cancer patients (91 with a maximum diagnosis time of 24 months and 105 with a diagnosis time greater than two years) who responded to the Optimism Scale, Perceived Stress Scale and Mental and Physical Health Status Scale SF-36. The results show, on the one hand, that in patients with a diagnosis time of two years or less, optimism and quality

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



of life is lower than in those with an older diagnosis, while stress is less in the latter; and, on the other hand, that optimism and stress control are related to less affectations in the emotional role and with greater vitality, being the lack of stress control what affects these aspects of the quality of life of cancer patients.

Key words: Cancer; Optimism; Stress; Quality of life; Mexico.

Asociado estrechamente con el envejecimiento y con los estilos de vida poco saludables de la población, el cáncer ha ocupado uno de los primeros lugares como causa de muerte en México desde hace más de tres décadas (Reynoso y Mohar, 2014). La Organización Mundial de la Salud [OMS], (2018) prevé que en los próximos 20 años el número de casos aumente en 70%, siendo los cánceres de mama, de próstata, cervicouterino, colorrectal y pulmonar los más recurrentes en la población general (Sociedad Mexicana de Oncología, 2016).

Debido a su cronicidad, este padecimiento representa una crisis en la vida personal, pues interfiere en el funcionamiento personal y social y requiere que el paciente y su familia reciban el entrenamiento y la motivación requeridos para el tratamiento, el cuidado y el autocuidado (Grau, 2016). Así, el que los pacientes tengan expectativas positivas aumenta los esfuerzos por manejar la situación mediante un afrontamiento activo y persistente (Mera y Ortiz, 2012; Mishra *et al.*, 2012).

Es por ello que el optimismo se convierte en una variable relevante para sobrellevar la enfermedad al proveer a la persona de los recursos necesarios para sobreponerse a los momentos difíciles, resolver problemas y crecer en lo personal (Park, Peterson y Sun, 2013). El optimismo ha sido definido como la disposición positiva hacia el futuro y la creencia de que los resultados deseados pueden alcanzarse, especialmente en situaciones desafortunadas (Reche, Tutte y Ortín, 2014), y se compone de los siguientes elementos: 1) actitud positiva, que implica esperar lo mejor ante la incertidumbre y considerar como posibles el logro de metas importantes y la obtención del éxito; 2) control interno, referido a las creencias en la autoeficacia del individuo que indican que trabajan-

do duro se puede lograr cualquier cosa, que cada problema tiene una solución, que el cumplimiento de metas es factible y que eso hará una diferencia en la vida; 3) autoconfianza, es decir, tener certeza en las propias capacidades para resolver tareas, influir en los demás, y dominar los problemas difíciles y lo que venga en el futuro, y 4) esperanza, que alude a la convicción de que en el futuro la persona tendrá alimento, cuidado, hogar y personas que le brinden ayuda, lo que refuerza la idea de que suceden cosas buenas la mayor parte del tiempo y de que el futuro será el esperado (Sánchez-Aragón, 2018).

En el ámbito de la salud, se ha encontrado que las personas que tienen un alto nivel de emociones positivas gozan de una mejor salud (Vera y Celis, 2014) y, de acuerdo con Marrero y Carballera (2010), el optimismo puede mejorar la salud mental y la percepción de bienestar y aumentar los beneficios que contrarrestan las enfermedades terminales y crónicas (Reche *et al.*, 2014), contrariamente a lo que caracteriza al pesimismo (Pastells y Font, 2014). En congruencia con lo anterior, Zenger *et al.* (2010) hallaron que cuando mujeres con cáncer eran más optimistas, mostraban también una mejor calidad de vida, mientras que el pesimismo se relacionaba con puntuaciones más bajas en esta; además, el no ser pesimistas favorecía su recuperación física con el paso de los meses. Esta relación positiva también se ha reportado en otros estudios con muestras tanto de varones como de mujeres (p.e., Mera y Ortiz, 2012; Park *et al.*, 2013).

Así, el optimismo brinda un efecto amortiguador y mejora las habilidades personales para hacer frente a situaciones de estrés, incluido el experimentado antes y después de un diagnóstico de cáncer (Mishra *et al.*, 2012; Shaheen, Andleeb, Ahmad y Bano, 2014). Lo anterior cobra mayor relevancia al considerarse que la enfermedad oncológica resulta estresante en sí misma, pero también lo es toda la experiencia marcada por preocupaciones generadas por problemas físicos, perturbaciones del proceso de ajuste a la enfermedad y temor a la recurrencia de la misma (Da-Silva y Dos-Santos, 2010; Lostaunau, Torrejón y Cassaretto, 2017).

Tal como apunta Trucco (2002), el estrés abarca un conjunto de procesos y respuestas neuroendocrinas, inmunológicas, emocionales y conductuales ante situaciones (la presencia de enfermedad, en este caso) que entrañan una demanda de adaptación mayor a la habitual para el organismo, o que son percibidas por el individuo como una amenaza (sea objetiva o subjetiva, aguda o crónica) para su integridad biológica o psicológica. Así, es posible afirmar que los estímulos del entorno no son en sí mismos estresantes, sino que desencadenan una respuesta de estrés según quién los percibe, por lo que situaciones iguales no generarán respuestas iguales en todos los individuos, ya que estos no le darán el mismo significado a lo que sucede (Straub, 2012). A esta respuesta psicológica general frente a los eventos estresores se le ha denominado *estrés percibido*, que puede clasificarse como incontrolable o como controlable. Mientras que la incontrolabilidad incluye sentimientos de incapacidad para regular las cosas importantes de la vida, manejar los problemas personales, el nerviosismo, las diversas dificultades o la percepción de lo inesperado, el control hace referencia a la capacidad para enfrentar los diversos problemas de la vida diaria y percibir que las cosas ocurren de la manera esperada (Flórez y Sánchez-Aragón, en revisión).

Según Oblitas (2017) y Rincón, Pérez, Borda y Martín (2010), el diagnóstico de cáncer trae consigo diversos estresores físicos, mentales y sociales, y su repercusión en diversos aspectos importantes de la cotidianidad de las personas, como su calidad de vida, ha sido estudiada recientemente por Granillo y Sánchez-Aragón (2021), quienes reportan que el percibir que se puede controlar el estrés favorece una mayor vitalidad y energía y menos problemas emocionales que impiden que las personas lleven a cabo sus actividades cotidianas, contrariamente a lo que sucede cuando la incontrolabilidad del estrés es la que predomina, pues ésta se relaciona con un mayor dolor, más limitaciones para realizar las actividades cotidianas y del trabajo, y para llevar a cabo esfuerzos para resolver los problemas de salud. Tal relación entre el estrés y la calidad de vida se ha confirmado en otros tantos estudios (p.e., Atef-vahid *et al.*, 2011;

Berra, Muñoz, Vega, Silva y Gómez, 2012; Cozzo y Reich, 2016).

Para Sánchez-Aragón, García y Martínez (2017) la calidad de vida abarca la valoración de aspectos subjetivos y objetivos que integran el bienestar humano, como el rol emocional, la función social, la función física, el rol físico, el dolor y la vitalidad; es decir, es una evaluación que realiza todo individuo respecto a su capacidad o incapacidad para efectuar actividades y el impacto físico que tiene en su actividad física, en la ocupacional y en lo cotidiano; la comodidad o incomodidad vinculada al dolor físico y a la fatiga, y la satisfacción o insatisfacción proveniente del funcionamiento social, del bienestar en general y de la atención recibida de los otros.

Autores como Rincón *et al.* (2010) así como Oblitas (2017) afirman que el cáncer tiende a comprometer negativamente la calidad de vida de los pacientes debido al estrés y malestar que conlleva, sumado a la posibilidad de que se activen respuestas similares a las que surgen ante un trastorno de estrés postraumático, o bien síntomas subclínicos de este último (O'Connor, Christensen, Jensen, Moller y Zachariae, 2011), los que se combinan con el padecimiento en sí y generan complicaciones en varios niveles.

A partir de ello ha surgido el interés por estudiar la calidad de vida de personas sanas o con alguna enfermedad específica (Shofany, 2017). Diversos autores reportan que el tiempo transcurrido desde el diagnóstico es un factor que muestra diferencias en variables relacionadas con la vida de los pacientes. En cuanto al optimismo, Zenger *et al.* (2010) apuntan que los pacientes con una experiencia más prolongada desde el diagnóstico informan ser más pesimistas, contrario a lo reportado en otros estudios, en los que son los pacientes con mayor tiempo de diagnóstico los más optimistas al percibir que tienen nuevas y mejores posibilidades en la vida (p.e., Mazanec, Daly, Douglas y Lipson, 2010; Ochoa y Casellas, 2017). Hodges y Winstanley (2012) exponen a su vez que los sobrevivientes, pese a que ya han atravesado por la etapa quizá más complicada del cáncer, aún quedan con incertidumbre sobre su futuro, por lo que no únicamente necesitan sentirse libres de mor-

bilidad psicológica, sino también sentirse capaces de prosperar en el largo plazo, para lo cual el optimismo desempeña un papel importante, mostrando además que podría reducir la preocupación por la enfermedad en esta etapa. Además, los citados autores hallan que las personas más optimistas poseen niveles más bajos de locus de control externo sobre su salud durante el diagnóstico y el tratamiento. En esta misma línea, Casellas, Vives, Font y Ochoa (2016) encontraron que cuanto más tiempo haya transcurrido desde el diagnóstico, más capaces son los pacientes de entrar en un periodo de autorreflexión que les hace posible valorar más positivamente su enfermedad.

En cuanto al estudio del impacto del estrés según el tiempo de diagnóstico, las investigaciones son escasas, aunque con resultados similares. Costa, Rodríguez y Fernández (2012) y Soung y Kim (2015) han mostrado que el estrés afecta más a los pacientes durante las etapas de pretratamiento y tratamiento que en las posteriores a este último o ya en remisión.

Finalmente, la etapa en la que los pacientes se encuentran, relativa el tiempo que ha transcurrido desde su diagnóstico, se ha considerado por algunos autores como un predictor del nivel de calidad de vida (Reich y Remor, 2010); no obstante, otros no han hallado que provoque diferencia alguna (Aguirre, Núñez, Navarro y Cortés, 2017); aun así, la literatura a este respecto es escasa y debatible.

De acuerdo con lo anterior, variables como el optimismo se consideran de protección, mientras que otras, como el estrés, son de riesgo, y teniendo ambas un papel importante en el proceso del cáncer al beneficiar o empeorar la salud del paciente y, con ello, afectando su calidad de vida, que incluye áreas como el trabajo, el ocio y las relaciones interpersonales (Massone y Llull, 2015; Oblitas, 2017; Vera y Celis, 2014). Además, debido a la elevada prevalencia de esta enfermedad, es cada vez más necesario prestar atención a los aspectos psicosociales que involucra para lograr un manejo integral del proceso.

Es por ello que esta investigación se propuso los siguientes objetivos: 1) Identificar, mediante un estudio comparativo (Ato, López y Benavente,

2013), las posibles diferencias en optimismo, estrés y calidad de vida en función del tiempo de diagnóstico de pacientes oncológicos, bajo la hipótesis de que el optimismo y la calidad de vida serán mayores en la muestra cuyo diagnóstico fue recibido más de dos años atrás que aquella que lo recibió dos años o menos, mientras que el estrés resultará mayor en estos últimos, y 2) Examinar por medio de un estudio correlacional la relación del optimismo y el estrés con la calidad de vida en dichos pacientes, considerándose como hipótesis que a mayor optimismo, mayor calidad de vida, y a la inversa.

MÉTODO

Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística por conveniencia (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). La muestra se integró por un total de 196 pacientes oncológicos (142 mujeres y 54 varones), residentes de la Ciudad de México, que habían sido diagnosticados con algún tipo de cáncer (sin especificarse cuál). Del total de participantes se obtuvieron dos submuestras (ver el procedimiento más adelante) en función del tiempo de diagnóstico, la primera de las cuales incluyó a 91 pacientes (46.4%), con un diagnóstico recibido un máximo dos años antes ($M = 14.12$; $D.E. = 7.840$), con edades de entre 22 y 77 años ($M = 47.88$; $D.E. = 11.466$), de los cuales 29.7% ($N = 27$) reportó tener secundaria, 26.4% ($N = 24$) preparatoria, y 44% ($N = 40$) licenciatura. La segunda submuestra incluyó a 105 pacientes (53.6%) con diagnóstico de dos años y un mes hasta 20 años ($M = 6.15$; $D.E. = 3.699$) con edades entre 21 y 78 años ($M = 48.41$; $D.E. = 9.843$), de los cuales 21% ($N = 22$) dijo contar con secundaria, 31.4% ($N = 33$) con preparatoria y 47.6% ($N = 50$) con licenciatura. Los criterios de inclusión fueron, a saber: ser adulto, residir en la Ciudad de México y haber sido diagnosticado con algún tipo de cáncer. A su vez, los criterios de exclusión fueron ser menor de edad, residir fuera de la ciudad y no contar con un diagnóstico de dicha enfermedad.

Instrumentos

Escala de Optimismo (Sánchez-Aragón, 2018).

Mide la percepción de sentimientos positivos y de control ante el futuro y en diversas situaciones de la vida cotidiana. Está compuesta por 30 afirmaciones (reactivos) que se valoran en un formato de respuesta tipo Likert de cinco opciones para indicar el grado de acuerdo con las mismas. Dichos reactivos, con un coeficiente alfa de Cronbach total de .93, se agrupan en cuatro factores que explican 55.11% de la varianza: 1) Actitud positiva ($\alpha = .90$) (p.e., “Creo que tengo lo que se necesita para tener éxito en la vida”); 2) Control interno ($\alpha = .78$) (p.e., “Para cada problema encuentro una solución”); 3) Autoconfianza ($\alpha = .81$) (p.e., “Puedo dominar los problemas difíciles”), y 4) Esperanza ($\alpha = .80$) (p.e., “La mayor parte del tiempo espero que sucedan cosas buenas”).

Escala de Estrés Percibido

(Flórez y Sánchez-Aragón, en revisión).

Evalúa la percepción de control o descontrol ante situaciones difíciles o estresantes. Está compuesta por once reactivos con formato de respuesta tipo Likert de cinco opciones para indicar el grado de acuerdo. Tales reactivos, con un coeficiente alfa de Cronbach total de .84, se agrupan en dos factores que explican el 50.86% de la varianza: Control ($\alpha = .72$) (p.e., “¿Qué tan frecuentemente usted se ha sentido confiado acerca de su habilidad para manejar sus problemas personales?”) y Descontrol ($\alpha = .77$) (p.e., “¿Qué tan frecuentemente se ha sentido usted incapaz de controlar las cosas importantes de su vida?”).

Escala de Estado de Salud Mental y Física SF-36 (Ware y Sherbourne, 1992).

Validada por Sánchez-Aragón, García y Martínez, 2017), mide aspectos de la calidad de vida de las personas. Está compuesta por 44 reactivos divididos en dos secciones: la primera de ellas incluye 40 reactivos distribuidos en cinco factores que explican 65.36% de la varianza: 1) Rol emocional y función social ($\alpha = .93$) (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 nervio-

so”); 2) Función física ($\alpha = .94$) (p.e., “Le cansa caminar varias manzanas o centenares de metros”); 3) Rol físico ($\alpha = .95$) (p.e., “Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de su salud física”); 4) Dolor corporal ($\alpha = .83$) (p.e., “Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo”), y 5) Vitalidad ($\alpha = .76$) (p.e., “¿Qué tanto se sintió calmado y tranquilo?”). La segunda sección incluye cuatro reactivos agrupados en un solo factor que explica 55.1% de la varianza: Salud general ($\alpha = .73$) (p.e., “Creo que mi salud va a empeorar”).

Procedimiento

La batería de instrumentos final se aplicó en lugares en los que era factible encontrar personas que cubrieran los criterios de inclusión, como el exterior de clínicas, hospitales y albergues públicos y privados de la Ciudad de México, donde se abordó a los participantes a su salida. Ya habiendo asegurado de que los participantes cumplían con los requisitos de inclusión, se les informó el objetivo de la investigación y se les dijo que su participación era voluntaria, anónima y confidencial y que se podían retirar en cualquier momento sin ninguna consecuencia cuando alguna pregunta pudiese afectar su moral o creencias. Aunado a lo anterior, se les aseguró que los datos proporcionados serían utilizados únicamente con fines estadísticos, bajo estrictas consideraciones éticas y cumpliendo las reglas establecidas por la Secretaría de Salud, el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (Secretaría de Salud, 2014), la Declaración de Helsinki de 1975, enmendada en 1983, sobre los principios éticos para la investigación médica con humanos, y el Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007). Una vez que se contaba con su autorización verbal se procedía a la aplicación individual, que se concluía en un tiempo aproximado de 15 minutos. Cualquier duda surgida durante la aplicación acerca del contenido del cuestionario se resolvía inmediata y eficientemente.

Una vez recolectados y capturados los datos en el programa SPSS Statistics, se analizó la distribución de la muestra para así dividirla a partir del tiempo de diagnóstico, obteniéndose la muestra

de participantes diagnosticados un máximo de 24 meses antes, que, según la literatura, es el tiempo aproximado en el que los pacientes atraviesan la etapa previa al tratamiento (pretratamiento) y tratamiento (Oberreuter, Oliva, Contreras y Cardemil, 2017), y la de participantes con un tiempo de diagnóstico de 2 años y un mes y hasta de 20 años, es decir, que ya finalizaron el tratamiento (periodo de remisión parcial o completa), según el Instituto Nacional del Cáncer (s.f.).

Análisis de datos

Se hizo la prueba de Kolmogorov-Smirnov para comprobar el cumplimiento del supuesto de normalidad en los datos obtenidos, y dado que se cumplió este principio, se hizo uso de estadísticos paramétricos. Para el cumplimiento del primer objetivo, se efectuó una prueba *t* de Student para examinar las diferencias entre ambos grupos de pacientes en las variables estudiadas. Para el segundo objetivo se realizaron algunos análisis de correlación producto-momento de Pearson con la finalidad de conocer la relación del optimismo y el estrés con la calidad de vida.

RESULTADOS

Para dar cumplimiento al primer objetivo, o sea, identificar las diferencias del optimismo, el estrés y la calidad de vida a partir del tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad (pacientes con tiempo de diagnóstico de dos años o menos vs. pacientes con tiempo de diagnóstico mayor a dos años), se hizo una prueba *t* para muestras independientes. Los resultados muestran que fueron los pacientes oncológicos cuyo diagnóstico tenía más de dos años quienes mostraron una mayor actitud positiva, más control interno y autoconfianza en cuanto al optimismo, así como una mayor percepción de control del estrés, en comparación con los pacientes cuyo diagnóstico databa de un máximo de dos años. En congruencia, estos últimos fueron quienes reportaron más limitaciones en su función física, rol físico, rol emocional y función social, y más dolor corporal, en comparación con los primeros, quienes percibían tener una mayor vitalidad. Cabe señalar que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los factores de esperanza (optimismo) y descontrol (estrés) (Tabla 1).

Tabla 1. Diferencias por tiempo de diagnóstico en optimismo, estrés y calidad de vida.

		Tiempo de diagnóstico		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohen
		(1-24 meses)	(2.1-20 años)			
Optimismo	Actitud positiva	3.70	4.00	-2.81	.005	0.40
	Control interno	3.78	4.08	-2.92	.004	0.42
	Autoconfianza	3.42	3.67	-2.35	.020	0.34
Estrés	Control	13.58	14.47	-2.21	.028	0.32
Calidad de vida	Función física	2.66	2.35	2.14	.034	0.30
	Rol físico	3.01	2.34	4.51	.001	0.65
	Rol emocional y función social	2.58	2.03	3.81	.001	0.54
	Vitalidad	3.03	3.37	-3.20	.002	0.45
	Dolor corporal	3.15	2.75	3.01	.003	0.43

**p* < 0.05

En cuanto al segundo objetivo, es decir, examinar la relación del optimismo y el estrés con la calidad de vida, se efectuaron análisis de correlación producto-momento de Pearson. Tales análisis se hicieron de manera separada para los dos grupos de pacientes, esto considerando que se hallaron di-

ferencias significativas en todas las variables estudiadas entre estos grupos.

Respecto a las correlaciones para los pacientes con tiempo de diagnóstico de dos años o menos, se encontró que a mayor actitud positiva, autoconfianza, control interno y esperanza, aunados a

una menor percepción de descontrol del estrés y, por tanto, una mayor percepción de control, mostraron más sentimientos de vitalidad y una menor percepción de limitaciones en el rol emocional y

función social. Además, a una mayor percepción de descontrol ante el estrés, más dolor corporal (Tabla 2).

Tabla 2. Correlación entre el optimismo y el estrés con la calidad de vida en pacientes en etapa de pretratamiento y tratamiento (1-24 meses).

		Calidad de vida					
		Función física	Rol físico	Rol emocional y función social	Vitalidad	Dolor corporal	Salud general
Optimismo	Actitud positiva			-.510**	.552**		
	Control interno			-.375**	.446**		
	Autoconfianza			-.419**	.499**		
	Esperanza			-.281**	.414**		
Estrés	Descontrol			.422**	-.480**	.220*	
	Control			-.268**	.213*		

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

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

Ahora bien, en los resultados obtenidos en las correlaciones para los pacientes con tiempo mayor desde el diagnóstico (dos años y un mes-veinte años) se observan resultados muy similares en cuanto a la relación del optimismo y el estrés con el rol emocional y la función social y la vitalidad. No obstante, pueden apreciarse otras relaciones significa-

tivas, como por ejemplo que a más autoconfianza (factor del optimismo), menos dolor corporal; a más descontrol (factor de estrés), más dolor corporal, más problemas de rol físico y de función física, y que a más control, menos problemas de función física (Tabla 3).

Tabla 3. Correlación entre el optimismo y el estrés con la calidad de vida en pacientes en etapa de remisión (2.1-20 años).

		Calidad de vida					
		Función física	Rol físico	Rol emocional y función social	Vitalidad	Dolor corporal	Salud general
Optimismo	Actitud positiva			-.424**	.415**		
	Control interno			-.348**	.387**		
	Autoconfianza			-.418**	.447**	-.278**	
	Esperanza			-.261**	.298**		
Estrés	Descontrol	.322**	.399**	.548**	-.356**	.429**	
	Control	-.215*		-.272**	.512**		

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

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

DISCUSIÓN

Comenzando por las diferencias entre las variables estudiadas en función del tiempo de diagnóstico (primer objetivo), se halló que fueron los pacientes

con diagnóstico de más de dos años y un mes los que mostraron una mayor actitud positiva, y asimismo mayor control interno y más autoconfianza que los pacientes cuyo diagnóstico era más reciente, lo que coincide con los hallazgos de Mazanec

et al. (2010), quienes sostienen que el optimismo ejerce un efecto considerable en los pacientes en virtud de que se ha superado el diagnóstico inicial y el periodo de tratamiento, etapas en las que los estresores físicos y psicosociales predominan. Al respecto, parece ser que el alejamiento de la parte aguda de la enfermedad puede facilitar un crecimiento positivo en los individuos al haber superado ya la experiencia del periodo de tratamiento, pues aunque la amenaza de la enfermedad persiste, resulta más tolerable y permite considerar nuevas posibilidades en la vida, el mejoramiento de sus relaciones sociales, la percepción de que se pueden lograr las metas de vida si se trabaja intensamente y que lo que traiga el futuro será bueno (Hodges y Winstanley, 2012; Ochoa y Casellas, 2017). Será gracias a este optimismo que los individuos perciban como posible la realización de metas importantes y la obtención de éxito mediante una predisposición esperanzadora al llegar al término del tratamiento o al periodo de remisión (Assad, Donnellan y Conger, 2007; Marrero y Carballeira, 2010; Reche *et al.*, 2014; Sánchez-Aragón, 2018).

Ahora bien, el que sean también los pacientes con un tiempo de diagnóstico mayor a dos años quienes indican tener un mayor control del estrés que aquellos cuyo diagnóstico es más reciente, coincide con los datos reportados por Costa *et al.* (2012) y Soung y Kim (2015), que muestran que el estrés afecta más a los pacientes durante el pretratamiento y el tratamiento que cuando ya se hallan en remisión. Lo anterior puede deberse a que el diagnóstico de una enfermedad como el cáncer representa un evento inesperado, lo que trae consigo sentimientos de incapacidad para controlar y superar la situación y de incertidumbre sobre lo que vendrá (Instituto Nacional del Cáncer, 2012), aunados a los malestares y experiencias negativas de los tratamientos (Costa *et al.*, 2012), lo que alude a una variedad de estresores físicos, mentales y sociales (Oblitas, 2017; Rincón *et al.*, 2010), y por consiguiente a una mayor percepción de incontabilidad del estrés (Flórez y Sánchez-Aragón, en revisión). Los pacientes con un mayor tiempo de diagnóstico, quienes ya han atravesado las primeras etapas, han quizá conseguido adaptarse a la enfermedad, asimilando los cambios que el cáncer

ha introducido en las distintas esferas de su vida (Brennan, 2001), incluso percatándose de que el estigma de la enfermedad es en cierta forma cuestionable, pues las características de cada paciente, tratamiento y situación son las que realmente definen el proceso y el pronóstico de cada uno.

Por último, respecto a tales diferencias, se halló que en cuanto a la calidad de vida los pacientes con un tiempo de diagnóstico máximo de dos años fueron quienes reportaron sufrir más limitaciones en su función física, rol físico, rol emocional y función social, y más dolor corporal que los pacientes cuyo tiempo de diagnóstico fue superior a los dos años; quienes perciben una mayor vitalidad. Lo anterior puede atribuirse a que, tal como Barnás, Skreć-Magierło, Skreć y Bidziński (2012) explican, las exigencias de la enfermedad durante el tratamiento (p.e., cirugía, terapia adyuvante, quimioterapia, etc.) generan secuelas en la calidad de vida mientras el organismo y la mente se familiarizan con sus efectos. Es así como pueden hallarse indicadores de una reducida calidad de vida, tanto psicológicos (como dificultad para concentrarse y decaídas emocionales) (Calero, Vallejo y Lemus, 2015; Sundaresan *et al.*, 2015) como físicos, que implican dolor, que puede ser posquirúrgico, inducido por las quimioterapias o asociado a la radiotoxicidad, o bien dolor articular inducido por los inhibidores de la aromatasa (Farquhar-Smith y Brown, 2016; Satija *et al.*, 2014), limitando así la funcionalidad del individuo en su vida cotidiana no solo en la esfera física, sino también en la socioemocional. A su vez, aquellos pacientes cuyo tiempo de diagnóstico es mayor han atravesado ya la experiencia del diagnóstico y el tratamiento, adaptándose a una nueva vida, descubriendo, aceptando y venciendo la enfermedad (Calero *et al.*, 2015), con lo que podrían experimentar una mayor tranquilidad, felicidad y energía para afrontar la vida.

En cuanto a la relación entre las variables, se observó en ambos grupos que a una actitud más positiva, más autoconfianza, control interno y esperanza, aunados a una menor percepción de descontrol del estrés y, por tanto, mayor percepción de control, más sentimientos de vitalidad y una menor percepción de limitaciones en el rol emocional y la función social, y que a mayor percepción

de descontrol ante el estrés, más dolor corporal. Esto concuerda con los resultados de Marrero y Carballeira (2010), Zenger *et al.* (2010) y Pastells y Font (2014), según los cuales los pacientes más optimistas valoran más su calidad de vida global que los menos optimistas; muestran menos emociones negativas, como la ira y el miedo; logran continuar con sus actividades cotidianas; perciben una mejor calidad de sus relaciones interpersonales, y tienen mayor experiencia de emociones positivas, lo que favorece su salud mental; los pesimistas, por el contrario, manifiestan una mayor pérdida en el área emocional de su calidad de vida. Por ende, el que los pacientes esperen lo mejor del futuro y consideren que tendrán éxito, se sientan capaces de dominar y resolver problemas difíciles y cumplir sus metas, hará que afronten la enfermedad de manera activa, y dispongan de recursos que actúan como protectores de su calidad de vida y que favorecen su crecimiento personal (Mera y Ortiz, 2012; Park *et al.*, 2013).

En el caso del estrés, la relación observada con la calidad de vida coincide con lo encontrado por Granillo y Sánchez-Aragón (2021) y Atef-vahid *et al.* (2011), quienes reportan que el estrés se relaciona con afectaciones en la calidad de vida, mientras que la capacidad de controlarlo favorece la vitalidad y la reducción de problemas emocionales. De igual modo, Cozzo y Reich (2016) señalan que sentir control sobre las situaciones alrededor de la enfermedad y en otros aspectos de la vida sin comprometer el ánimo, la energía, la concentración, el descanso y la facilidad para resolver problemas o tomar decisiones, favorecen el bienestar psicosocial y la calidad de vida, al contrario de lo que sucede cuando el estrés está presente por periodos prolongados, pues se asocia entonces a sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad, cansancio, incapacidad para relajarse, concentrarse o dormir, dificultad para pensar y tomar decisiones, además de experimentar sentimientos negativos con frecuencia, como nerviosismo, preocupación, tristeza o enojo (Cozzo y Reich, 2016; Gurung, 2013; Lazarus y Folkman, 1984), lo que interfiere con un buen funcionamiento socioemocional y atenta contra la vitalidad (Berra *et al.*, 2012). Sumado a lo anterior, la incontrolabilidad del estrés genera asimismo dolores de cabeza, proble-

mas estomacales, dolor de pecho, espalda y cuello (Bairero, 2018), que, en conjunto con los dolores propios del cáncer, empeoran la calidad de vida y la percepción de salud de quienes lo padecen.

Por último, fue únicamente en el grupo conformado por los pacientes con un tiempo de diagnóstico mayor a dos años en el que se halló que una mayor percepción de descontrol del estrés está relacionada con más limitaciones en el rol físico y la función física, mientras que un mayor control se vincula con menos limitaciones en la función física. Tal relación entre la incontrolabilidad del estrés y las limitaciones en la dimensión física de la calidad de vida también ha sido reportada en estudios sobre otras enfermedades crónicas, como la diabetes (Granillo y Sánchez-Aragón, 2021), lo que puede explicarse considerando los síntomas físicos y psicológicos que hasta ahora se han señalado como consecuencias de la incapacidad para controlar las cosas importantes de la vida, manejar los problemas personales y superar las dificultades cuando algo ocurre de manera inesperada, pues todo ello imposibilita el completo funcionamiento físico del individuo, lo que le genera insatisfacción, deteriora su salud y le impide la realización de sus actividades cotidianas, como subir escaleras, caminar varios metros o hacer esfuerzos moderados o intensos (Bairero, 2018; Lacomba, Casaña, Pérez y Montoya, 2017). En contraste, poder afrontar los problemas y percibir que las cosas ocurren de la manera esperada (es decir, controlar el estrés) (Flórez y Sánchez-Aragón, en revisión), puede generar cierta sensación de placer y equilibrio, así como satisfacción, que motiven al individuo a emprender actividades que le representen un reto, como caminar un poco más, utilizar escaleras o participar en deportes, actividades que han demostrado ser una medida preventiva y de tratamiento en las enfermedades relacionadas con el estrés (Rimmele, Marti, Wirtz, Ehlert y Heinrichs, 2009).

Los resultados de esta investigación aportan información que puede ser de utilidad para los pacientes, las familias y los especialistas de la salud acerca de cómo se comportan las variables psicológicas del optimismo y el estrés en los pacientes oncológicos y la relación que guardan con la salud, medida a partir de la calidad de vida, con lo

cual se pueden diseñar planes de acción que incluyan recomendaciones que consideren la parte psicológica que, a la par del tratamiento médico, permitan que la calidad de vida de los pacientes no disminuya drásticamente tras el diagnóstico, no obstante los cambios y dificultades que implica padecer esta enfermedad.

Pese a lo anterior, hay limitaciones del presente estudio en cuanto que los análisis se efectuaron con datos obtenidos en un primer momento y considerando el cáncer como una enfermedad crónica en general; sin embargo, sus diversos tipos pueden implicar variaciones respecto a los síntomas, los cuidados y el tratamiento.

Considerando lo anterior, se propone explorar si los tipos de cáncer y de tratamientos producen diferencias significativas en las variables psicológicas

relevantes durante la etapa de tratamiento, pero también una vez que se ha superado la enfermedad, cuidando de no caer en cuestionamientos excesivos que pudieran resultar intrusivos a los pacientes y mediante preguntas más específicas, como por ejemplo “¿Qué tipo de cáncer le fue diagnosticado?”, “¿A qué tipo de tratamiento se sometió?”, “¿Cuánto tiempo duró su tratamiento?”, lo cual supone una mayor especificidad en la elaboración de los planes de acción sugeridos anteriormente, ampliando así la investigación multidisciplinaria en el campo de la psicooncología en México, así como el estudio de la participación de quienes fungen como cuidadores, tales como las parejas, quienes también se ven afectadas por esa enfermedad.

AGRADECIMIENTOS

Proyecto de investigación, evaluado, avalado y financiado por la Dirección General de Apoyo al Personal Académico de la Universidad Nacional Autónoma de México a través del PAPIIT IN304919: “Factores protectores y de riesgo a la salud en parejas sanas y con enfermedades crónico-degenerativas”.

Citación: Granillo-Velasco, A.D. y Sánchez-Aragón, R. (2021). Relación del optimismo y el estrés con la calidad de vida en pacientes oncológicos: diferencias por tiempo de diagnóstico. *Psicología y Salud*, Número Especial, 45-56. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i3.2727>.

REFERENCIAS

- Aguirre L., H., Núñez, C., Navarro, A. y Cortés S., S. (2017). Calidad de vida según el estadio del cáncer de seno en mujeres: análisis desde el Fact-B y SF-36. *Psicología. Avances de la Disciplina*, 11(1), 109-120.
- Assad, K.K., Donnellan, M.B. y Conger, R.D. (2007). Optimism: An enduring resource for romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(2), 285-297. Doi: 10.1037/0022-3514.93.2.285.
- Atef-vahid, M., Nasr-Esfahani, M., Saberi, M., NajiIsfahani, H., Reza, M. Yasavoli, M. y Goushegir, S. (2011). Quality of life, religious attitude and cancer coping in a sample of Iranian patients with cancer. *Journal of Research in Medical Sciences*, 16(7), 928-937.
- Ato G., M., López G., J. y Benavente R., A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. Doi: 10.6018/analesps.29.3.178511.
- Bairero A., M.E. (2018). El estrés y su influencia en la calidad de vida. *Revista Médica Multimed*, 21(6), 971-982.
- Barnás, E., Skręć-Magierło, J., Skręć, A. y Bidziński, M. (2012). The quality of life of women treated for cervical cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(1), 59-63. Doi: 10.1016/j.ejon.2011.03.001.
- Berra R., E., Muñoz M., S.I., Vega V., C.Z.; Silva R., A. y Gómez E., G. (2012). Identificación de emociones desde el modelo de Lazarus y Folkman: Propuesta del Cuestionario de Estrés, Emociones y Afrontamiento (CEEAA). *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(3), 1051-1073.
- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer –coping or personal transition? *Psycho-Oncology*, 10, 1-18. Doi: 10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<1:AID-PON484>3.0.CO;2-T.

- Calero S., P., Vallejo- C., L. y Lemus, S. (2015). Cuestionarios para medir la calidad de vida en cáncer de mama. *Revista de Investigación en Salud*, 2, 195-218. Doi: 10.24267/23897325.137.
- Casellas G., A., Vives, J., Font, A. y Ochoa, C. (2016). Positive psychological functioning in breast cancer: An integrative review. *The Breast*, 27, 136-168. Doi: 10.1016/j.breast.2016.04.001.
- Costa R., G., Rodríguez C., A. y Fernández O., P. (2012). Longitudinal assessment of distress and quality of life in the early stages of breast cancer treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(1), 77-83. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01003.x.
- Cozzo C., G. y Reich M., M.M. (2016). Estrés percibido y calidad de vida relacionada con la salud en personal sanitario asistencial. *Psiciencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 8(1), 1-15. Doi: 10.5872/psiciencia.v8i1.186.
- Da-Silva, G. y Dos-Santos, M. (2010). Stressors in breast cancer post-treatment: a qualitative approach. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(4), 688-695. Doi: 10.1590/S0104-11692010000400005.
- Farquhar-Smith P. y Brown, M. (2016). Persistent pain in cancer survivors: pathogenesis and treatment options. *Pain: Clinical Updates*, 24(4), 1-8.
- Flórez R., N. y Sánchez-Aragón, R. (En revisión). Medición del estrés y la rumiación: su percepción de reto vs. amenaza. *Revista CES Psicología*.
- Granillo V., L.F. y Sánchez-Aragón, R. (2021). Altruism, uncontrollability and affectivity in physical health of diabetic patient's partners. En R. Sánchez-Aragón (Ed.): *Diabetes and Couples: Protective and Risk Factors* (pp. 93-114). New York: Springer.
- Grau A., J. (2016). Enfermedades crónicas no transmisibles: Un abordaje desde los factores psicosociales. *Salud y Sociedad*, 7(2), 138-166. Doi: 10.22199/s07187475.2016.0002.00002.
- Gurung, R.A. (2013). *Health psychology: A cultural approach*. Boston, MA: Cengage Learning.
- Hernández- S., R., Fernández C., C. y Baptista L., P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hodges, K. y Winstanley, S. (2012). Effects of optimism, social support, fighting spirit, cancer worry and internal health locus of control on positive affect in cancer survivors: A path analysis. *Stress and Health*, 28(5), 408-415. Doi: 10.1002/smi.2471.
- Instituto Nacional del Cáncer (2012). *Estrés psicológico y el cáncer*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/hoja-informativa-estres>.
- Instituto Nacional del Cáncer (s.f.). Remisión. En INC (Ed.): *Diccionario de cáncer*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/remision>.
- LacombaT., L., Casaña G., S., Pérez M., M. y Montoya C., I. (2017). Estrés, ansiedad y depresión en cuidadores principales de pacientes pediátricos con diabetes mellitus tipo 1. *Calidad de Vida y Salud*, 10(1), 11-22. Recuperado de <http://c.ns.ufo.edu.ar/index.php/cdVUFLO/article/view/144>.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lostanau C., V., Torrejón S., C. y Cassaretto B., M. (2017). Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama. *Actualidades en Psicología*, 31(122), 75-90. Doi: 10.15517/ap.v31i122.25345.
- Marrero Q., R. y Carballeira A., M. (2010). El papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo. *Salud Mental*, 33, 39-46. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000100005.
- Massone, M. y Llull, D. (2015). Análisis de la relación entre optimismo, calidad de vida y estabilidad emocional en personas con cáncer. *Revista de Psicología*, 11(22), 19-29. Recuperado de <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/analisis-relacion-optimismo-calidad-vida.pdf>.
- Mazanec, S., Daly, B., Douglas, S. y Lipson, A. (2010). The relationship between optimism and quality of life in newly diagnosed cancer patients. *Cancer Nursing*, 33(3), 235-243. Doi: 10.1097/NCC.0b013e3181c7fa80.
- Mera, P. y Ortiz, M. (2012). La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. *Terapia Psicológica*, 30(3), 69-78. Doi: 10.4067/s0718-48082012000300007.
- Mishra, S., Scherer, R., Snyder, C., Geigle, P., Berlanstein, D. y Topaloglu, O. (2012). Exercise interventions on health-related quality of life for people with cancer during active treatment. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 15(8), 1-48. Doi: 10.1002/14651858.CD008465.pub2.
- O'Connor, M., Christensen, S., Jensen, A., Moller, S. y Zachariae, R. (2011). How traumatic is breast cancer? Post-traumatic stress symptoms (PTSS) and risk factors for severe PTSS at 3 and 15 months after surgery in a nationwide cohort of Danish women treated for primary breast cancer. *British Journal of Cancer*, 104(3), 419-426. Doi: 10.1038/sj.bjc.6606073.
- Oberreuter E., G., Oliva, C., Contreras R., J. y Cardemil M., F. (2017). Análisis de tiempos de espera en pacientes con cáncer de cabeza y cuello en el Hospital San Juan de Dios. *Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*, 77(2), 144-149. Doi: 10.4067/s0718-48162017000200004.
- Oblitas G., L. (2017). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Boston, MA: Cengage Learning.
- Ochoa A., C. y Casellas G., A. (2017). El cambio vital positivo tras un cáncer: Ingredientes, claves para facilitarlo y efectos sobre el bienestar. *Papeles del Psicólogo*, 38(1), 1-11.

- Organización Mundial de la Salud (2018). *Cáncer*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
- Park, N., Peterson, C. y Sun, J. (2013). La psicología positiva: Investigación y aplicaciones. *Terapia Psicológica*, 31(1), 11-19.
- Pastells P., S. y Font G., A. (2014). Optimismo disposicional y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 11(1), 19-29. Doi: 10.5209/rev_Psic.2014.v11.n1.44914.
- Reche G., C., Tutte V., V. y Ortín M., F. (2014). Resiliencia, optimismo y burnout en judokas de competición uruguayos. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 9(2), 267-279.
- Reich, M. y Remor, E. (2010). Variables psicosociales asociadas con calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con cáncer de mama post-cirugía: una revisión sistemática. *Ciencias Psicológicas*, 4(2), 179-223.
- Reynoso N., N. y Mohar B., A. (2014). El cáncer en México: propuestas para su control. *Salud Pública de México*, 56(5), 418-420. Doi: 10.21149/spm.v56i5.7365.
- Rimmele, R., Marti, B., Wirtz, H., Ehlert, U. y Heinrichs, M. (2009). The level of physical activity affects adrenal and cardiovascular reactivity to psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*, 34(2), 190-88. Doi: 10.1016/j.psyneuen.2008.08.023.
- Rincón F., M., Pérez S.G., M., Borda M., M. y Martín R., A. (2010). Diferencias psicológicas en pacientes con cáncer de mama según el tipo de cirugía mamaria. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 36(4), 359-368. Doi: 10.4321/s0376-78922010000400009.
- Sánchez-Aragón, R. (2018). El inicio y el final de la pareja: Variaciones en admiración, optimismo y pasión romántica. En R. Díaz-Loving, I. Reyes L. y F. López, R. (Eds.): *La Psicología Social en México* (pp. 999-1016). México: AMEPSO.
- Sánchez-Aragón, R., García, M. y Martínez T., B. (2017). Encuesta de salud SF-36: validación en tres contextos culturales de México. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 3(45), 5-16. Doi: 10.21865/RIDEP45.3.01.
- Satija, A., Ahmed, S., Gupta, R., Ahmed, A., Rana, S., Singh, S., Mishra, S. y Bhatnagar, S. (2014). Breast cancer pain management: A review of current and novel therapies. *The Indian Journal of Medical Research*, 139(2), 216-225.
- Shaheen, N., Andleeb, S., Ahmad, S. y Bano, A. (2014). Effect of optimism on psychological stress in breast cancer women. *The Social Science Journal*, 8, 84-90.
- Shofany, C. (2017). Quality of life among chronic disease patients. *Nursing & Care Open Access Journal*, 4(2), 385-394. Recuperado de <http://medcraveonline.com/NCOAJ/NCOAJ-04-00103.pdf>.
- Secretaría de Salud (2014). Ley General de Salud en Materia de Investigación. *Diario Oficial de la Federación*, Ciudad de México, 2 de abril.
- Sociedad Mexicana de Oncología (2016). *Prevención y diagnóstico oportuno en cáncer*. México: Permanyer México.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2007). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Soung, N. y Kim, B. (2015). Psychological stress and cancer. *Journal of Analytical Science and Technology*, 6(30), 1-6. Doi: 10.1186/s40543-015-0070-5.
- Straub, R.O. (2012). *Health psychology. A biopsychosocial Approach*. New York: Worth Publishers.
- Sundaresan, P., Sullivan, L., Pendlebury, S., Kirby, A., Rodger, A., Joseph, D., Campbell, I., Dhillon, H. y Stockler, M. (2015). Patients' perceptions of health-related quality of life during and after adjuvant radiotherapy for T1N0M0 breast cancer. *Clinical Oncology*, 27(1), 9-15. Doi: 10.1016/j.clon.2014.09.007.
- Trucco, M. (2002) Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 40(2), 1-15. Doi: 10.4067/s0717-92272002000600002.
- Berra R., E., Muñoz M., S.I., Vega V, C.Z.; Silva R., A. y Gómez E., G. (2012). Identificación de emociones desde el modelo de Lazarus y Folkman: Propuesta del Cuestionario de Estrés, Emociones y Afrontamiento (CEE). *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(3), 1051-1073.
- Vera V., P. y Celis A., K. (2014). Afecto positivo y negativo como mediador de la relación optimismo y salud: evaluación de un modelo estructural. *Universitas Psychologica*, 13(3), 1017-1026. Doi: 10.11144/Javeriana.UPSY13-3.apnm.
- 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(6), 473-483.
- Zenger, M., Glaesmer, H., Höckel, M. y Hinz, A. (2010). Pessimism predicts anxiety, depression and quality of life in female cancer patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 41(1), 87-94. Doi: 10.1093/jjco/hyq168.

Satisfacción marital en pacientes oncológicos: su relación con los eventos hirientes y la calidez brindada por su pareja

Marital satisfaction in oncology patients: It's relationship with hurtful events and the warmth provided by their partners

Luisa Fernanda Granillo-Velasco y Rozzana Sánchez-Aragón

Universidad Nacional Autónoma de México¹

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

RESUMEN

El cáncer afecta considerablemente la calidad de vida y la salud de quienes lo padecen, así como las de sus parejas. Al ser la pareja un vínculo significativo para las personas, la experiencia de sufrir eventos hirientes (EH) o de calidez durante la interacción cotidiana puede causar satisfacción e insatisfacción entre sus miembros. Así, tanto las percepciones y experiencias del propio paciente oncológico (PO) como de su pareja se vuelven fundamentales al evaluar su relación, por lo que los objetivos del presente estudio fueron el examinar la manera en la que la experiencia de eventos hirientes y la calidez (reportada por el miembro de la pareja sano) afecta la satisfacción con su relación del PO, y explorar las diferencias y similitudes en la experiencia de EH de los PO, la mencionada calidez y la satisfacción con la relación de los PO a partir del tiempo de la misma y de cohabitar con la pareja, el estado civil y el número de hijos. Entre los principales resultados se halló que la presencia de EH se relacionó negativamente con la satisfacción marital, mientras que la calidez lo hizo de manera positiva, y algunas diferencias que evidencian que hay un mayor toque afectivo en las parejas con un menor tiempo de relación. Estos resultados se discuten a la luz de la teoría, mostrando evidencia sobre dichas variables en el contexto relacional.

Palabras clave: Cáncer; Eventos Hirientes; Calidez; Satisfacción marital; Pareja.

ABSTRACT

Cancer affects the quality of life and health of those who suffer from it as well as their partners. Since the couple is a significant bond for people, the experience of hurtful events (HE) or warmth during daily interaction can cause satisfaction and dissatisfaction among its members. Thus, both the perceptions and experiences of cancer patients (CP) and their partners become fundamental in the evaluation of their relationships, so the objectives of this research were: 1) to examine the way in which the experience of HE in the CP and warmth (given by the healthy partner) affects CP satisfaction with their relationship and 2) explore differences and similarities in the experience of HE from CPs, warmth (given by the healthy partner) and satisfaction with the relationship of the CPs based on the time in it, the time of cohabitation with the partner, the marital status and the number of children. Among the main results, it was found that the presence of HE was negatively related to marital satisfaction, while warmth was positively related; and some differences that show there is a

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



greater affective touch in couples with a shorter relationship time. These results are discussed in the light of theory, showing evidence about said variables in the relational context.

Key words: Cancer; Hurtful events; Warmth; Marital satisfaction; Couple.

Desde el siglo pasado se ha considerado el cáncer como un problema importante de salud pública en todo el mundo al ocasionar la pérdida de vidas debida a las deficiencias en las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento de dicha enfermedad, además de cargas económicas, sociales y emocionales de gran magnitud. En México, esta enfermedad ocupa el tercer lugar en mortalidad, la que ha ido aumentando a lo largo de las últimas décadas (Rizo, González, Sánchez y Murguía, 2015).

A pesar de que algunas personas muestran cierta predisposición a la enfermedad, el comportamiento y el estilo de vida son factores que contribuyen en una mayor medida a su aparición (Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno, 2007). Por lo tanto, aspectos vinculados con la cotidianidad, como la familia, el trabajo, la búsqueda de bienestar o satisfacción personal, los logros y el buen establecimiento de relaciones personales resultan relevantes (Sprung, Janotha y Steckel, 2011). De hecho, durante la trayectoria de la enfermedad el paciente y las personas más cercanas pueden presentar modificaciones en su comportamiento y buscar cubrir las demandas del padecimiento, las que pueden variar según diversos elementos, como el grado y el tipo de incapacidad, el pronóstico de vida, el curso de la enfermedad, los protocolos de tratamiento y los síntomas experimentados (Mazzocco, Masiero, Carriero y Pravettoni, 2019). Más específicamente, la pareja proporciona la ayuda y un apoyo emocional tangible al paciente, lo que puede afectar la satisfacción con la relación (Mazzocco *et al.*, 2019; Sprung *et al.*, 2011). Aunado a ello, se ha encontrado que la pareja logra una adaptación más exitosa cuando sus miembros modifican su "intimidad" para incluir y trabajar las dificultades propias de la enfermedad, en vez de evadir posibles situaciones resultantes por las que se atraviesa a partir del padecimiento (Mazzocco

et al., 2019). En este sentido, la enfermedad y las diversas variables propias de la pareja pueden influir en la satisfacción y el mantenimiento de la relación (Armenta, Sánchez-Aragón y Díaz-Loving, 2012; Sprung *et al.*, 2011), lo que a su vez puede afectar de manera considerable la salud física y mental de ambos miembros (Mazzocco *et al.*, 2019).

Así, la satisfacción en la pareja puede definirse como la evaluación que hace un individuo de 1) los sentimientos que le provocan diversos aspectos de su relación, 2) la interacción de los miembros y el tiempo de la relación, y 3) diversos elementos de la relación y la pareja (Armenta *et al.*, 2012).

Cabe mencionar que hay otros aspectos que pueden afectar la satisfacción marital de manera negativa o positiva al resignificar la vida de la pareja en la cotidianidad y marcar las evaluaciones que se hacen del otro miembro y del propio vínculo (Armenta *et al.*, 2012; Granillo y Sánchez-Aragón, 2020). Por un lado, están los eventos hirientes (EH en lo sucesivo), que se relacionan negativamente con la satisfacción (Granillo y Sánchez-Aragón, 2020) y que han sido identificados como transgresiones, devaluaciones relacionales o actos desfavorables que rompen ciertos acuerdos entre la pareja, como humillación, celos, indiferencia, amenazas, acusaciones, rechazo, infidelidad, evitación o violencia verbal o física, lo que trae consigo emociones negativas para la víctima, que se siente herida o lastimada profundamente por su pareja (Leary y Leder, 2009; Vangelisti, 2009).

No obstante, es importante señalar que el impacto con el que es percibido un EH depende de la manera en que la víctima lo conceptualiza, la familiaridad que siente respecto a ese tipo de situaciones y la manera en la que responde ante ello. De esta manera, habrá personas que pueden considerar como fugaz la causa de su dolor por la ocurrencia de un EH, otras que pueden considerarlo como algo grave e irrevocable, y otras más que pueden estar en un punto medio reconociendo que su pareja tuvo la intención de hacerles daño, pero considerando a la vez que es algo que se puede resolver (Bachman y Guerrero, 2006; Feeney, 2004).

Sin embargo, así como los EH han estado relacionados negativamente con la satisfacción de la

pareja (Granillo y Sánchez-Aragón, 2020; Vangelisti y Young, 2000), hay otras variables que pueden afectarla de manera positiva, como la calidez (Ducat y Zimmer-GembeckLi, 2010; Valentine, Li, Meltzer y Tsai, 2020).

La calidez se ha definido como las demostraciones de afecto físico, conductual y verbal y como el acercamiento hacia el otro a través de abrazos, besos y palabras amorosas, así como compartir pensamientos y sentimientos mutuamente (Ducat y Zimmer-GembeckLi, 2010; Zepeda y Sánchez-Aragón, 2019). Es a través de dichas demostraciones afectivas como se va desarrollando, manteniendo y enriqueciendo un vínculo emocional característico, no parecido a ningún otro, conformado por la intimidad y el compromiso entre dos personas (Dibble, Levine y Park, 2012; Sánchez-Aragón, 1995).

Los aspectos que conforman la calidez (contacto físico, afectividad y cercanía) son elementos que han mostrado una asociación positiva con la satisfacción con la relación (Gulledge, Gulledge y Stahmann, 2003; Triscoli, Croy, Olausson y Sailer, 2017) ya que dicha variable es fundamental para toda relación sana, pues favorece el conocimiento y la aceptación, fortalece el vínculo mediante el apoyo y la confianza, y representa el medio idóneo de reconocimiento mutuo, lo que hace posible el cumplimiento de las necesidades emocionales de los miembros de la pareja (Morales, 2016; Zepeda y Sánchez-Aragón, 2019).

Al tratarse de variables propias de las relaciones resultantes de la interacción entre dos personas cuyas particularidades matizan su dinámica, se ha visto que pueden ocurrir variaciones en función del tiempo y, en consecuencia, de la etapa en la que se encuentra la relación (Maureira, 2011; Pérez, Estrada, Pacheco, García y Tuz, 2017; Sánchez-Aragón, 2018). De esta manera, la diada se ve afectada por procesos evolutivos compuestos por el estatus de la relación, el tiempo de vida juntos, e incluso la presencia o ausencia de hijos o el número de estos, todo lo cual permea las prioridades, las funciones y, con ello, la calidad de la relación, lo que provoca cambios en las oportunidades de convivencia, en las relaciones sexuales, en la intimidad y en la manera de expresar

las emociones y sentimientos verbal y físicamente (Sánchez-Aragón, 2018). Igualmente, diversos autores (Maureira, 2011; Sánchez-Aragón, 1995; 2018) han hecho propuestas referentes al ciclo vital de la pareja en cuanto al número de etapas y a las diferencias en el contenido de cada una. En este caso, se toma en consideración la propuesta de Sánchez-Aragón (2018) que considera cuatro etapas: desarrollo, mantenimiento con hijos pequeños, mantenimiento con hijos mayores y disolución o divorcio, siendo esta última una etapa que no necesariamente llegará.

Con base en lo anterior, el presente estudio correlacional (Hernández, Fernández y Baptista, 2014) explora el grado de asociación de la experiencia de EH y la calidez con la satisfacción relacional. Además, es de tipo comparativo (Cozby, 2005), en cuanto que se examina la manera en la que la experiencia de EH y la calidez reportada por el miembro sano de la pareja afecta la satisfacción con su relación del paciente oncológico (PO en lo sucesivo), así como porque explora las diferencias y similitudes en la experiencia de EH de los PO, la calidez reportada por el miembro sano de la pareja y la satisfacción con la relación de los PO a partir del tiempo en ella, el tiempo de cohabitar con la pareja, el estado civil y el número de hijos.

MÉTODO

Participantes

Se integró una muestra no probabilística por conveniencia (Hernández, Fernández y Baptista, 2010) de 194 parejas heterosexuales cuyos miembros debían cumplir con los siguientes criterios de inclusión: ser mayores de 18 años, ser uno de ellos PO, tener una pareja romántica sana con la que se cohabitara, y haber alcanzado una escolaridad mínima de secundaria. En cuanto a los PO, participaron 141 mujeres y 53 hombres, heterosexuales, residentes de la Ciudad de México, cuyas edades oscilaron de 21 a 78 años ($M = 47.98$, $D.E. = 10.44$). En términos de escolaridad, 48 contaban con estudios de secundaria, 57 con preparatoria y 89 con licenciatura. Respecto a su estado civil, 47 de ellos

vivían en unión libre y 147 estaban casados, con un tiempo de relación de 1 año y 2 meses a 53.58 años ($M = 22.96$, $D.E. = 11.59$), y un tiempo de cohabitación de 8 meses a 53.58 años ($M = 21.30$, $D.E. = 11.75$). Del total de la muestra, 24 de los participantes indicaron no tener hijos, mientras que el resto reportó tener de uno a cinco. En relación son las parejas de los PO, participaron 194 personas (53 mujeres y 141 hombres), heterosexuales, residentes en la Ciudad de México, con edades de 18 a 77 años ($M = 49.13$, $D.E. = 10.37$), cuya escolaridad se distribuyó así: 42 indicaron estudios de secundaria, 66 de bachillerato y 86 de licenciatura.

Instrumentos

Indicadores de Satisfacción con la Relación (Sánchez-Aragón, 2013).

Incluye siete reactivos que se evalúan en una escala Likert de cinco opciones de respuesta (1, “Extremadamente mal”, a 5, “Extremadamente bien”) para indicar grado de satisfacción con diferentes aspectos de la relación (“Con mi relación de pareja me siento...”, “Con respecto a la atención que recibo de mi pareja, me siento...”, “Con el respeto que me brinda mi pareja me siento...”, “Con la frecuencia con la que tenemos relaciones sexuales me siento...”, “Con el cariño que recibo de mi pareja me siento...”, “Con las actividades que comparto con mi pareja me siento...” y “Con la calidad de nuestras relaciones sexuales me siento...”).

Batería de Eventos Hirientes (Pérez y Sánchez-Aragón, 2015).

Este instrumento consta de una pregunta de selección múltiple, relativa a haber experimentado alguna situación con su pareja en la que la persona se sintiera herida u ofendida, con las siguientes opciones de respuesta: celos, crítica, indiferencia, infidelidad, decir que ya no le quiere, violencia verbal o física u otra situación u otra

Con el fin de conocer más la muestra de parejas en torno a los EH experimentados, se efectuaron los análisis de frecuencias que se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. Frecuencia de EH reportados por los participantes.

Respuestas	Frec.
<i>He experimentado alguna situación con mi pareja donde me he sentido herido(a) y ofendido(a), como:</i>	
Celos (coquetear con otras personas, establecer contactos con exparejas, etc.).	73
Crítica (burlas, insultarme de modo encubierto o no, hacer comparaciones malintencionadas, humillarme públicamente).	36
Indiferencia (preferir a otras personas o situaciones).	69
Infidelidad	31
Decirme que ya no me quiere, alejarse de mí	20
Ejercer violencia verbal o física	36
Otro	15

Dicha batería integra las siguientes tres subescalas, cuyos reactivos se evalúan en una escala Likert de cinco opciones de respuesta que indican grados de acuerdo:

1) Reacciones emocionales, con siete reactivos, que agrupan cuatro indicadores que explican en conjunto 62.79% de la varianza total, con un coeficiente alfa de Cronbach (α) de 0.83, denominados: *a*) Daño (“¿Cuán herido se sintió?”), *b*) Rechazo (“¿Cuán rechazado por su pareja se sintió?”, “¿Cuán repudiado por su pareja se sintió?”), *c*) Control (“¿Cuánto control sintió que tuvo sobre la situación, en comparación con su pareja?”, “¿Cuánto poder le faltó en la situación, en comparación con su pareja?”), y *d*) Intencionalidad (“¿Usted cree que su pareja tenía la intención de herirlo/lastimarlo?”, “¿Usted cree que su pareja sabía que lo había herido/lastimado?”);

2) Autopercepciones, con diez reactivos, agrupadas en dos factores que explican 52.9% de la varianza: *a*) Positivas (con adjetivos como “atractivo”, “inteligente”...) ($\alpha = 0.91$) y *b*) Negativas (con atributos como “tonto”, “incompetente”...) ($\alpha = 0.92$), y

3) Efectos de los EH, con ocho reactivos, agrupados en dos factores que explican 57.29% de la varianza total: *a*) Efectos sobre sí mismo (“Me hizo menos seguro en situaciones similares

en las que mis sentimientos fueron heridos”), con $\alpha = 0.89$, y *b*) Efectos sobre la relación (“Esto hizo que la relación con mi pareja se debilitara temporalmente”), con $\alpha = 0.87$.

Para medir la calidez se utilizaron las siguientes escalas:

Escala de Toque Afectivo

(Debrot, Schoebi, Perrez y Horn, 2013).

Conformada por seis reactivos en formato tipo Likert con cinco opciones de respuesta (de “Nunca o casi nunca” a “Más de una vez al día”) que indican la frecuencia con la que se realiza alguna interacción física con la pareja, como tomarla de la mano, acostarse junto a ella, darle un masaje, abrazarla o besarla.

Inventario de Afectividad en la Pareja (Sánchez-Aragón, 2018)

Este inventario está compuesto por 42 reactivos con formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos (de “Nunca hago esto” a “Siempre hago esto”), distribuidos en tres factores que explican 68.75% de la varianza: 1) Apoyo ($\alpha = 0.96$), con 14 reactivos, como “Ayudarle con sus problemas” y “Apoyarle cuando lo necesita”; 2) Expresión de amor ($\alpha = 0.96$), con 16 reactivos, como “Tomarle la mano” y “Decirle «te amo»”, y 3) Interacción y Comunicación ($\alpha = 0.94$), con 12 reactivos, como “Decirle que cuidaré de él/ella” y “Tocarle cada vez que puedo”.

Escala de Inclusión del Otro en el Yo (Aron, Aron y Smollan, 1992).

Validada en México por Sánchez-Aragón (1995), consta de un solo reactivo pictórico con respuesta tipo Likert de siete diagramas para indicar el grado de traslape de dos círculos como forma de definir la cercanía percibida en la relación de pareja.

Procedimiento

Los instrumentos fueron aplicados por cuatro psicólogas entrenadas en lugares donde fuera posible encontrar a los participantes, como clínicas, hospitales o albergues. En cada sitio se solicitaba verbalmente la participación voluntaria, confiden-

cial y anónima de personas que cumplieran con los criterios de inclusión y que desearan participar respondiendo la batería de instrumentos. Se resolvieron las dudas en el momento y los resultados fueron puestos a su disposición en caso de que así lo desearan.

Consideraciones éticas

De acuerdo con el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, el presente estudio se consideró de riesgo mínimo debido a que únicamente trata de la aplicación de pruebas psicológicas, para lo cual no se lleva a cabo ninguna manipulación de la conducta de los participantes, a quienes se plantean solamente las preguntas necesarias y se evita indagar en aspectos personales o de cualquier otra índole que nada aporten estadística y científicamente. Además, los participantes firmaron una carta de consentimiento informado verbal en la que se les informó que sus datos serían utilizados con fines científicos y que podían abandonar el estudio en cualquier momento sin consecuencia alguna. Todos los procedimientos se llevaron a cabo considerando el Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010).

Análisis de datos

En cuanto al procedimiento para el análisis de datos, se utilizó el programa estadístico SPSS Statistics. v. 21, mediante el cual se realizó una prueba de normalidad (Kolmogorov-Smirnov) para comprobar el cumplimiento del supuesto de normalidad de las variables estudiadas en la muestra. Dado que dicho principio se cumplió, se utilizó estadística paramétrica, aceptándose la hipótesis nula que indica homogeneidad en las muestras.

A partir de ello, y en busca de cubrir el primer objetivo, se llevó a cabo una correlación producto-momento de Pearson para examinar la relación entre las variables, y después análisis de varianza de una vía con el fin de cumplir el segundo objetivo, orientado a explorar las diferencias entre las variables según el tiempo de relación y de cohabitación, el estado civil y el número de hijos.

RESULTADOS

EH, calidez y satisfacción marital

Se efectuó una correlación producto-momento de Pearson con el fin de examinar la asociación de la experiencia de EH de los PO, la calidez indicada por sus parejas y la satisfacción con la relación.

Los resultados, que se muestran en la Tabla 2, indican que cuando los PO perciben que su pareja tuvo una mayor intención de hacerles daño a través del EH, obtuvieron menos satisfacción con el cariño recibido, las actividades compartidas con la pareja, la relación en general, la calidad de las relaciones sexuales y el respeto brindado por el otro.

Tabla 2. Correlación de la experiencia de EH con la satisfacción con la relación en el PO.

		Satisfacción con...						
		Mi relación de pareja	Atención	Respeto	Frecuencia relaciones sexuales	Cariño	Actividades que compartimos	Calidad relaciones sexuales
Reacciones	Rechazo							
	Control							
	Intención	-.292**	-.272**	-.266**		-.309**	-.294**	-.280**
Autopercepción	Positiva							
	Negativa	-.227**			-.228**	-.223**	-.245**	-.316**
Efectos	En sí mismo	-.223**		-.217**		-.203**	-.229**	-.206**
	En la relación	-.265**	-.309**	-.267**		-.255**	-.268**	

** Correlación significativa al nivel de 0.01 (bilateral)

De manera similar, se observó que cuando el EH propiciaba una mayor autopercepción negativa en el PO, se favorecía una menor satisfacción respecto a la calidad de las relaciones sexuales y las actividades compartidas en pareja, seguida por la frecuencia con la que se tenían relaciones sexuales, con la relación en general y con el cariño recibido por la pareja. En la medida en que los PO experimentaban más efectos negativos en sí mismos, ocasionando con ello que sintieran decaer su autoestima, más inseguridad y vulnerabilidad de ser lastimados posteriormente), experimentaban menor satisfacción en las actividades realizadas en pareja, en la relación en general, en el respeto brindado por el otro, en la calidad de las relaciones sexuales y en el cariño ofrecido por la pareja.

Por último, los hallazgos indicaron que cuando los PO percibían más daño en su relación por el EH —es decir, un debilitamiento temporal o definitivo y más sentimientos de desconfianza hacia la pareja— mostraban una menor satisfacción con la atención recibida del otro, con las actividades

conjuntas, con el respeto brindado por la pareja, con la relación y al cariño recibido (ver Tabla 2).

Por otra parte, respecto a la asociación entre la calidez proveniente de la pareja (contacto afectivo, afectividad y cercanía) y la satisfacción que el PO tiene con su relación, los datos indican que a mayor contacto afectivo (besar, abrazar y tocar zonas erógenas del cuerpo), mayor apoyo brindado en momentos de necesidad, mayor expresión de amor y mejor interacción y comunicación, esto es, que la satisfacción con todas las áreas exploradas se ve beneficiada. Particularmente, se observó que la satisfacción con la relación, con la atención, el respeto y cariño del PO se beneficiaba principalmente del apoyo que su pareja le daba; la satisfacción con la frecuencia y calidad de las relaciones sexuales del paciente fue enriquecida básicamente por la cercanía y la satisfacción con las actividades compartidas, favorecidas por la interacción y la comunicación entre el paciente y su pareja (Tabla 3).

Tabla 3. Correlación de la calidez proveniente de la pareja y la satisfacción con la relación en el PO.

		Satisfacción con...						
		Mi relación de pareja	Atención	Respeto	Frecuencia relaciones sexuales	Caríño	Actividades que compartimos	Calidad relaciones sexuales
Proveniente de la pareja	Contacto afectivo	.296**	.315**	.229**	.280**	.242**	.233**	.317**
	Apoyo	.310**	.317**	.248**	.230**	.267**	.236**	.242**
	Expresión de amor	.236**	.273**		.234**	.208**	.220**	.259**
	Interacción y comunicación	.298**	.259**	.202**	.254**	.216**	.267**	.315**
	Cercanía	.237**	.203**		.399**	.194**	.237**	.401**

** Correlación significativa al nivel de 0.01 (bilateral).

Tiempo de la relación

Posteriormente y con el fin de satisfacer el segundo objetivo, orientado a explorar las diferencias en la experiencia de EH, la calidez por parte de la pareja y la satisfacción con la relación en los PO tomando como variable de clasificación el tiempo de la misma, se realizaron cortes equivalentes a la muestra considerando el 33% del total de los participantes. Así, quedaron tres grupos: 1) de 14 meses a 18.41 años, 2) de 18.75 a 26.91 años, y 3) de 27 a 53.58 años, mismos que se utilizaron para realizar un análisis de varianza de una vía.

Los resultados indican semejanza en los grupos respecto a la experiencia de EH, la calidez –excepto para el instrumento de toque afectivo– y la satisfacción marital. Tales diferencias estadísticamente significativas mostraron un mayor toque afectivo brindado por las parejas de los PO del grupo 1 con un tiempo de relación más corto ($M = 3.39$, D.E. = 1.02, $n = 61$), en comparación con el grupo 3, con una relación de más tiempo ($M = 2.70$, D.E. = 1.39, $n = 66$), en cuanto a la frecuencia con la que indicaron tomar de la mano a la pareja, abrazarla, besarla, darle masajes y tener sexo, siendo de $F(2[15.33] = 4.98, p = 0.00)$ el tamaño del efecto.

Tiempo de vivir juntos

Además, se llevó a cabo un análisis de varianza de una vía utilizándose grupos realizados a partir de cortes equivalentes a la muestra, considerando 33% según el tiempo que tenían las parejas de vi-

vir juntas. Se obtuvieron tres grupos: 1) de 8 meses a 16.16 años, 2) de 16.66 a 25.25 años, y 3) de 25.50 a 53.58 años. A partir de ello, los resultados fueron similares a los del tiempo en la relación indicados anteriormente; es decir, se observó similitud respecto a la experiencia de EH, la calidez (excepto para el instrumento de toque afectivo y el factor de expresión de amor) y la satisfacción marital. Las diferencias estadísticamente significativas obtenidas para la calidez en la parte de toque afectivo señalaron que los participantes del grupo 1, con un tiempo de vivir juntos más corto ($M = 3.33$, D.E. = 1.16, $n = 63$) indicaron tocar a su pareja en mayor medida, tomándola de la mano, abrazándola, dándole masajes y teniendo relaciones sexuales con ella, en comparación con el grupo 3, con un tiempo de cohabitación mayor ($M = 2.54$, D.E. = 1.40, $n = 64$) y con un tamaño del efecto de $F(2, 21.97) = 7.31, p = 0.00$, quienes indicaron cohabitar con su pareja desde hacía más tiempo.

Del mismo modo, se observaron diferencias estadísticamente significativas respecto al factor de expresión de amor, perteneciente a la variable de afectividad, que indican que el grupo 2 ($M = 4.12$, D.E. = 0.89, $n = 64$) refirió realizar en mayor medida acciones con su pareja, tales como tomarla de la mano y decirles “Te amo”, en comparación con el grupo 3 ($M = 3.62$, D.E. = 1.16, $n = 64$), con un tamaño del efecto de $F(2, 9.42) = 4.40, p = 0.01$, quienes llevaban más tiempo viviendo con su pareja.

Estado civil

En cuanto a la búsqueda de diferencias por estado civil, se efectuó una prueba *t* de Student para muestras independientes, en la cual no se encontraron diferencias significativas al nivel de $p < .05$, pero sí similitudes en todas las variables estudiadas.

Número de hijos

Finalmente, se efectuó un análisis de varianza de una vía con el fin de examinar las diferencias en la experiencia de EH por el PO, la calidez por parte de la pareja de los PO y la satisfacción con la relación en estos mismos participantes, en función del número de hijos reportado. Con base en ello, se conformaron tres grupos: 1) participantes sin hijos, 2) participantes con uno o dos hijos y 3) participantes con tres o más hijos. Los hallazgos muestran similitud en cuanto a la experiencia de EH, la calidez –excepto para el factor de la expresión de amor– y la satisfacción marital. Así, las diferencias estadísticamente significativas para la expresión de amor, con un tamaño del efecto de $F(2, 8.80) = 3.91, p = 0.02$), muestran que las parejas de los PO del grupo 2 ($M = 4.05, D.E. = 1.02, n = 73$) indicaron expresarles amor con acciones tales como tomarlos de la mano y decirles “Te amo” en mayor medida que las parejas de los PO del grupo 3 ($M = 3.55, D.E. = 1.19, n = 52$).

DISCUSIÓN

La presente investigación se orientó, en primer lugar, a examinar la relación de la experiencia de EH de los PO y la calidez proveniente de sus parejas en su satisfacción con la relación. Previamente a los análisis de correlación, se registraron las frecuencias de los principales EH experimentados por las parejas participantes de esta investigación, encontrándose que lo que más habían vivido los PO eran celos, indiferencia, crítica, violencia e infidelidad, seguidos por el alejamiento y otras razones, lo que implica que en estas parejas los EH mencionados se unen a la experiencia del cáncer, con sus posibles consecuencias emocionales en el estado de salud del PO (Badr, 2017; Mazzocco *et al.*, 2019;

Sprung *et al.*, 2011). En este mismo tópico, y tras los análisis pertinentes, se observó que una mayor intención percibida de herir o hacer daño ante un EH se relacionó con una menor satisfacción con el cariño recibido y con las actividades compartidas con la pareja, así como con una menor satisfacción con la relación en general, con la calidad de las relaciones sexuales y con el respeto brindado por el otro. Respecto a esto, Vangelisti y Young (2000) señalan que quienes valoran como intencional un comportamiento negativo del otro pueden tener una visión diferente del impacto de dicho EH en la relación con tal persona. Aquí, los individuos evalúan dicha intencionalidad a partir de diversos elementos (voluntad a realizar el comportamiento, previsión o planificación y conocimiento de las consecuencias) para considerar como fugaz o como grave e irrevocable la causa de su dolor (Bachman y Guerrero, 2006; Feeney, 2004). De esta manera, la forma en que las personas perciben el comportamiento del otro en las relaciones de pareja está asociado con sus sentimientos dentro de la relación, de modo que quienes interpretan dicha acción de una manera que favorece la relación tienden a estar más satisfechas que aquellos que se centran en los aspectos negativos, manteniendo sentimientos de angustia ante el pensamiento de posible intencionalidad, provocando insatisfacción en la relación, y sintiéndose además menos cerca de su pareja (Feeney, 2004; Granillo y Sánchez-Aragón, 2020; Vangelisti y Young, 2000). Debe decirse que todo lo anterior puede verse magnificado debido a la presencia del padecimiento, el cual se ha encontrado íntimamente relacionado con las emociones del PO y en sus relaciones interpersonales, principalmente con la pareja (Badr, 2017; Sprung *et al.*, 2011). De igual manera, la satisfacción y los EH pueden funcionar de manera bidireccional en virtud de que es poco probable que las personas que se encuentren muy satisfechas con su relación busquen distanciarse de la misma después de un evento negativo, no obstante haberlo percibido como hiriente (Vangelisti y Young, 2000).

En congruencia con lo anterior, se halló que una mayor autopercepción negativa de los PO al haber experimentado EH dentro de su relación se asoció con una menor satisfacción respecto a la

calidad de las relaciones sexuales y las actividades compartidas en pareja, seguido por una menor satisfacción con la frecuencia con la que mantienen relaciones sexuales, con la relación en general y con el cariño recibido de la pareja. Respecto a esto, Granillo, Sánchez-Aragón y Gómez (2020), al igual que Vangelisti (2009), citan hallazgos en los que se observa que las transgresiones tienden a causar daño físico o psicológico en diversos niveles dentro de una relación de pareja; al ser consideradas como una lesión personal, pueden provocar un efecto desfavorable a la autoestima debido a que amenazan los modelos mentales positivos propios del individuo, resultando en que la persona —en este caso el PO— se sienta insuficiente respecto a su capacidad para lograr cubrir sus propias necesidades y las del otro miembro de la relación. Esto último es algo de suma importancia en la satisfacción marital (Granillo y Sánchez-Aragón, 2020; Romero, Galicia y Del Castillo, 2017) teniendo en cuenta que la capacidad para destruir ese sentido de seguridad por lo sucedido está relacionado con las opiniones que se tengan sobre uno mismo con anterioridad y con el tipo de relación que se tenga con el otro (Shaver, Mikulincer, Lavy y Cassidy, 2009; Vangelisti, 2009), sumado a que el PO y su pareja atraviesan por una situación que por sí misma ya conlleva diversas implicaciones físicas, psicológicas y sociales, lo que puede contraponerse a un adecuado ajuste emocional (Sprung *et al.*, 2011).

Además, cuando los PO perciben inseguridad, un decaimiento de su autoestima, vulnerabilidad a ser lastimados nuevamente, percepción de que se afecta la relación, provocando con ello su debilitamiento temporal o definitivo, así como sentimientos de desconfianza hacia la pareja después de haber atravesado por un EH, muestran menos satisfacción con la atención recibida, las actividades realizadas en pareja, la relación en general, el respeto brindado por el otro, seguidos por una menor satisfacción respecto a la calidad de las relaciones sexuales y el cariño ofrecido por la pareja. Concerniente a esto, autores como Mazocco *et al.* (2019) y Rizo *et al.* (2015) señalan que la autoestima de los PO puede verse deteriorada como consecuencia de los tratamientos y sus efectos secundarios, los posibles cambios físicos y la

incertidumbre ante la evolución de la enfermedad, maximizando además los sentimientos ante diversas experiencias de la vida diaria y, por supuesto, las relacionadas con la interacción de pareja. Además, se ha comprobado el impacto personal asociado a la ocurrencia de un EH como consecuencia del daño al sentido de seguridad de una persona, así como a la manera de pensar u opinar sobre sí mismo y los demás, lo que resulta en la expresión de sentimientos negativos, como dolor, ira, tristeza y angustia (Leary y Leder, 2009; Vangelisti, 2009). por solo mencionar algunos. De esta manera, los sentimientos negativos desestabilizan la relación (Romero *et al.*, 2017) y afectan la satisfacción que los PO sienten respecto a lo que reciben y comparten con su pareja (Lavner y Bradbury, 2012).

Por otra parte, respecto a la relación de la calidez (contacto afectivo, afectividad y cercanía) provista por la pareja para la satisfacción del PO con su vínculo, se observó que un mayor contacto afectivo mediante besos, abrazos y tocamientos de zonas las erógenas del cuerpo se traducen en un mayor apoyo brindado en momentos de necesidad y una mayor expresión de amor con acciones como tomarle la mano a la pareja y decirle que se le ama, así como una mayor interacción y comunicación indicados por las parejas de los pacientes se relaciona con una mayor satisfacción en todas las áreas examinadas en el presente estudio. Dichos hallazgos se ven apoyados por Armenta *et al.* (2012) y Otero y Flores (2016), quienes indican que la satisfacción marital puede apreciarse a través de un modelo multidimensional que incluye elementos intercambiados mediante la convivencia que permiten el conocimiento de la pareja, la intimidad y el acercamiento, y contribuyen a que sus miembros se perciban con cercanía y manifiesten su afecto física y verbalmente, lo que resulta positivo en la satisfacción con la relación. Asimismo, el tiempo compartido, el conocimiento mutuo, las muestras de apoyo, confianza y afecto, son aspectos considerados por las personas para indicar una conexión especial entre los miembros de la pareja (Dibble *et al.*, 2012; Granillo y Sánchez-Aragón, 2021) y que, sumados a diversas manifestaciones de amor que resulten en que el PO se sienta querido y valorado por el otro, favorecen

una relación sana de aceptación y vínculos fortalecidos que van de la mano con una satisfacción marital positiva (Morales, 2016; Zepeda y Sánchez-Aragón, 2019).

Aunado a lo anterior, se notó particularmente que el apoyo brindado en momentos importantes por las parejas de los PO favorece la satisfacción de estos últimos con la atención, el respeto y el cariño brindado por sus parejas, mientras que una mayor interacción y comunicación entre el PO y su pareja se relaciona con una mayor satisfacción en el PO en cuanto a las actividades compartidas. Aunado a esto, Morales (2016) y Guerrero, Andersen y Afifi (2018) indican que el afecto presente en el sustento, la ayuda y la protección al PO por parte de su pareja refleja también aceptación y produce bienestar, expresión de amor e inmediatez (*cf.* Perales, Jiménez y Sánchez-Aragón, 2014). En dichos elementos se encuentra inmerso también el respeto interpersonal, lo que contribuye a la armonización de los derechos propios y los de la otra persona, indispensable para una relación funcional y satisfactoria (Capafóns y Sosa, 2015). Resulta así que la afectividad física y verbal, el apoyo y la cercanía favorecen la calidez en la relación y, con ello, la aceptación y el respeto de la pareja que, finalmente, se traduce en satisfacción (Capafóns y Sosa, 2015; Morales, 2016; Zepeda y Sánchez-Aragón, 2019).

La cercanía en la relación percibida por los participantes se vincula principalmente con la satisfacción respecto a la frecuencia y calidad de las relaciones sexuales, lo que es congruente con la visión de que la cercanía proporciona una interconexión particular entre los miembros de la relación, punto este que se ve apoyado por Ortega (2012) y Pérez *et al.* (2017), quienes encontraron que variables relacionales y de afecto, como las demostraciones de cariño y afectividad en el grado deseado entre la pareja son predictores importantes de la satisfacción sexual positiva, un componente básico de la sexualidad en la pareja que favorece la interacción.

En lo que respecta al segundo objetivo, encaminado a examinar las diferencias en la experiencia de EH, la calidez brindada por parte de las parejas de los PO y la satisfacción marital en estos últimos a partir del tiempo de relación, el tiempo

de vivir juntos, el estado civil y el número de hijos, se obtuvieron algunos resultados interesantes que se discuten a continuación.

En cuanto a la experiencia de EH, se observó que los pacientes indican de forma semejante la percepción de rechazo por parte de la pareja, los sentimientos de control ante la situación, la intencionalidad, los cambios en su autopercepción positiva o negativa, las afectaciones personales (decaimiento de la autoestima, inseguridad y vulnerabilidad) y relacionales (desconfianza del otro, debilitamiento temporal o definitivo de la relación), sin importar el tiempo de relación y de vivir con la pareja, el estado civil ni el número de hijos. Ello se explica porque los EH son situaciones negativas que pueden ocurrir en cualquier momento y en diferentes relaciones interpersonales (pareja, amigos, hermanos, etc.); sin embargo, son eventos más vinculados al tipo de relación y a la cercanía percibida por el otro (Vangelisti, 2009), así como a la percepción de cada persona respecto a la magnitud del daño que pueden llegar a causar (Bachman y Guerrero, 2006; Feeney, 2004) y los comportamientos de los involucrados en la situación (Shaver *et al.*, 2009; Vangelisti, 2009) y no tanto con el tiempo que tenga la relación. Si bien la personalidad y la forma de reacción o afrontamiento ante los conflictos son aspectos individuales que influyen en la interacción con los otros, no dependen de esta (Gaviria *et al.*, 2007; Romero *et al.*, 2017). De igual forma, los hallazgos en cuanto a los hijos pueden explicarse debido a que los EH involucran a los miembros de la pareja en cuanto a la propia percepción de cada uno, y que tienen que ver con variables de tipo individual, como la autoestima, la autopercepción, la confianza y la seguridad (Feeney, 2004; Vangelisti, 2009), por lo que los hijos pueden estar involucrados en algún conflicto debido a ciertos aspectos relacionados con la crianza (Estévez, 2013; Rivera-Aragón y Díaz-Loving, 2002). No obstante, el número de hijos puede no representar un cambio en dichas percepciones o maneras de ajuste psicológico ante un conflicto con la pareja y la satisfacción marital propiamente (Guzmán y Contreras, 2012).

En cuanto a la calidez (contacto afectivo, afectividad y cercanía), las parejas de los pacientes reportaron de manera semejante el apoyo brindado

y la interacción y comunicación con sus parejas mediante detalles y halagos, sin importar el tiempo de relación y de cohabitación con su pareja, el estado civil ni el número de hijos. A este respecto, se ha hallado que las demostraciones de afecto en sus diversas formas son fundamentales en toda relación sana y duradera debido a que favorece el fortalecimiento de los vínculos y, con ello, el reconocimiento mutuo dentro de la pareja (Morales, 2016; Zepeda y Sánchez-Aragón, 2019). Además, se ha encontrado que una vez establecida la relación, lo que adquiere importancia es lograr que permanezca y se prolongue lo más posible, lo que hace que las personas utilicen diversas estrategias, como las demostraciones de afecto y calidez a través del apoyo, los halagos y las expresiones de amor verbales y físicas, siendo necesarios tales elementos para ese propósito al lograr que el PO se sienta aceptado, querido y valorado por el otro, lo que fortalece el referido vínculo (Guerrero *et al.*, 2018; Zepeda y Sánchez-Aragón, 2019).

Por último, en cuanto a la satisfacción marital, los resultados fueron parecidos, es decir, los PO, sin importar el tiempo de su relación de pareja, mostraron de igual manera sentirse satisfechos con la relación en general, la atención, el respeto y el cariño recibidos por la pareja, así como con las actividades compartidas y la calidad y frecuencia de las relaciones sexuales. A ese respecto, Armenta *et al.* (2014) y Sánchez-Aragón (2018) señalan ciertas características esperadas en cada momento durante el desarrollo de la relación; sin embargo, la percepción de dichos momentos no es la misma para ambos miembros debido a que cada uno interpreta y vive la relación de manera única según las experiencias y expectativas individuales. No obstante, cuando estas diferencias se ven minimizadas, las parejas se sienten más satisfechas con su relación (Armenta *et al.*, 2014). Esto último puede explicar los resultados obtenidos al considerar que la mayoría de los PO indicaron tener relaciones de varios años; el haber alcanzado estadios más avanzados de la relación habían logrado cierta estabilidad, lo que contribuye a la minimizar los momentos antes descritos y, con ello, lograr satisfacción y un bienestar constante (Estévez, 2013; Nina, 2011).

Sin embargo, las diferencias significativas se encontraron en la calidez. Para el toque afectivo se observó que las parejas de los PO con un menor tiempo de relación mostraron tomar de la mano, besar y abrazar en mayor medida a los PO que quienes tenían una relación más duradera. Lo mismo ocurrió en cuanto al tiempo de cohabitación: en las parejas que llevaban viviendo juntas un tiempo intermedio (grupo 2) se observó un contacto afectivo más frecuente que en quienes llevaban más tiempo. Por último, referente a la expresión de amor, se pudo apreciar que las parejas de los participantes con un tiempo intermedio de vivir en pareja indicaron tener más expresiones amorosas que quienes tenían más tiempo. Asimismo, fueron las parejas con dos hijos las que indicaron tener más de tales expresiones que quienes tenían tres o más hijos. Ya Maureira (2011) y Sánchez-Aragón (2018) han señalado que el componente romántico de la relación conformado por conductas de intimidad y pasión puede disminuir significativamente con el paso del tiempo, la costumbre y la disminución de los deseos por conquistar al otro. Así, aunque se ha visto que la parte afectiva es un elemento crucial de la relación de pareja, es posible que algunos aspectos, como el afecto físico, disminuyan debido a los cambios en la vida de la pareja: el arribo de los hijos y las demandas que ello implica, lo que da paso a una renegociación del estilo de vida y de las pautas de interacción de los miembros de la relación (Armenta *et al.*, 2012; Pérez *et al.*, 2017). De esta manera, los presentes hallazgos concuerdan con lo descrito acerca de las etapas de la pareja de Sánchez-Aragón (2018), quien apunta que las parejas con hijos priorizan los aspectos relacionados con el desarrollo, el cuidado y la educación de los mismos, y buscan además equilibrar los tiempos destinados al trabajo, el hogar y, por supuesto, la pareja. Sin embargo, con la llegada de los hijos la pareja tiene menos tiempo para compartir y, por ende, experimenta una disminución o la falta de intimidad (Sánchez-Aragón, 1995, 2018). Aun cuando los hijos crezcan, la pareja sigue afrontando diversos retos relativos a su crianza y experimentando cambios y posibles pérdidas económicas, sociales y biológicas al tratar de adecuarse a las demandas de aquellos y per-

cibiendo por ello una menor satisfacción marital (Armenta *et al.*, 2012; Sánchez-Aragón, 2018). Con base en lo anterior, la llegada de los hijos es una etapa destacada en la relación de pareja, y puede ser más demandante conforme el número de hijos aumenta (Sánchez-Aragón, 1995).

En conclusión, los presentes resultados evidencian que la satisfacción con la relación se asocia con variables negativas (presencia de EH dentro de la pareja) y positivas (afectividad, toque afectivo y cercanía entre sus miembros). Además, la calidez favorece una mayor satisfacción con la relación en los distintos ámbitos que incluye, ocurriendo lo contrario cuando de un EH se trata.

Respecto a las limitaciones de este estudio, debe resaltarse que los datos aquí presentados muestran el análisis de la información obtenida considerando al cáncer como un padecimiento gene-

ral, sin diferenciar los diversos tipos de la enfermedad y las posibles variaciones que puede haber sobre el tiempo de diagnóstico y el tratamiento. Además, otras características individuales de la muestra, como la edad de los participantes y el sexo, no fueron consideradas debido a que se buscó centrar el estudio en variables relacionales para el cumplimiento de los objetivos planteados.

Por lo anterior, se propone continuar el estudio de las variables señaladas en personas con otros padecimientos debido a que las condiciones y el contexto en el que se vive cuando se sufre una enfermedad pueden afectar otras variables individuales y relacionales presentes en el citado vínculo. Aunado a ello, se pretende continuar trabajando con los datos obtenidos a fin de elaborar materiales de apoyo para las parejas que conviven con el cáncer.

AGRADECIMIENTOS

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

Citación: Granillo-Velasco, L.F. y Sánchez-Aragón, R. (2021). Satisfacción marital en pacientes oncológicos: su relación con los eventos hirientes y la calidez brindada por su pareja. *Psicología y Salud*, Número Especial, 57-70. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i3.2728>.

REFERENCIAS

- Armenta H., C., Sánchez-Aragón, R. y Díaz-Loving, R. (2012). ¿De qué manera el contexto afecta la satisfacción con la pareja? *Summa Psicológica*, 19(2), 51-62.
- Armenta H., C., Sánchez-Aragón, R. y Díaz-Loving, R. (2014). Efectos de la cultura sobre las estrategias de mantenimiento y satisfacción marital. *Acta de Investigación Psicológica*, 4(2), 1572-1584.
- Aron, A., Aron, E.N. y Smollan, D. (1992). Inclusion of Other in the Self Scale and the structure of interpersonal closeness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(4), 596-612. Doi: 10.1037/0022-3514.63.4.596.
- 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.
- Badr, H. (2017). New frontiers in couple-based interventions in cancer care: refining the prescription for spousal communication. *Acta Oncologica*, 56(2), 139-145. Doi: 10.1080/0284186X.2016.1266079.
- Capafóns J., I. y Sosa C., D. (2015). Relaciones de pareja y habilidades sociales: El respeto interpersonal. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 23(1), 25-34.
- Cozby, P. (2005). *Methods in Behavioral Research*. New York: McGraw-Hill.
- Debrot, A., Schoebi, D., Perrez, M. y Horn, A.B. (2013). Touch as an interpersonal emotion regulation process in couples' daily lives: The mediating role of psychological intimacy. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 39(10), 1373-1385. Doi: 10.1177/0146167213497592.

- Dibble, J.L., Levine, T.R. y Park, H.S. (2012). The Unidimensional Relationship Closeness Scale (URCS): Reliability and validity evidence for a new measure of relationship closeness. *Psychological Assessment*, 24(3), 565-572. Doi: 10.1037/a0026265.
- Ducat, W.H. y Zimmer-Gembeck, M.J. (2010). Romantic partner behaviors as social context: Measuring six dimensions of relationships. *Journal of Relationships Research*, 1(1), 1-16. Doi: 10.1375/jrr.1.1.1.
- Estévez C, J.L. (2013). *La pareja: un análisis cualitativo de su relación basada en apego y/o desapego, por etapas que integran el lado oscuro del ciclo de acercamiento-alejamiento de Díaz-Loving*. Tesis inédita de doctorado. México: Universidad Iberoamericana. Recuperado de <http://ri.ibero.mx/bitstream/handle/ibero/598/015792s.pdf?sequence=1>.
- 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.
- Gaviria G., A.M., Vinaccia A., S., Riveros J., M.F. y Quiceno S., J.M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, 20, 50-75.
- Granillo V., L.F. y Sánchez-Aragón, R. (2020). Deteriorando la salud en pareja. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 2(2), 203-215. <https://revistacneip.org/index.php/cneip/article/view/107>.
- Granillo V., L.F., Sánchez-Aragón, R. y Gómez B., G.A. (2020). Eventos hirientes, amor compasivo y calidad de vida en parejas con cardiopatía. *Psicumex*, 10(2), 45-70. Doi: 10.36793/psicumex.v10i2.350.
- Granillo V., L.F. y Sánchez-Aragón, R. (2021). Altruism, uncontrollability and affectivity in physical health of partners of patients with diabetes. En R. Sánchez-Aragón (Ed.): *Diabetes and couple relationships: Protective and risk factors* (pp. 93-114). New York: Springer International Publishing.
- Guerrero, L.K., Andersen, P.A. y Afifi, W.A. (2018). *Close Encounters: communication in relationships*. Townsend Oaks, CA: Sage Publications.
- Gulledge, A.K., Gulledge, M.H. y Stahmann, R.F. (2003). Romantic physical affection types and relationship satisfaction. *The American Journal of Family Therapy*, 31(4), 233-242. Doi: 10.1080/01926180390201936.
- Guzmán G., M. y Contreras G., P. (2012). Estilos de apego en relaciones de pareja y su asociación con la satisfacción marital. *Psykhé*, 21(1), 69-82. Doi: 10.4067/S0718-22282012000100005.
- Hernández S., R., Fernández C., C. y Baptista L., P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Lavner, J.A. y Bradbury, T.N. (2012). Why do even satisfied newlyweds eventually go on to divorce? *Journal of Family Psychology*, 26(1), 1-10. Doi: 10.1037/a0025966.
- Leary, M. y Leder, S. (2009). The nature of hurt feelings: Emotional experience and cognitive appraisals. En A. Vangelisti (Ed.): *Feeling hurt in close relationships* (pp. 15-33). Cambridge (UK): Cambridge University Press.
- Maureira C., F. (2011). Los cuatro componentes de la relación de pareja. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(1), 321-332.
- Mazzocco, K., Masiero, M., Carriero, M.C. y Pravettoni, G. (2019). The role of emotions in cancer patients' decision-making. *Ecancermedicalscience*, 13, 1-22. Doi: 10.3332/ecancer.2019.914.
- Morales T., D.M. (2016). *Afecto y relación de pareja*. Tesis inédita de licenciatura. Ciudad de Guatemala: Universidad Rafael Landívar.
- Nina E., R. (2011). ¿Qué nos mantiene juntos? Explorando el compromiso y las estrategias de mantenimiento en la relación marital. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 13(2), 197-220.
- Ortega R., J. (2012). El vínculo de pareja: Una posibilidad afectiva para crecer. *Revista Electrónica Educare*, 16(Núm. Esp.), 23-30. Doi: 10.15359/ree.16-Esp.3.
- Otero R., M.D.P. y Flores G., M.M. (2016). Funcionamiento familiar como predictor de la satisfacción marital en hombres y mujeres. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 21(2), 141-152. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29248181004>.
- Perales G., V., Jiménez R., B. y Sánchez-Aragón, R. (2014). Validación en México de la escala para medir las conductas no verbales de inmediatez afectiva hacia la pareja. En R. Díaz-Loving, S. Rivera-Aragón, I. Reyes-Lagunes y M. M. Flores-Galaz (Eds.): *La Psicología Social en México* (pp. 627- 632). México: AMEPSO.
- Pérez A., G.I., Estrada C., S., Pacheco Q., L.V., García R., L. y Tuz S., M.Á. (2017). Bienestar psicológico y satisfacción sexual en personas de 40 a 70 años de edad. *Revista Iberoamericana de las Ciencias Sociales y Humanísticas*, 6(11). Doi: 10.23913/ricsh.v6i11.115.
- Pérez P., A. y Sánchez-Aragón, R. (2015, octubre). Eventos hirientes en la relación de pareja (Conferencia). *Memorias del XXIII Congreso Mexicano de Psicología*. Cancún, Q.R., México.
- Rivera-Aragón, S. y Díaz-Loving, R. (2002). *La cultura del poder en la pareja*. México: Porrúa/UNAM.
- Rizo R., P., González R., A., Sánchez C., F., y Murguía M., P. (2015). Tendencia de la mortalidad por cáncer en México: 1990-2012. *Evidencia Médica e Investigación en Salud*, 8(1), 5-15.

- Romero P., A., Galicia N., V.V. y Del Castillo A., A. (2017). La satisfacción con la relación de pareja en la actualidad. *Educación y Salud. Boletín Científico de Ciencias de la Salud del ICSA*, 5(10). Doi: 10.29057/icsa.v5i10.2535.
- Sánchez-Aragón, R. (1995). *El amor y la cercanía en la satisfacción de pareja a través del ciclo de vida*. Tesis inédita de doctorado. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de <http://132.248.9.195/pmig2016/0230150/Index.html>.
- Sánchez-Aragón, R. (2013). Comunicación emocional, cercanía y satisfacción en las relaciones amorosas. En A. García, J. Wilson y F. Pereira (Eds.): *Relacionamento Interpessoal* (pp. 173-183). Vitória, Espírito Santo (Brasil): Centro Internacional de Pesquisa do Relacionamento Interpessoal.
- Sánchez-Aragón, R. (2018). Afectividad y co-regulación en la pareja: validación de un inventario y cambios a través del ciclo vital. *Revista do Psicologia e Educação On-Line*, 1(1), 58-69.
- Shaver, P., 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. Vangelisti (Ed.): *Feeling hurt in close relationships* (pp. 92-119). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2010). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Sprung, B.R., Janotha, B.L. y Steckel, A.J. (2011). The lived experience of breast cancer patients and couple distress. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23(11), 619-627. Doi: 10.1111/j.1745-7599.2011.00653.x.
- Triscoli, C., Croy, I., Olausson, H. y Sailer, U. (2017). Touch between romantic partners: Being stroked is more pleasant than stroking and decelerates heart rate. *Physiology & Behavior*, 177(1), 169-175. Doi: 10.1016/j.physbeh.2017.05.006.
- Valentine, K.A., Li, N.P., Meltzer, A.L. y Tsai, M.H. (2020). Mate preferences for warmth-trustworthiness predict romantic attraction in the early stages of mate selection and satisfaction in ongoing relationships. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 46(2), 298-311. Doi: 10.1177/0146167219855048.
- Vangelisti, A. (2009). *Feeling hurt in close relationships*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Vangelisti, A. y Young, S.L. (2000). When words hurt: The effects of perceived intentionality on interpersonal relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 17(3), 393-424. Doi: 10.1177/0265407500173005.
- Zepeda G., G.D. y Sánchez-Aragón, R. (2019). Efectos del apego, afecto y capacidad de recibir apoyo en la salud de la pareja. *Psicologia e Educação On-Line*, 2(1), 64-74.

Predictores emocionales y conductuales de la mutualidad en la pareja con cáncer

Emotional and behavioral predictors of mutuality in the couple with cancer

Rozzana Sánchez-Aragón¹, Lizette Gálvez-Hernández^{1,2}
y Claudia Pineda-Flores^{1,2}

Universidad Nacional Autónoma de México¹
Instituto Nacional de Cancerología "Dr. Arturo Beltrán"²

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

RESUMEN

Un diagnóstico de cáncer en un miembro de la pareja afecta de manera importante al otro. En esta travesía, ambos deben afrontar diversos retos físicos, psicológicos, económicos y de organización familiar que solo pueden ser resueltos si cuentan con el recurso relacional que caracteriza a las relaciones cercanas: la mutualidad. De acuerdo con algunos autores, este constructo se define por aspectos cognoscitivos, emocionales y conductuales, de los cuales el presente estudio retomó los dos últimos. Así, los objetivos de esta investigación fueron: 1) Examinar las posibles diferencias entre los pacientes con cáncer y sus parejas respecto a su mutualidad, correlatos emocionales (acompañamiento de la pareja, apoyo emocional y empatía y satisfacción con el apoyo recibido) y conductuales (compartir tiempo, frecuencia de sus relaciones sexuales, afectividad y correulación de emociones negativas); 2) Explorar la relación entre los correlatos emocionales y los conductuales con la mutualidad experimentada por los participantes, y 3) Identificar los principales predictores de la mutualidad a partir de los correlatos mencionados. Participaron de manera voluntaria, confidencial y anónima 195 parejas heterosexuales, en las que uno de sus miembros había sido diagnosticado con algún tipo de cáncer, quienes respondieron a una batería de pruebas para cada correlato. Los resultados mostraron similitud entre ambos miembros de la pareja respecto a los aspectos estudiados, observándose relaciones significativas entre estos y la mutualidad, y finalmente se identificaron el acompañamiento de la pareja, la satisfacción con el apoyo cotidiano, la comunicación armoniosa, la afectividad y el compartir tiempo como sus predictores.

Palabras clave: Mutualidad; Cercanía; Apoyo; Acompañamiento; Afectividad; Correulación³; Emociones.

ABSTRACT

When a member of the couple is diagnosed with cancer, it has a significant impact on their partner. In this journey, both members of the couple usually face a series of physical, psychological, economic and family organizational challenges that can only be faced if they have a relational resource that characterizes close relationships: mutuality. According to Top-cu Uzer et al. (2020), this construct is defined by cognitive, emotional and behavioral aspects of which the present study took up the last two. Thus, the objectives of this research were: 1) To examine the possible differences in

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

² Av. San Fernando 22, Col. Belisario Domínguez, Secc. 16, Tlalpan, 14080 Ciudad de México, México.

³ Si bien las autoras utilizan el término "Co-regulación", se ha preferido el de "Correulación", toda vez que los prefijos, como en este caso, no se separan de la partícula principal (N. del E.).



cancer patients and their partners regarding their mutuality, their emotional correlates (partner accompaniment, emotional support and empathy, satisfaction with the support received) and their correlates behavioral (sharing time, frequency of sexual intercourse, affectivity and co-regulation of negative emotions), 2) Explore the relationship between emotional and behavioral correlates with the mutuality experienced by the participants, and 3) Identify the main predictors of the mutuality from the aforementioned correlates. For this, there were 195 heterosexual couples where one of the members had been diagnosed with some type of cancer, who responded to a battery of tests for each correlate and who participated voluntarily, confidentially and anonymously. The findings showed similarity between both members of the couple regarding the aspects studied, significant relationships were observed between all of these with mutuality and finally, the accompaniment of the couple, satisfaction with daily support, harmonious communication, affectivity and share time as its predictors.

Key words: We-ness; Closeness; Support; Accompaniment; Affection; Co-regulation; Emotions.

El diagnóstico y tratamiento del cáncer se caracterizan por ser una dolorosa experiencia de estrés y malestar en virtud de que el paciente tiene que afrontar diversas e importantes consecuencias emocionales, que van desde la recepción misma del diagnóstico, el sufrir cambios drásticos en su estilo de vida y los efectos del tratamiento médico (debilitamiento, dolor, náusea y vómito, alteraciones intestinales, incontinencia, cambios corporales, disfunción sexual, neuropatías), hasta las preocupaciones existenciales y espirituales que la enfermedad trae consigo (Sears *et al.*, 2003). No obstante, como señalan Manne y Badr (2008), las repercusiones de la enfermedad perturban también a sus parejas, quienes se preocupan por la posibilidad de perder a un ser querido (el paciente) y por su habilidad para proveerle el apoyo emocional y práctico necesario, así como enfrentar con los pacientes distintos problemas, como negociar los cambios en los roles familiares, la interferencia con los planes futuros, las responsabilidades domésticas y la atención de los hijos (Kalayjian, 1989). Dependiendo de la etapa de la

enfermedad en la que se encuentre el enfermo, ambos tienen que lidiar además con la toma de decisiones relativa a las cuestiones de salud, manejar las reacciones de la familia y de la gente cercana, así como abordar las cuestiones propias de su relación de pareja. Así, la manera en la que tanto el paciente como su pareja “sobreviven” a todos esos retos o se adaptan exitosamente a las nuevas circunstancias, no solo depende de las condiciones propias del padecimiento, sino de la manera en que ambos asimilan el cáncer en sus vidas (Manne y Badr, 2008), para lo cual es necesario que cuenten con los recursos personales y relacionales que les brinden las herramientas necesarias para lograrlo. Así, para entender mejor lo anterior es necesario abordar lo que es la pareja y lo que representa, así como los aspectos que entran en juego en su funcionamiento.

La pareja

En términos generales, la pareja ha sido entendida a través del tiempo como uno de los lazos emocionales más significativos en la vida de las personas; es a través de tal vínculo que ambos individuos se influyen mutuamente en formas significativas que van más allá de los meros intercambios básicos, como saludarse o darse las gracias (Sánchez-Aragón, 2016). Para Guerrero, Andersen y Afifi (2021), una relación de pareja es una relación cercana que se caracteriza por la mutua influencia entre sus miembros, una interacción repetida de formas únicas de compartir el apoyo emocional, el apego emocional, la satisfacción de necesidades y la “irremplazabilidad”. Así, una relación de este tipo implica que durante la interacción cotidiana las personas involucradas se ayuden, se conozcan y muestren reciprocidad en sus sentimientos y conductas; construyan y fortalezcan formas de tratarse distintas a las que emplean con otras personas, llegando así a crear una historia, una relación única caracterizada por experiencias compartidas, bromas que solo ellas entienden y un conocimiento común de la información privada. Esto se complementa con la sensación de estar emocionalmente conectadas con el otro, de tal manera que es posible satisfacer sus necesidades, encontrar satisfacción en las pro-

pías y reconocer que tal relación es insustituible; es decir, que la otra persona tiene un lugar especial en las emociones y pensamientos de la otra.

La mutuality en la pareja

La noción de la naturaleza de una relación de pareja comprende un proceso descrito en la literatura desde hace ya varias décadas (*cf.* Berscheid, Snyder y Omoto, 1989; Kelley *et al.*, 1983), conocido como *interdependencia*, que se basa en dos personas cuyas emociones, pensamientos y conductas se encuentran interconectados a través de diferentes eventos (p.e., información, tensión, conversación y expresión de amor); que crean interacciones acumuladas que se afectan mutuamente, creando patrones particulares (p.e., las conversaciones de unas parejas pueden ser rutinarias o superficiales, mientras que las de otras pueden ser más significativas al intercambiar divulgaciones acompañadas de numerosos pensamientos); que varían en intensidad o alcance (p.e., cada evento puede producir en el otro una simple respuesta o varias y largas cadenas), a través del tiempo de interacción cotidiana y de la duración de la relación.

El constructo de *interdependencia* fue abordado posteriormente por Aron, Aron y Smollan (1992), quienes plantean la posibilidad de entender y evaluar la interdependencia entre los miembros de una pareja a partir del concepto de “cercanía” o de lo que denominan “la inclusión del otro en el yo” (que a su vez incluye la intimidad y la empatía). Es decir, para estos autores el proceso de escalar en el conocimiento del otro con base en el tiempo compartido y la autodivulgación da pie a que cada miembro se sienta validado, comprendido y protegido por el otro, y que entre ambos se construya un vínculo que no se parezca a ningún otro. En consecuencia, la ayuda y el “ponerse en los zapatos” del otro para entender sus momentos de necesidad se vuelve un proceso natural entre los miembros de la pareja, que deriva en una forma de incorporar al otro en la propia vida. La propuesta de los citados autores culmina con la propuesta de la llamada *teoría de la autoexpansión*, que postula que las relaciones cercanas, profundas e íntimas (como las de pareja) potencian el yo y crean una

“confusión” o traslapamiento entre el yo y el otro (Aron y Aron, 1997).

Más recientemente, tanto el concepto de interdependencia como sus equivalentes “cercanía” o “interconexión” entre los miembros de la pareja se han citado en la literatura, de acuerdo con Topcu-Uzer, Randall, Vedes, Reid y Bodenmann (2020), como “identidad de la pareja”, “identidad compartida”, “noción de nosotros” (*we-ness*) o “mutuality”, y desde su punto de vista señalan que cada uno de estos conceptos se enfocan en el sentido de unidad que desarrollan los miembros de la pareja a partir de sus experiencias compartidas y del proceso de formación del vínculo. Así, la mutuality⁴ se compone de lo siguiente:

- *Cogniciones* que muestran el grado en el que las personas se identifican con sus parejas y relaciones; por ejemplo, pensar que ambos comparten el mismo significado de su relación o de la vida, o bien creyendo que ambos se perciben juntos en el futuro de la relación (Agnew y Etcheverry, 1998).
- *Emociones*, que aluden a los procesos afectivos que viven los miembros de la relación respecto a sus parejas y su enlace, como sentirse en sincronía con el otro, ser solidarios, hallarse dispuestos emocionalmente hacia la pareja, etcétera (Reid, Dalton, Laderoute, Doell y Nguyen, 2006).
- *Conductas* o *acciones* que demuestran cotidianamente las cogniciones y emociones, como conversar, tomar decisiones juntos, cuidar a la pareja, compartir tiempo de calidad como pareja, etc. (Singer, Labunko, Alea, y Baddeley, 2015).

A partir de la importancia que estos componentes tienen en la definición de la mutuality en la pareja, se considera que en particular los dos últimos resultan esenciales en las parejas en que uno de sus miembros sufre una enfermedad crónico-dege-

⁴ Con base en lo anterior, se considera que términos como “interdependencia”, “interconectividad”, “cercanía”, “inclusión del otro en el yo”, “identidad de la pareja”, “identidad compartida”, “noción de nosotros”, “mutuality” o “*we-ness*” se refieren al mismo concepto, que a partir de este punto será referido como mutuality por ser el término en español más breve, preciso y comprensible.

nerativa como el cáncer, pues en este contexto plagado de motivos y retos es en el que la manifestación emocional puede ser más fértil (Guerrero *et al.*, 2021; Sánchez-Aragón, 2016), y asimismo los comportamientos que se exteriorizan, ya que resultan ser la mejor evidencia de las contribuciones (o la falta de estas) que cada miembro brinda a su pareja y a la relación durante el proceso de la afección.

Correlatos emocionales y conductuales de la mutuality

En la línea de la mutuality (*we-ness*) hay investigaciones que sugieren que el funcionamiento óptimo de una relación donde hay cáncer depende de la capacidad de sus miembros para considerar que la enfermedad es un asunto compartido (Skerrett, 2003). y a partir de ahí construir una relación sólida y orientar sus esfuerzos a reducir el dolor, la incertidumbre, el miedo, las pérdidas propias de la enfermedad y otras consecuencias adyacentes. Así, en la medida en que los miembros de la pareja tengan un sentido de mutuality, este les proveerá de instrumentos que los ayuden a lidiar con la enfermedad y a promover la resiliencia individual y diádica a largo plazo (Acquati y Kayser, 2019; Falconier y Kuhn, 2019).

Uno de estos mecanismos es contar con un acompañamiento de la pareja que sirva de sostén, con quien se pueda compartir, que cubra las necesidades emocionales de la vida cotidiana (Granillo y Sánchez-Aragón, 2020) y las que son producto del padecimiento. De igual modo, resulta fundamental la disposición de la pareja para fortalecer al individuo enfermo, disminuir su estrés y brindarle seguridad y amor en los momentos de necesidad –vía la empatía– (Underwood, 2009) y de esa manera manifestarle incondicionalidad y compromiso emocional (Flórez y Sánchez-Aragón, en proceso de evaluación) a través del apoyo. Si bien tal apoyo es obvio en el contexto de la vida en pareja, cuando sobreviene la enfermedad es particularmente indispensable proporcionar y sentirse proveedor de auxilio, protección, defensa, cuidado y valoración de la pareja (Sarason, Levine, Basham y Sarason, 1983), porque además la pareja tiene por funciones el sustento emocional, el desarrollo

de la autoestima (Douglas, 1997), la provisión de información y una asistencia tangible (Cutrona y Russell, 1987). No obstante, el apoyo no cumple del todo su función a menos que quien lo recibe se sienta satisfecho con él (Rafaeli y Gleason, 2009) ya que ello implicaría que el tipo, el tiempo y la calidad de la ayuda brindada ha cumplido su objetivo. En conjunto, dichos aspectos conforman, de acuerdo con Topcu-Uzer *et al.* (2020), los correlatos emocionales de la mutuality.

En cuanto a los correlatos conductuales, vale la pena recordar que cuando la pareja con cáncer ha trabajado su mutuality es porque ha compartido frecuentemente diversos sucesos a través de un tiempo más o menos largo (Berscheid *et al.*, 1989; Kelley *et al.*, 1983), así como el contacto físico o sexual (Debrot, Schoebi, Perez y Horn, 2013), cuyo fin es expresarse cariño y fortalecer la intimidad. De hecho, los intercambios entre los miembros de la diada conllevan la afectividad y sus manifestaciones, como decirle al otro lo importante que es, tocarlo, abrazarlo, decirle que lo ama, besarlo, escucharlo y animarlo (Sánchez-Aragón, 2018a). Una última herramienta se refiere a las acciones que ambos miembros de la pareja realizan con el fin de regular sus emociones, sean positivas o negativas. La llamada *corregulación* emocional evidencia los procesos de influencia mutua a través de los cuales la pareja afecta su experiencia subjetiva, comportamiento expresivo y fisiología para estabilizar la relación (Butler y Randall, 2013; Sánchez-Aragón, 2016; Saxbe y Repetti, 2010) aun en momentos de turbulencia, como sufrir una enfermedad crónico-degenerativa (Pérez, 2013).

Si bien se han investigado algunos los correlatos de la mutuality, los esfuerzos han sido aislados, parciales y sin integrarse en una línea; además, son muy escasos los estudios efectuados en México. Por ello resulta interesante contribuir al conocimiento de estos aspectos con la presente investigación, cuyos objetivos fueron, en primer lugar, examinar las posibles diferencias entre los pacientes con cáncer y sus parejas respecto a su mutuality, correlatos emocionales (acompañamiento de la pareja, apoyo emocional y empatía y satisfacción con el apoyo recibido) y correlatos conductuales (tiempo compartido, frecuencia de

sus relaciones sexuales, afectividad y corrección de emociones negativas), para así conocer el nivel de su interconexión; en segundo término, explorar la relación entre los correlatos emocionales y los conductuales, así como el de un indicador sociodemográfico (tiempo en la relación) con la mutuality experimentada por los participantes, y en tercer lugar identificar los principales predictores de la mutuality a partir de los correlatos mencionados en parejas en las que uno de los miembros tiene cáncer.

MÉTODO

Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística por conveniencia (Hernández y Mendoza, 2018) de 194 parejas heterosexuales residentes en la Ciudad de México cuyo estado civil fue el siguiente: 24% en unión libre y 76% casadas, con un tiempo de relación que osciló de 1 año y 2 meses, a 53 años y 5 meses ($M = 22.9$ años), sin hijos o con hasta hijos de seis años ($M = 2$). Los participantes fueron 141 mujeres y 53 hombres cuya edad mínima fue de 21 años y una máxima de 78 ($M = 47.98$ años),

cuya escolaridad se distribuyó de la siguiente manera: 25% de secundaria, 29% de preparatoria y 46% de licenciatura. Por su parte, las parejas (141 hombres y 53 mujeres) tenían edades de 18 a 77 años ($M = 49.13$ años), y con una escolaridad de secundaria (22%), preparatoria (34%) y licenciatura (44%). Los criterios de inclusión fueron tener una edad mínima de 18 años, una escolaridad mínima de secundaria, con una pareja con la que hubiesen cohabitado al menos un mes y que uno de los miembros hubiera sido diagnosticado con cualquier tipo de cáncer.

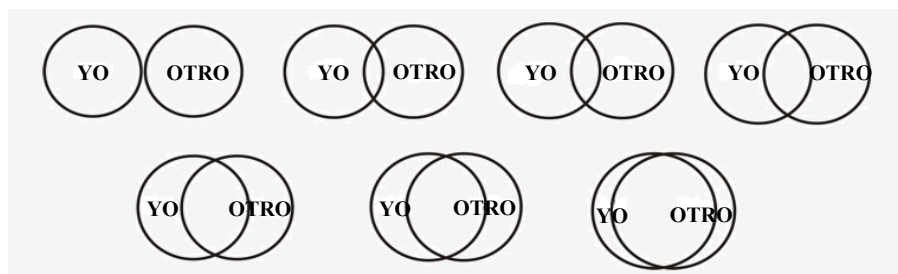
Instrumentos

Escala de la Inclusión del Otro en el Yo (Aron *et al.*, 1992; Sánchez-Aragón, 1995).

Medida a través de la cual se evaluó a la mutuality y que se conforma por un único reactivo Likert pictórico (cuyos valores van de 1 a 7) que evalúa la interconectividad interpersonal (cercanía). Requiere que el participante seleccione de entre siete opciones de respuesta, representadas por diagramas de Venn con siete diferentes grados de traslape, aquella que describa mejor su relación de pareja (Figura 1).

Figura 1. Escala de Inclusión del Otro en el Yo.

Instrucciones: Marque con una X la imagen que mejor describa su relación de pareja.



Escala de Soledad (DiTommaso y Spinner, 1993).

Validada en México por Granillo y Sánchez-Aragón (2020) para evaluar la soledad de forma multidimensional según los diferentes dominios en que puede experimentarse, está conformada por 31 reactivos en formato de respuesta tipo Likert de cinco opciones de respuesta (de 1, “Totalmente en desacuerdo”, a 5, “Totalmente de acuerdo”), cuyo

coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach (α) total es de .75. Posee cinco factores con valores propios mayores a 1 que explican 52.05% de la varianza: Acompañamiento de los amigos ($\alpha = .86$), Acompañamiento de la familia ($\alpha = .70$), Sentimientos de vacío ($\alpha = .83$), Añoranza ($\alpha = .68$) y Acompañamiento de la pareja ($\alpha = .88$), con reactivos como “Hay alguien que quiere compartir

su vida conmigo”, “Tengo una pareja romántica a cuya felicidad contribuyo” o “Tengo a alguien que cubre mis necesidades emocionales”. Cabe señalar que en el presente estudio se utilizó únicamente este último factor.

Escala de Amor Compasivo hacia la Pareja (Flórez y Sánchez-Aragón, en proceso de evaluación).

Mide la medida en que los participantes realizan incondicionalmente conductas relacionadas con el compromiso, la tolerancia y la confianza, como compartir, empatizar y apoyar a la pareja. En su versión corta de diez reactivos tiene un formato tipo Likert con cinco opciones de respuesta que indican el grado de acuerdo con la afirmación y que están distribuidos en dos factores que explican 61.96% de la varianza: Amor altruista ($\alpha = .93$) y Apoyo emocional y empatía ($\alpha = .97$), con reactivos como “Trato de ayudar a mi pareja tanto como pueda”, “Mi pareja puede confiar en que estaré ahí para él si me necesita” y “Cuando veo a mi pareja triste siento la necesidad de ayudarlo”. Como en el caso anterior, este último fue el único factor utilizado en el estudio.

Escala de Satisfacción con el Apoyo recibido de la Pareja (Sánchez-Aragón y Calleja, 2021).

Este instrumento evalúa qué tan a gusto está el participante con todo lo que hace su pareja con el fin de ayudarlo en su vida. Está compuesta por 31 reactivos que se evalúan en un formato de respuesta Likert de cinco puntos que indican grados de satisfacción: de 1, “Nada satisfecho”, a 5, “Muy satisfecho”. Los reactivos conforman dos factores que en el proceso de validación explicaron 65.92% de la varianza ($\alpha = .98$): 1) Apoyo en la cotidianidad (25 reactivos y α de .98) que incluye ítems que responden a la instrucción de “¿Qué tan satisfecho me siento...”, que se complementa con las frases: “... con la capacidad que tiene mi pareja de escucharme cuando necesito hablar” y “... cuando mi pareja me expresa que me aprecia como persona”, y 2) Apoyo en la gravedad (seis reactivos y $\alpha = .87$), con reactivos como: “... con el apoyo que mi pareja me daría si algún miembro cercano de mi familia muriera” y “... con la ayuda de mi pareja en una situación de crisis, aun cuan-

do esto implica que deje de hacer sus actividades personales”.

Escala de Toque Afectivo (Debrot *et al.*, 2013⁵).

Se compone de un factor con seis reactivos en formato tipo Likert de cinco puntos (de 1, “Nunca o casi nunca”, a 5, “Más de una vez al día”) que indica la frecuencia con la que se llevan a cabo comportamientos de contacto afectivo entre los miembros de la pareja, como besarse, darse masaje en la espalda, tomarse de la mano, compartir actividades durante el día (como acostarse o leer juntos, ver televisión o emprender actividades de ocio) y tener relaciones sexuales. Los últimos dos ítems son los que fueron utilizados en este estudio.

Inventario de Afectividad en la Pareja (Sánchez-Aragón, 2018a).

La versión corta consta de 15 reactivos en formato tipo Likert de cinco puntos de respuesta que indican la frecuencia con la que se realizan conductas que manifiesten afecto entre los miembros de la pareja (de 1, “Nunca”, a 5, “Siempre”). Dichos reactivos se distribuyen en tres factores que tras realizar algunos análisis de validación explicaron 68.75% de la varianza: Apoyo ($\alpha = .96$), con reactivos como “Ayudarlo con sus problemas”, “Ayudarlo(a)” y “Darle ánimo”; Expresión de amor ($\alpha = .96$), con ítems como “Decirle «Te amo»”, “Tomarle de la mano” y “Besarle los labios”, e Interacción y comunicación ($\alpha = .94$), con reactivos como “Decirle que es mi mejor amigo(a)”, “Decirle lo importante que es para mí la relación que tenemos” y “Guiñarle el ojo”.

Escala de Corregulación de Emociones Negativas (Sánchez-Aragón, 2016).

Esta escala consta de 20 reactivos con un formato de respuesta tipo Likert pictórico (cuadros) de cinco opciones, cuatro estrategias que cada miembro de la pareja reporta que él o ella y su pareja utilizan para regular sus emociones negativas, como eno-

⁵ Cabe señalar que en el artículo original no se reportan datos de validación, aunque en México fue validada por Sánchez-Aragón (2018b) en 424 parejas heterosexuales, obteniendo un coeficiente alfa total de .86; su validación se obtuvo a partir de un análisis factorial exploratorio y confirmatorio que confirma su unidimensionalidad.

jo, tristeza, miedo y celos. Estos factores se obtuvieron mediante un análisis factorial exploratorio que explicó 45.02% de la varianza, con un coeficiente alfa de Cronbach total de .97, y son, a saber: Comunicación constructiva e intimidad (p.e., “Conversamos para arreglar las cosas”, “Procuramos que uno sienta la comprensión del otro”, “Aclaremos los hechos que pudieron malinterpretarse”); Indiferencia-agresión (p.e., “Evitamos hablar del tema”, “Ocultamos lo que sentimos”, “Nos insultamos”); Reapreciación, solución y afecto (p.e., “Procuramos mantener un ambiente callado para reflexionar”, “Enfrentamos juntos la situación”, “Dejamos que las cosas se enfríen”), y Contacto físico y diversión (p.e., “Nos besamos”, “Hacemos ejercicio juntos”, “Nos distraemos en actividades recreativas”). Cada factor obtuvo coeficientes alfa de Cronbach de .98, .95, .90 y .85, respectivamente.

Procedimiento

Los instrumentos fueron aplicados por psicólogas entrenadas en lugares públicos, como clínicas, hospitales, oficinas o escuelas y albergues en los que

se pudieran encontrar personas que cubrieran los criterios de inclusión. Ya habiéndose asegurado que los participantes cumplían con los requisitos, se les solicitó su participación voluntaria, anónima y confidencial. Durante la aplicación se resolvieron de manera inmediata las dudas que pudiesen surgir.

RESULTADOS

Para satisfacer el primer objetivo, se realizó una prueba *t* para muestras independientes, y así poder examinar en principio si los pacientes oncológicos y sus parejas se diferenciaban en su grado de mutualidad y sus correlatos emocionales y conductuales. Los resultados muestran que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos participantes respecto al grado de mutualidad, acompañamiento de la pareja, apoyo emocional y empatía, satisfacción con el apoyo recibido de la pareja, frecuencia de tiempo compartido y relaciones sexuales, afectividad y correulación de emociones negativas (Tabla 1).

Tabla 1. *t* de Student entre pacientes y parejas (ninguna significativa).

Variables	Paciente	Pareja del paciente
<i>Emocionales</i>		
Cercanía	4.76	4.92
Acompañamiento de la pareja	3.98	3.89
Apoyo y empatía	3.35	3.49
satisfacción con apoyo cotidiano	4.08	4.08
Satisfacción con apoyo grave	4.14	4.13
<i>Conductuales</i>		
Frecuencia con la que se comparten actividades	3.31	3.45
Frecuencia con la que tienen sexo	1.69	1.91
Afectividad-apoyo	4.30	4.34
Afectividad-expresión de amor	3.79	3.93
Afectividad-interacción y comunicación	3.12	3.26
Co-Re-Comunicación constructiva e intimidad	3.71	3.74
Co-Re-Indiferencia y agresión	2.26	2.22
Co-Re-Reapreciación, solución y afecto	3.40	3.38
Co-Re-Contacto físico y diversión	2.73	2.83

Al haberse hallado similitudes en la mutualidad y en sus correlatos entre los miembros de la pareja con cáncer, se decidió dar cumplimiento al segundo objetivo, esto es, examinar la manera en que se relacionaban los correlatos emocionales y los conductuales con la mutualidad en los pacientes y sus parejas, lo que se hizo por medio de un análisis de correlación producto-momento de Pearson. Los resultados de los correlatos emocionales indicaron en general que, en la medida en que los participantes (pacientes y sus parejas) se sentían satisfechos con el apoyo recibido de sus parejas (en lo cotidiano y en situaciones graves), se consideraban acompañados por ellas, empatizaban emo-

cionalmente y estaban disponibles para ellas, había más mutualidad.

En cuanto a los correlatos conductuales, se encontró que entre más acciones afectivas había (expresión de amor e interacción y comunicación), mayor era la frecuencia con la que se compartían actividades, más empleaban estrategias de correulación emocional de comunicación constructiva e intimidad, contacto físico y diversión, reapreciación, solución y afecto, menos utilizaban la indiferencia-agresión, más frecuencia de relaciones sexuales, y se sentían más interconectados (Tabla 2). Aquí vale la pena señalar que el indicador sociodemográfico de tiempo en la relación no mostró una relación significativa con la mutualidad.

Tabla 2. Correlaciones de las variables con la cercanía.

Variables	Cercanía
<i>Emocionales</i>	
Acompañamiento de la pareja	.525**
Apoyo y empatía	.317**
Satisfacción con apoyo cotidiano	.566**
Satisfacción con apoyo grave	.472**
<i>Conductuales</i>	
Frecuencia con la que se comparten actividades	.489**
Frecuencia con la que tienen sexo	.210**
Afectividad-Apoyo	.443**
Afectividad-Expresión de amor	.570**
Afectividad-Interacción y comunicación	.542**
Co-Re-Comunicación constructiva e Intimidad	.473**
Co-Re-Indiferencia y agresión	-.228**
Co-Re-Reapreciación, solución y afecto	.285**
Co-Re-Contacto físico y diversión	.322**
<i>Sociodemográficas</i>	
Tiempo en la relación	-.070

Por último, se procedió a cumplir con el tercer objetivo que buscaba identificar las variables (correlatos emocionales y conductuales) que pudieran predecir a la mutualidad de manera más precisa. Para ello se realizaron algunos análisis de regresión múltiple que muestran que para que se sienta más mutualidad con la pareja es necesario que los participantes se sientan satisfechos con el apoyo que estas les brindan en la cotidianidad, se sientan acompañados por ellas, empaticen y estén dispo-

nibles en momentos de necesidad (apoyo y empatía) (Tabla 3).

En cuanto a los correlatos conductuales, se observó que el que los participantes se sientan interconectados a sus parejas se debe a que, ante las emociones negativas, se comunican de manera constructiva e íntima, expresan su amor a través tomándolas de la mano, besándolas y diciéndoles cuánto les aman, compartiendo actividades de ocio y siendo afectivos durante la interacción y la comunicación (Tabla 4).

Tabla 3. Predictores emocionales de la cercanía.

Cercanía			
Factores de las variables	β	p	R^2
Acompañamiento de la pareja	.238	.000	.375
Apoyo y empatía	.144	.001	
Satisfacción con el apoyo en la cotidianidad	.457	.000	

Tabla 4. Predictores conductuales de la cercanía.

Cercanía			
Factores de las variables	β	p	R^2
Frecuencia con la que se comparten actividades	.204	.000	.424
Afectividad-Expresión de amor	.257	.000	
Afectividad- Interacción y comunicación	.177	.005	
Co-Re-Comunicación constructiva e intimidad	.269	.000	

DISCUSIÓN

La presente investigación se enfocó en profundizar en el constructo de la mutuality en las parejas en las que uno de los miembros ha sido diagnosticado con cáncer, estando el otro sano. Para ello, se plantearon los tres objetivos señalados, los que se discuten a continuación.

En primera instancia, se examinó si los miembros de la pareja se percibían, sentían y se comportaban de manera diferente o igual respecto al grado de cercanía (mutuality), acompañamiento de la pareja, apoyo emocional y empatía, satisfacción con el apoyo recibido de la pareja, frecuencia de tiempo compartido y de sus relaciones sexuales, afectividad y correulación de emociones negativas. Se encontró que los pacientes y sus parejas son similares tanto en la mutuality, como en las variables que conforman los correlatos emocionales y conductuales. Lo anterior evidencia, por un lado, que las parejas participantes poseen un vínculo significativo de mutuality por medio del cual se influyen, comparten, se apoyan y satisfacen sus necesidades (Guerrero *et al.*, 2021), además de que son interdependientes, ya que a través del tiempo han logrado incluirse cada uno en la vida del otro (Aron *et al.*, 1992; Aron y Aron, 1997). Por otro lado, y tomando en cuenta que muestran puntajes superiores a 3.71 en cercanía (mutuality), así como en el acompañamiento, apoyo, expresión de afecto, comunicación constructi-

va e intimidad, se podría decir que ambos han integrado la enfermedad a sus vidas, conservando o logrando –si es que antes de la enfermedad no las tenían– la unidad y la conexión entre ellos (Manne y Badr, 2008), lo cual se refleja en interacciones emocional y conductualmente enriquecidas (Acquati y Kayser, 2019; Falconier y Kuhn, 2019).

Con base en los primeros hallazgos, se tomó la decisión de abordar el segundo objetivo a partir de ambos miembros de la pareja, en los que se exploró la relación entre los correlatos emocionales y los conductuales con la mutuality, hallándose que, en la medida en que los participantes se sienten más satisfechos con la capacidad que tienen sus parejas de escucharlos, con su aceptación total a pesar de sus defectos, con los cuidados que les brindan sin importar lo que ocurra y con la confianza para ser ellos mismos (satisfacción con el apoyo cotidiano), más mutuality hay entre ambos, lo que puede deberse a que se percatan de que son apoyados y que además este soporte –ya sea emocional o instrumental– les agrada y complace (Rafaeli y Gleason, 2009; Sarason *et al.*, 1983). En consecuencia, se sienten valiosos, aceptados y amados, lo que acrece su autoestima e incluso su salud (Douglas, 1997; Pineda, 2018; Zepeda y Sánchez-Aragón, 2019). Es importante señalar que el apoyo frecuente en las parejas con cáncer puede tener un impacto adicional, pues las necesidades de salud, así como la respuesta a los retos que surgen, el ajuste a los cambios y a las

demandas son cotidianas, por lo que el apoyo en este contexto es importante y definitorio de la vida emocional de la pareja, pues se manifiesta durante las interacciones continuas entre los miembros, lo que favorece la mutuality (Guerrero *et al.*, 2021; Li, Lin, Chen y Loke, 2018).

Asimismo, también hay una mayor mutuality entre más sentimientos de que tienen con quien compartir sus vidas, que su pareja les alienta como lo necesitan, que se sienten correspondidos en su enamoramiento y que contribuyen a la felicidad de su pareja (acompañamiento de la pareja), y también más satisfacción con la forma en la que su pareja les apoyaría en el caso de ser despedidos del trabajo, de perder a alguien de su familia o de vivir una situación de duelo (satisfacción con el apoyo en situaciones graves); y también los participantes se sienten más felices cuando ven que sus parejas lo están, de que están disponibles en caso de que se les necesite y que de manera natural desean protegerlas (apoyo emocional y empatía). Todos estos elementos señalan que los participantes asumen la enfermedad como un proceso compartido (Skerrett, 2003) en el que se fortalecen recíprocamente y enfrentan diádicamente los retos y situaciones que atraviesan (Acquati y Kayser, 2019; Falconier y Kuhn, 2019). De este modo, es posible que consoliden su relación de pareja desde la perspectiva de la interdependencia (Guerrero *et al.*, 2021).

En cuanto a las conductas que demuestran de manera cotidiana la interconexión entre los miembros de la pareja, y por tanto su mutuality, los análisis de correlación mostraron que entre más acciones emprendan –como tomar a su pareja de las manos, expresarle su amor y besarla en los labios (factor de afectividad-expresión de amor)–, mayor será la manifestación de que son los mejores amigos, de que su relación es valiosa e importante (factor de afectividad-interacción y comunicación), y mayor su mutuality. Tales manifestaciones hacen visibles sus contribuciones en los intercambios positivos entre la pareja, expresados como una comunicación y una convivencia armoniosas, espontáneas y cercanas física y emocionalmente, así como en la entrega de detalles y regalos sorpresivos (Sánchez-Aragón, 2018a), aspectos todos ellos que son parte de una relación

donde el “nosotros” es fundamental como señal del progreso de la pareja en la adaptación a la enfermedad (Manne y Badr, 2008).

De igual forma, en la medida en que los pacientes y sus parejas comparten más tiempo juntos realizando alguna actividad de ocio (frecuencia con la que se comparten actividades), conversan más sobre las emociones negativas para arreglar las cosas, se comprenden y consuelan más, aclaran los hechos que pudieron malinterpretarse (comunicación constructiva e intimidad) y ayudan a su pareja y le dan ánimo (factor de afectividad-apoyo), esta se sentirá más cercana. Entre más se empleen las estrategias de corregulación de contacto físico y diversión (hablarse con ternura, hacer comentarios graciosos sobre lo que siente la pareja y practicar ejercicios juntos), reapreciación, solución y afecto (tratar de explicar lo que creen que sucedió, enfrentar la situación y dejar que las cosas se “enfrien”), menor frecuencia habrá de indiferencia-agresión (aparentar que nada sucede, provocar e insultar) y mayor frecuencia con la que tienen sexo y de sentirse más cercanos. Citando a Kelley *et al.* (1983), los diferentes eventos entre la diada van creando interacciones acumuladas que se afectan mutuamente y patrones particulares que varían en intensidad o alcance a través del tiempo, de tal suerte que los resultados aquí plasmados reflejan una cotidianidad rica en interacciones orientadas a sentirse interdependientes.

Tales comportamientos en la pareja con cáncer cumplen varias funciones. Por un lado, Debrot *et al.* (2013) afirman que la expresión de cariño y de intimidad permite a la pareja con cáncer conectarse, aumentar el sentido de responsabilidad conjunta y de la capacidad potencial para actuar juntos. Por otro lado, Shem y Surrey (1998) señalan que mediante una convivencia amplia y extensa los miembros de la pareja construyen su conciencia del “nosotros” a través del aprendizaje del lenguaje de la conexión y desconexión, a la vez que nutren y empoderan esta identidad compartida sin dejar de reconocer la propia.

La ausencia de una correlación entre el tiempo en la relación y la mutuality es digna de mencionarse, ya que parte del argumento de la formación de la interdependencia, cercanía o identidad compartida –por mencionar algunos términos equi-

valentes— es que la pareja comparte varias actividades de manera frecuente y continua a través del tiempo (*cf.* Berscheid *et al.*, 1989); sin embargo, los resultados revelan que la mutuality nada tiene que ver con eso en la perspectiva de los participantes, lo que puede deberse a que, no obstante contar con parejas con un tiempo considerable de relación, aunado a que todas mostraron mutuality por encima del promedio teórico ($M = 4$), puede implicar que han construido su relación independientemente del tiempo, y quizá debida al cáncer.

De tales variables, ¿cuáles son las más robustas para predecir la mutuality en parejas con cáncer? La respuesta en términos de los correlatos emocionales es que es necesario que los participantes se sientan satisfechos con el apoyo que sus parejas les brindan en la cotidianidad, se sientan acompañados por ellas, empaticen y estén disponibles en momentos de necesidad, lo que se sustenta en el hecho de que la satisfacción con el apoyo es más importante que recibir tal apoyo, pues indica que la persona que lo recibe valora y disfruta realmente aquello que le fue provisto (Rafaeli y Gleason, 2009; Sánchez-Aragón, 2019) al haber llegado “en tiempo y forma”. El acompañamiento y la disponibilidad por parte de la pareja resultan fundamentales, pues el diagnóstico y el tratamiento del cáncer es una experiencia difícil y constituye de suyo un considerable malestar por todo aquello que le ocurre al paciente física y psicológicamente (Sears *et al.*, 2003), de modo que contar con alguien con quien se siente amor, reciprocidad, aliento, empatía y apoyo es en sí mismo una muestra de conexión y complejidad en su dinámica relacional, que busca formar “estabilidad en el cambio inherente” en la vida de estas parejas (Baxter y Montgomery, 1996; Skerrett, 2003).

En cuanto a los correlatos conductuales, la respuesta sobre los principales predictores de mutuality es que los participantes, ante las emociones

negativas como el enojo, la tristeza, el miedo o los celos, se comuniquen de manera constructiva e íntima, que expresen su amor a sus parejas a través de expresiones físicas y verbales, que compartan actividades de ocio y que además manifiesten su afecto durante la interacción y la comunicación. Aquí es notorio que las interacciones positivas en las que la comunicación se torna comprensiva, se orienta a la solución de malentendidos (Sánchez-Aragón, 2016), a la expresión afectiva del amor y el cuidado, y sea importante en el vínculo para los miembros de la pareja (Sánchez-Aragón, 2018a), nutren la identidad de la misma o su mutuality. De acuerdo con Skerrett (2003), cuando la pareja enferma es exitosa en conectarse, es porque manifiesta su aprecio por el otro en la experiencia del padecimiento en virtud de que este ha desafiado la integridad de la relación. Esto precisamente es lo que favorece un conjunto de comportamientos de mantenimiento, como el uso de la estrategia de correulación de comunicación constructiva e intimidad, la expresión continua de amor y las interacciones ricas y sustanciosas que forman parte de sus rutinas.

En conclusión, los resultados del presente estudio muestran que las parejas con cáncer participantes cuentan con el recurso de la mutuality como una herramienta para hacer frente de manera conjunta a la enfermedad. Asimismo, se observa que diversos aspectos emocionales y conductuales contribuyen a la conformación de esta identidad compartida, y finalmente fue posible identificar los principales correlatos emocionales y conductuales de la mutuality, mismos que desempeñan un papel central en la promoción de las relaciones de este tipo, para así mantener una relación fortalecida y orientada al bienestar. Si bien estos resultados son interesantes, habrá que seguir analizando el comportamiento de otras variables que afectan directamente a una de las columnas vertebrales de las relaciones de pareja: la mutuality.

AGRADECIMIENTOS

Proyecto de investigación evaluado, avalado y financiado por la Dirección General de Apoyo al Personal Académico de la Universidad Nacional Autónoma de México, PAPIIT IN304919: “Factores protectores y de riesgo a la salud en parejas sanas y con enfermedades crónico-degenerativas”.

Citación: Sánchez-Aragón, R., Gálvez-Hernández, L. y Pineda-Flores, C. (2021). Predictores emocionales y conductuales de la mutuality en la pareja con cáncer. *Psicología y Salud*, Número Especial, 71-83. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i3.2729>.

REFERENCIAS

- Acquati, C. y Kayser, K. (2019). Dyadic coping across the lifespan: a comparison between younger and middle-aged couples with breast cancer. *Frontiers in Psychology*, 10, 1-18. Doi: 10.3389/fpsyg.2019.00404.
- Agnew, C.R. y Etcheverry, P.E. (1998). Cognitive interdependence considering self-in relationship. En K. D. Vohs y E. J. Finkel (Eds.): *Self and relationships: Connecting intrapersonal and interpersonal processes* (pp. 274-293). New York: The Guilford Press.
- Aron, A. y Aron, E. (1997). Self-expansion motivation and including other in the self. En S. Duck (Ed.): *Handbook of personal relationships* (pp. 251-270). New York: Wiley.
- Aron, A., Aron, E. y Smollan, D. (1992). Inclusion of other in the Self Scale and the structure of interpersonal closeness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(4), 596-612.
- Baxter, L. y Montgomery, B. (1996). *Relating*. New York: The Guilford Press.
- Berscheid, E., Snyder, M. y Omoto, A.M. (1989). The Relationship Close-ness Inventory: Assessing the closeness of interpersonal relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(5), 792-807.
- Butler, E. y Randall, A. (2013). Emotional coregulation in close relationships. *Emotion Review*, 5(2), 202-210.
- Cutrona, C.E. y Russell, D.W. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. En W. H. Jones y D. Perlman (Eds.): *Advances in Personal Relationships* (v. 1, pp. 37-67). Bingley (UK): JAI Press.
- Debrot, A., Schoebi, D., Perrez, M. y Horn, A.B. (2013). Touch as an interpersonal emotion regulation process in couples' daily lives: the mediating role of psychological intimacy. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 39(10), 1373-1385. Doi: 10.1177/0146167213497592.
- DiTommaso, E. y Spinner, B. (1993). The development and initial validation of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA). *Personality and Individual Differences*, 14(1), 127-134.
- Douglas, L.G. (1997). Reciprocal support in the context of cancer: perspectives of the patient and spouse. *Oncology Nursing Forum*, 24(9), 1529-1536.
- Falconier, M.K. y Kuhn, R. (2019). Dyadic coping in couples: a conceptual integration and review of the empirical literature. *Frontiers in Psychology*, 10, 1-23. Doi: 10.3389/fpsyg.2019.00571.
- Flórez R., Y.N. y Sánchez-Aragón, R. (En proceso de evaluación). Evaluando el amor compasivo en la pareja y sus implicaciones en el bienestar subjetivo. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*.
- Granillo V., L.F. y Sánchez-Aragón, R. (2020). Evaluando la soledad en la pareja y su relación con el apego. *Revista Ciencia UAT*, 15(1), 48-62.
- Guerrero, L.K., Andersen, P.A. y Afifi, W.A. (2021). *Close Encounters: Communication in Relationships*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hernández S., R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Ciudad de México: McGraw-Hill Education.
- Kalayjian A. (1989). Coping with cancer: the spouses' perspective. *Archive of Psychiatric Nursing*, 3, 166-172.
- Kelley, H.H., Berscheid, E., Christensen, A., Harvey, J.H., Huston, T.L., Levinger, G., McClintock, E., Peplau, L.A. y Peterson, D.R. (1983). *Close relationships*. New York: W. H. Freeman & Co.
- Li, Q., Lin, Y., Chen, Y. y Loke, A.Y. (2018). Mutual support and challenges among Chinese couples living with colorectal cancer: a qualitative study. *Cancer Nursing*, 41(5), E50-E60. Doi: 10.1097/NCC.0000000000000553. PMID: 29200000.
- Manne, S. y Badr, H. (2008). Intimacy and relationship processes in couples's psychosocial adaptation to cancer. *Cancer*, 112(110), 2541-2555. Doi: <https://dx.doi.org/10.1002%2Fncr.23450>.
- Pérez P., A.E. (2013). *Turbulencia relacional: diseño y validación de una medida*. Tesis inédita de Licenciatura en Psicología. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Pineda F., C. (2018). *Ajuste diádico, apoyo social y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama*. Tesis inédita de Maestría en Psicología Social. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rafaeli, E. y Gleason, M.E.J. (2009). Skilled support within intimate relationships. *Journal of Family Theory & Review*, 1(1), 20-37.

- Reid, D.W., Dalton, E.J., Laderoute, K., Doell, F.K. y Nguyen, T. (2006). Therapeutically induced changes in couple identity: The role of we-ness and interpersonal processing in relationship satisfaction. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 132(3), 241-284. Doi: 10.3200/mono.132.3.241-288.
- Sánchez-Aragón, R. (1995). *El amor, la cercanía y la satisfacción de pareja a través del ciclo de vida*. Tesis inédita de Maestría en Psicología Social. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sánchez-Aragón, R. (2016). *La pareja romántica en México: desentrañando su naturaleza comunicativa y emocional*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sánchez-Aragón, R. (2018a). Afectividad y co-regulación en la pareja: validación de un inventario y variaciones a través del ciclo vital. *Revista Psicologia e Educação (On-Line)*, 1(1), 58-69.
- Sánchez-Aragón, R. (2018b). Descubriendo la infraestructura psicosocial de la pareja romántica en México. En R. Sánchez-Aragón (Ed.): *Cultura y amor en Latinoamérica: las parejas de México y Brasil* (pp. 21-92). Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sánchez-Aragón, R. y Calleja, N. (2021). Adaptación y validación de la Escala de Satisfacción con el Apoyo Recibido y diseño y validación de la escala de Disposición a Recibir Apoyo Social. *Revista Costarricense de Psicología*, 40(1), 37-59.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B. y Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: the Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.
- Saxbe, D. y Repetti, R. (2010). For better or worse? Coregulation of couples' cortisol levels and mood states. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(1), 93-103.
- Sears, S.R., Stanton, A.L. y Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the Emerald City: benefit finding, positive reappraisal coping, and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 22, 487-497. Doi: <https://doi.org/10.1037/0278-6133.22.5.487>.
- Shem, S. y Surrey, J. (1998). *We have to talk: Healing dialogues between women and men*. New York: Basic Books.
- Singer, J.A., Labunko, B., Alea, N. y Baddeley, J.L. (2015). Mutuality and Marital Engagement – Type of Union Scale [ME (To US)]: Empirical support for a clinical instrument in couple's therapy. En K. Skerrett y K. Fergus (Eds.): *Couple resilience* (pp. 108-119). New York: Springer.
- Skerret, K. (2003). Couple dialogues with illness: expanding the "we". *Families, Systems & Health*, 21(1), 69-80.
- Topcu-Uzer, C., Randall, A.K., Vedes, A.M., Reid, D. y Bodenmann, G. (2020). We-ness Questionnaire: Development and validation. *Journal of Couple & Relationship Therapy*. Doi: 10.1080/15332691.2020.1805082.
- 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. 3-25). New York: Wiley-Blackwell. Doi:10.1111/j.1755-6686.2010.00144_2.x.
- Zepeda G., G.D. y Sánchez-Aragón, R. (2019). Efectos del apego, afecto y capacidad de recibir apoyo en la salud de la pareja. *Revista Psicologia e Educação (On-Line)*, 2(1), 66-76.

La empatía y el apoyo de la pareja como factores protectores del estrés en pacientes con cáncer

Empathy and partner support as a protective factors of stress in cancer patients

Donaji Zedith Santiago-Silva y Rozzana Sánchez-Aragón

Universidad Nacional Autónoma de México¹

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

RESUMEN

En México, el cáncer representa un grave problema de salud pública. Debido a esta enfermedad, el paciente enfrenta grandes cambios emocionales, conductuales y sociales que generan un considerable estrés emocional; por ello, su pareja asume un papel vital para aminorarlos y facilitar así el apoyo social y psicológico requerido por aquel. En consecuencia, el presente estudio tuvo como objetivos examinar los efectos que tiene la empatía de la pareja en el paciente oncológico, así como la satisfacción del paciente con dicho apoyo y con su capacidad para recibirlo. Participaron 194 parejas heterosexuales en las que uno de sus miembros tenía un diagnóstico de cáncer, quienes respondieron de manera voluntaria diversas escalas: Empatía en el Contexto Romántico, Satisfacción con el Apoyo recibido de la Pareja, Disposición a recibir Apoyo Social y Estrés Percibido. Los hallazgos mostraron relaciones significativas positivas entre la empatía del hombre sano, la satisfacción con el apoyo y la capacidad de recibirlo en la mujer con cáncer y el control del estrés de esta última, así como efectos positivos y significativos de la satisfacción con el apoyo en momentos de necesidad y con la capacidad para recibirlo del hombre con cáncer en el control del estrés.

Palabras clave: Cáncer; Cuidados paliativos; Estrés; Apoyo social; Empatía; Sexo.

ABSTRACT

In Mexico, cancer represents a public health problem, where the patient faces great emotional, behavioral and social changes, inciting emotional stress, therefore the couple takes a vital role when reduce it, since it facilitates access to social and psychological support. This research aimed to examine the effects of the empathy of the cancer patient's partner, as well as the satisfaction with the support and the ability to receive it from the cancer patient, on the stress of the latter, performing separate analyzes by gender. This work had the participation of 194 heterosexual couples, in which one member had a cancer diagnosis, who voluntarily responded to the Empathy in the Romantic Context, Satisfaction with the Support Received from the Partner, Willingness to Receive Social Support and Perceived Stress scales. The findings showed significant positive relationships between the empathy of the healthy man, satisfaction with support and the ability to receive it from the woman with cancer, with the control of stress in the latter. And on the other hand, positive and significant effects of satisfaction with support in times of need and the ability to receive it from the man with cancer on his own stress management.

Key words: Cancer; Palliative care; Stress; Social support; Empathy; Sex.

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



El término *cáncer* engloba un grupo numeroso de enfermedades caracterizadas por el desarrollo de células anormales que se dividen, crecen y se diseminan sin control en cualquier parte del cuerpo (Puente y De Velasco, 2019), sobrepasando el número de las células normales, lo que dificulta que el cuerpo funcione de la manera apropiada (American Cancer Society, 2016).

Hay más de cien tipos de cáncer (INFO Cáncer, 2019), los que reciben por lo general el nombre de los órganos o tejidos en los que se forman (National Cancer Institute, 2015) y que muestran un distinto comportamiento, pronóstico y método de tratamiento (Puente y De Velasco, 2019). Esta enfermedad implica una carga enorme para los pacientes, las familias y la sociedad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017) debido a que constituye un reto para el desarrollo socioeconómico, la sostenibilidad medioambiental, la reducción de la pobreza y el bienestar de los individuos (Organización Panamericana de la Salud [OPS] y OMS, 2013). El cáncer se ha posicionado como la segunda causa de muerte en el mundo en números tangibles (OMS, 2016, 2017, 2018). Específicamente en México, el cáncer es la tercera causa muerte y afecta a cualquier grupo de edad. Tan solo en el lapso de 2011 a 2016, tres hombres y dos mujeres de cada cien mil, de entre 18 y 29 años de edad, fallecieron por este padecimiento (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2018), cifras que aumentan según la edad de los enfermos.

Un aspecto muy importante a considerar en el tratamiento del cáncer son los denominados *cuidados paliativos*, los cuales tienen como objetivo aliviar –no curar– los síntomas y consisten en la atención que brinda el equipo de salud para ayudar a los enfermos a vivir más confortablemente, es decir, con una mejor calidad de vida (De la Garza y Juárez, 2014), favoreciendo así el bienestar en aspectos importantes para el individuo, ya sean físicos, psicológicos, sociales o espirituales. Para la OMS (2018), este tipo de cuidados son el segundo objetivo más importante en el tratamiento del cáncer, solo después de la cura o de la prolongación de la vida, porque bien empleados pueden atenuar los problemas físicos, psicosociales y espirituales de más de 90% de los enfermos, además de consi-

derárseles una necesidad humanitaria (De la Garza y Juárez, 2014).

Para su implementación, se han usado como referentes trabajos como el de Hilbert (1990), que promueve el apoyo social, pues se le supone un constructo multidimensional del cual emergen la red social, la interacción que existe entre los individuos inmersos en dicha red, los recursos que provee la fuente de soporte, la percepción de la persona frente al mismo y los aspectos emocionales e instrumentales que entran en juego. Es así que los cuidados paliativos trabajan con el entorno social del paciente, pues es ahí donde se toman decisiones y se llevan a cabo acciones situadas fuera del terreno médico en el que el enfermo significa y da sentido a su padecimiento (González, Tinoco y Benhumea, 2011). Un ejemplo de ello es que las mujeres con cáncer de mama encuentran en su entorno social más cercano una fuente que genera seguridad, bienestar, tranquilidad y satisfacción en el proceso que viven (Martínez, 2018); no obstante, tales efectos pueden aplicarse a enfermos con otros tipos de cáncer y a ambos sexos.

Por ello, la pareja ha asumido un papel protagónico en el tratamiento del cáncer, siendo así que Wang *et al.* (2017) concluyen que el estado civil puede influir en el pronóstico de la enfermedad en las personas con cáncer renal, aumentando así la probabilidad de supervivencia en virtud de que los pacientes casados tienen un acceso más expedito al apoyo social y psicológico, aminorando así su angustia, ansiedad y estrés. Por su parte, Berríos y Rivero (2015) encontraron en su estudio dirigido a pacientes con cáncer prostático que la esposa del paciente tenía una influencia positiva en el bienestar y el tratamiento del varón. Ello confirma que el acompañamiento proporcionado por la pareja en el proceso de salud-enfermedad contribuye al fortalecimiento de los factores emocionales y sociales positivos, lo que ayuda a mantener el equilibrio familiar e individual, contribuyendo a la adaptación del paciente (Baca, 2014; Berríos y Rivero, 2015; Jordá y Saus, 2019; Marín *et al.*, 2013; Pérez, Piqueras e Inglés, 2017). Lo anterior implica que la investigación de la pareja y su influencia en las consecuencias negativas generadas por el cáncer cobre particular relevancia.

Debido a que el cáncer está estrechamente relacionado con el concepto de muerte, se le considera una “enfermedad tabú” que tiende a aislar al paciente de su entorno (Fundación Salud, Innovación y Sociedad [FSIS], 2003), lo que provoca que enfrente solo los grandes cambios emocionales, conductuales y sociales concomitantes (Cano, 2005), lo que induce un importante estrés emocional, de tal forma que Pérez *et al.* (2017) aseguran que este es un hecho vital no normativo. Dicho estrés es provocado por distintas causas y en diferentes momentos de la enfermedad, ya que puede estar presente en la etapa de diagnóstico, durante el tratamiento o en el estado de remisión (De Brito, 2003; García-Aguado, 2016). Una vez establecido el diagnóstico, y dependiendo de las estrategias psicológicas de las que disponga el paciente, la evolución de la enfermedad se ve afectada por el estrés que proviene de esas distintas fuentes (De la Garza y Juárez, 2014); en efecto, durante la enfermedad y el tratamiento pueden ocurrir cambios importantes en la apariencia y el funcionamiento del cuerpo, así como sobrevenir problemas emocionales y alteraciones de las actividades cotidianas y del rol familiar, social y laboral, induciendo una modificación de las expectativas y los planes a futuro, y comprometiendo el funcionamiento físico, psicológico, emocional y social que influye en la calidad de vida de las personas.

El estrés es definido como una reacción fisiológica del organismo, resultado de la evaluación cognitiva acerca de un estímulo o situación amenazante, que altera los aspectos internos y externos y la capacidad de sobrellevarlos (Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983; Naranjo, 2009), y una clase particular de relación entre la persona y su ambiente que pone en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1991). Cohen, Kessler y Underwood (1997) consideran el estrés como un proceso que comienza con la aparición de una demanda ambiental, la cual, después de ser valorada por el individuo en función de sus capacidades personales para afrontarla, es percibida como amenazante, lo que genera respuestas fisiológicas, afectivas y conductuales que tienen como consecuencia final un riesgo para la salud física y psicológica de dicho individuo. Burgos *et al.* (2020) lo definen como un trastorno biopsicosocial que

afecta actualmente a la población mundial y que es característica de una sociedad globalizada que exige y demanda cada día individuos aptos y capacitados para enfrentar y resolver cada uno de los problemas de índole laboral, social o emocional que se les presenten. Estas secuelas, al coincidir con otros factores de riesgo (edad avanzada, bajo estatus o escaso apoyo social), pueden ocasionar una considerable susceptibilidad a diversas enfermedades y tiempos de recuperación más lentos (Honold, Beyer, Lakes y van der Meer, 2012).

La respuesta de los individuos a las situaciones generadoras de estrés dependerá de la manera en que interpreten los eventos ambientales, evalúen sus propios recursos y la posibilidad de afrontar su entorno (Burgos *et al.*, 2020; Naranjo, 2009; Oros, 2002). Al respecto, Lazarus (2000) señala que los individuos dependen de la percepción que tengan de la situación, ya sea como un reto, ya como una amenaza, pues a partir de ello se valorarán los estresores y la respuesta a estos. Si la persona percibe el agente estresor como un reto, lo convertirá en una oportunidad que incrementará su fuerza y desarrollo personal; sin embargo, si lo percibe como una amenaza, lo verá como una situación que tendrá consecuencias negativas y que implicará daños o desventajas (Ansoleaga, 2015; Escamilla, Rodríguez y González, 2009). Esta última valoración es sumamente importante, pues de ella dependerán las consecuencias que genera el estrés, entre las que se incluyen reacciones tales como hostilidad, irritabilidad, temor, tensión muscular, problemas gastrointestinales, insomnio, vértigo, taquicardia, sudoración excesiva y muchas otras (Jiménez y Cubillos, 2010), las que con el tiempo pueden causar enfermedades como ansiedad, depresión, artritis reumatoide, migraña, calvicie, asma, trombosis, colitis, diabetes y muchas más (Bairero, 2017).

Ante el estrés ocasionado por el cáncer, un factor protector es el entorno psicosocial. De hecho, varios estudios han demostrado la influencia de los aspectos psicosociales en el curso de la enfermedad y encontrado un vínculo entre la adaptación psicosocial y la respuesta a los tratamientos médicos (Cantú y Álvarez, 2009). Una explicación de tales hallazgos es que los factores psicosociales previenen la aparición de los trastor-

nos mentales y disminuyen el estrés emocional al dar al individuo los recursos que le permitan enfrentar la enfermedad y las consecuencias de los tratamientos (Alvarado *et al.*, 2011; Barroihet, Forjaz y Garrido, 2005).

Específicamente, uno de los factores que puede disminuir el impacto psicológico del estrés del paciente con cáncer es el apoyo otorgado por su pareja sana, que se refiere a la ayuda que durante la interacción cotidiana es provista por esta para lograr que aquel se sienta importante, acompañado y complementado (Nurullah, 2012). Tal ayuda puede ser instrumental (ayuda material, ayuda en tareas físicas y en labores que involucren el desempeño de roles), emocional (empatía, amor, confianza y preocupación), informativa (provisión de información, consejos o sugerencias) y valorativa (utilidad), provenientes de una transacción interpersonal que contribuye a sobrellevar la enfermedad (Hilbert, 1990; Poblete *et al.*, 2015; Teherán *et al.*, 2017).

Dada la importancia de un problema como el cáncer, contar con una red de apoyo (sobre todo de la pareja), los pacientes podrán hallar un refugio en dicha red, consiguiendo de esta manera aliviar los cambios inesperados que se derivan de esta patología y mejorar con ello su calidad de vida (Martínez, 2018). Además, se ha demostrado que una red de apoyo contribuye a generar una respuesta positiva al tratamiento, ayuda a afrontar la enfermedad y favorece el que el enfermo manifieste conductas favorables acerca de sí mismo (Biffi y Mamede, 2010), ya que la vivencia de situaciones adversas, estresantes y dolorosas producidas por la enfermedad se ven contrarrestadas por el cuidado, la ayuda y el respaldo de una persona cercana (Flórez, Sánchez-Aragón y Athié, en prensa). En otras palabras, el apoyo social propicia una buena salud física y mental que protege a las personas de los efectos que causan las enfermedades al mejorar la autoestima, promueve el uso de estrategias de afrontamiento más efectivas y de comportamientos saludables, mejora el estado de ánimo y las habilidades para ayudarlas a superar la adversidad (Rondón y Lugli, 2013); asimismo, el apoyo es un factor de protección que provee los recursos psicológicos necesarios para resistir el estrés (Chi *et al.*, 2011). No obstante, los

efectos positivos de dicho apoyo se pueden ver entorpecidos si el propio individuo no tiene la capacidad de utilizarlo, si no le es proporcionado en el momento adecuado o simplemente si no le es satisfactorio (Sánchez-Aragón, en prensa; Verhofsstadt, Lemmens y Buysse, 2013).

Otro de los aspectos que sin duda desempeñan un papel fundamental en la vida de la diada romántica es la empatía, definida por Nickerson, Butler y Carlin (2011) como la noción de compartir en forma vicaria un sentimiento, imaginarse a sí mismo en la situación de otra persona o experimentar las emociones que otra persona está viviendo (Sánchez-Aragón, 2016). Especialmente en las relaciones románticas, la empatía se basa en la capacidad de comprender los estados psicológicos y emocionales de los demás, de tal forma que los individuos pueden comunicarse e interactuar de manera efectiva y placentera, al tiempo que predicen comportamientos e intenciones entre sí (Sánchez-Aragón y Martínez, 2015).

De acuerdo con Davis (1996) y Samper (2014), la empatía desencadena distintos procesos que involucran un costo cognitivo para quien la experimenta, provocando respuestas que pueden ser intrapersonales, como la preocupación empática, y no afectivas, como los juicios atribucionales e interpersonales, o la conducta de ayuda, la cual se abordó líneas atrás. Empatizar desempeña un importante papel al momento de razonar o reflexionar sobre una situación problemática, como el cáncer (Martínez, Piqueras e Inglés, 2011), pues se puede abordar desde distintas perspectivas al tenerse en cuenta la experiencia de la otra persona.

Otro aspecto mediador en el proceso de salud-enfermedad ha sido el sexo del individuo y el rol de género que le ha sido asignado (Academia Nacional de Medicina de México [ANMM], 2014; García-Vega, 2011), pues hay factores biológicos que predisponen a las personas a estar sanas o enfermas (p.e., enfermedades que se manifiestan más en varones que en las mujeres, o a la inversa) (Rohlf, Borrell y Fonseca, 2000), lo que se aprecia claramente en el caso de las mujeres, quienes se exponen a patrones de socialización, roles familiares, obligaciones domésticas, expectativas laborales y tipos de ocupación que generan sobrecarga física y emocional, las cuales explican un estado

de salud más pobre y una menor expectativa de vida saludable (García-Vega, 2011; Rohlf, s.f.). En el caso de los varones, el mantenimiento de las relaciones de poder, el ideal de éxito, la competitividad, la falta de socialización para expresar sentimientos, así como algunos padecimientos mentales y físicos, explican el modo de enfermar y tienen gran importancia en las dificultades para diagnosticar problemas afectivos y psicológicos encubiertos por somatizaciones o conductas de riesgo (Bonino, 2000; García-Vega, 2011).

Con base en lo anterior, se buscó examinar la relación que tiene la empatía de la persona sana (A), la satisfacción con el apoyo de la pareja y la capacidad de recibirlo por parte del paciente con cáncer (B) y con el estrés de este último (B), según su sexo.

MÉTODO

Participantes

Se utilizó un muestreo no probabilístico por sujetos tipo (Coolican, 2005; Hernández, Fernández y Baptista, 2014) que satisficieran los siguientes criterios de inclusión: ser mexicanos con una edad superior a los 18 años (mayoría de edad en México), con escolaridad mínima de secundaria, que tuvieran una pareja con la que cohabitaran desde al menos un mes antes del estudio, y que uno de los miembros de la misma hubiese sido diagnosticado previamente con cualquier tipo de cáncer por un médico (fuera o no que estuviera bajo tratamiento). Participaron 194 parejas heterosexuales con un año de relación al menos y hasta 53 años ($M = 22.93$, $D.E. = 11.51$), y que cohabitaban desde 8 meses antes y hasta 53 años ($M = 21.34$, $D.E. = 11.72$).

Las personas con cáncer se distribuyeron de la siguiente manera: 141 mujeres y 53 hombres, con edades de entre 21 y 78 años ($M = 47.98$, $D.E. = 10.44$); con secundaria (24.7%), preparatoria (29.4%) y licenciatura (45.9%); con un tiempo de diagnóstico de cáncer de un mes a 20 años ($M = 3.87$, $D.E. = 3.70$), 84.5% de los cuales se hallaba en tratamiento al momento de este estudio. Sus parejas (personas sin cáncer) fueron 53 mu-

eres y 141 hombres, con edades entre los 18 y los 77 años ($M = 49.13$, $D.E. = 10.37$), con secundaria (21.6%), preparatoria (34.0%) y licenciatura (44.3%).

Instrumentos

Escala de Empatía en el Contexto Romántico (Sánchez-Aragón y Martínez, 2015).

Utilizada para evaluar la comprensión intelectual e imaginativa de la condición de la pareja sin experimentar los sentimientos de esa persona ni la reacción emocional en respuesta de los sentimientos de la pareja (Mehrabian y Epstein, 1972), esta escala consta de 39 reactivos en un formato tipo Likert de cinco puntos de respuesta que indican el nivel de acuerdo con la afirmación, de 1, "Totalmente en desacuerdo", a 5, "Totalmente de acuerdo". Dichos reactivos se distribuyen en cuatro factores que explican 40.35% de la varianza (índice KMO = .924; Prueba de Esfericidad de Bartlett = 6155.060, $gl = 780$, $p = .000$), mismos que son los siguientes: 1) Toma de perspectiva (quince reactivos, $\alpha = .85$), con reactivos como "Trato de imaginarme a mí mismo(a) en los zapatos de mi pareja cuando así se requiere", o "Trato de pensar como mi pareja con el fin de ser más sensible a lo que le pasa"; 2) Empatía cognoscitiva de las emociones (diez reactivos, $\alpha = .82$), con reactivos como "Sé cuándo mi pareja está enojada" "Percibo cuando alguien no le simpatiza a mi pareja"; 3) Perturbación propia (cinco reactivos, $\alpha = .70$), con reactivos como "Me pone nervioso(a) si mi pareja se lastima" o "Me da pesar el ver sufrir a mi pareja", y 4) Compasión empática (nueve reactivos, $\alpha = .78$), con reactivos como "Trato de prestar atención a las emociones de mi pareja" o "Soy el primero en enterarme sobre cómo se siente mi pareja".

Escala de Satisfacción con el Apoyo Recibido de la Pareja (ESAREP) (Sánchez-Aragón y Calleja, 2021).

Basada en la Escala de Apoyo Social de Sarason, Levine, Basham y Sarason, 1983), su objetivo es evaluar la satisfacción con el apoyo recibido en el contexto de la relación romántica. Está compuesta por 31 reactivos en formato tipo Likert con cinco

puntos de respuesta que indican el grado de satisfacción: de 1, “Nada satisfecho”, a 5, “Muy satisfecho”, reactivos que se distribuyen en dos factores que explican 65.92% de la varianza: Apoyo en la cotidianidad y Apoyo grave. Cada reactivo comienza con la instrucción “¿Qué tan satisfecho me siento...?”. El factor Apoyo en la cotidianidad contiene 25 reactivos ($\alpha = .97$), como “... con la capacidad que tiene mi pareja de escucharme cuando necesito hablar” o “... con la confianza que me brinda mi pareja para poder hablar abiertamente y con franqueza”. El factor Apoyo grave consta de seis reactivos ($\alpha = .87$), tales como: “... con la ayuda de mi pareja si mi mejor amigo(a) me insultó y me dijo que no quería volver a verme” o “... con la ayuda que mi pareja me brinda cuando la necesito”.

Escala de Disposición a Recibir Apoyo Social (EDaRAS) (Sánchez-Aragón y Calleja, 2021).

Este instrumento evalúa la disposición del individuo a recibir apoyo de parte de su pareja. Se encuentra conformada por siete reactivos en formato tipo Likert de cinco puntos que indican frecuencia (de 1, “Nunca hago esto”, a 5, “Siempre hago esto”). La prueba contiene un único factor que explica 44.59% de la varianza, y una confiabilidad total, medida por el coeficiente alfa de Cronbach, de .79. “Pido ayuda a otras personas cuando sé que no puedo hacer algo solo” o “Permito que mi familia y amigos me apoyen cuando me encuentro en problemas”, son algunos de sus reactivos.

Escala de Estrés Percibido (Flórez y Sánchez-Aragón, 2020).

Tiene como objetivo evaluar las percepciones que se tienen respecto al estrés experimentado, en términos de la amenaza percibida por la magnitud del estímulo y las capacidades para hacerle frente. Está compuesta por trece reactivos en formato tipo Likert con cinco opciones de respuesta que indican los grados de frecuencia: de 1, “Nunca”, a 5, “Siempre”), distribuidos en dos factores: Descontrol y Control, que explican 50.96% de la varianza (con un índice KMO de .843, Prueba de esfericidad de Barlett de 1102.686, 78 gl y p de .000). El factor Descontrol, contiene seis reactivos ($\alpha = .77$), como “¿Qué tan frecuentemente usted se ha sentido ner-

vioso(a) y estresado(a)?” o “¿Qué tan frecuentemente usted se ha enojado por cosas que estaban fuera de su control?”. El factor Control consta de siete reactivos ($\alpha = .72$), con reactivos como “¿Qué tan frecuentemente usted lidió exitosamente con problemas irritantes de la vida?” o “¿Qué tan frecuentemente usted fue capaz de controlar la manera en la que utiliza su tiempo?”.

Procedimiento

Psicólogas previamente entrenadas aplicaron los instrumentos antes mencionadas en lugares públicos y privados, como hospitales, clínicas, albergues y oficinas diversas de la Ciudad de México en los que pudieran encontrar participantes que cumplieran con los criterios de inclusión. Todos los participantes aceptaron colaborar de manera libre, voluntaria y anónima, auxiliándoles en caso de que no comprendieran las instrucciones o los reactivos. Se cumplieron las reglas establecidas por la Secretaría de Salud, el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, la Declaración de Helsinki de 1975, enmendada en 1983, sobre los principios éticos para la investigación médica con humanos, y el Código Ético del Psicólogo.

Análisis de datos

Para cumplir con el objetivo de esta investigación, se efectuó en primera instancia un análisis de Kolmogorov-Smirnov a fin de explorar si los datos presentaban una distribución normal y decidir acerca de los análisis estadísticos a realizar (paramétricos o no paramétricos). Con base en ello, se decidió llevar a cabo una correlación de Spearman entre el estrés y las variables de empatía, apoyo social y capacidad para recibir apoyo. Dichos cálculos se hicieron utilizando el programa SPSS, v. 23.

RESULTADOS

Con el fin de responder al objetivo de la investigación, se ejecutó en primer lugar un análisis de Kolmogorov-Smirnov para explorar la distribución de los datos, que en ninguno de los casos, excepto

en uno, mostró tener una distribución normal, es decir, con valores de $p < 0.05$: empatía, $p = .000$; empatía cognoscitiva de las emociones, $p = .000$; perturbación propia, $p = .000$; compasión empática, $p = .000$; satisfacción con el apoyo (apoyo cotidiano); $p = .000$; apoyo grave, $p = .000$; capacidad de recibir apoyo, $p = .013$; descontrol, $p = .008$, y control, $p = .074$. Por lo anterior, los análisis estadísticos efectuados se basaron en dichos resultados.

Se llevó a cabo una correlación de Spearman entre las variables de empatía de A1 (hombre sano), la satisfacción con el apoyo recibido y la disposición a recibir apoyo de B1 (mujer con cáncer), con el estrés de B1. Los resultados arrojaron coeficientes de bajos a medios, que muestran que, en la medida en que el enfermo con cáncer (B1)

se sienta satisfecho ante el apoyo otorgado por su pareja (A1) en el ámbito cotidiano, como escuchar las complicaciones del día a día (apoyo cotidiano), mostrará una disminución de la sensación de nerviosismo o “estrés” y de las reacciones emocionales negativas.

Por otro lado, las sensaciones de autoconfianza y autoeficacia al afrontar y dominar las situaciones estresantes (control del estrés) de B1 se ven favorecidas por el apoyo cotidiano y por la ayuda de la pareja en momentos de necesidad (apoyo grave), como cuando el miembro enfermo tiene algún altercado o experimenta situación especial. Por ende, la disposición de B1 a recibir el apoyo de su pareja sana tiene un efecto positivo sobre su propio control y en la resolución efectiva de los problemas (control del estrés) (Tabla 1).

Tabla 1. Correlación de la empatía de A1, la satisfacción con el apoyo recibido de la pareja y la disposición a recibir apoyo y el estrés de B1.

Factores			B1 (mujer con cáncer)	
			Estrés	
			Descontrol	Control
B1 (mujer con cáncer)	Apoyo	Apoyo cotidiano		.355**
		Apoyo grave		.249**
	Disposición a recibir apoyo			.279**

* $p = .05$, ** $p = .01$

La correlación de Spearman entre las variables de empatía de A2 (mujer sana), la satisfacción con el apoyo recibido y la capacidad de recibir apoyo de B2 (hombre con cáncer) con el estrés de B2 (Tabla 2), arrojó resultados que mostraron una correlación entre el éxito del hombre con cáncer al lidiar con sus problemas y el control de su estrés, con la satis-

facción que siente ante la confianza, el consuelo, el cuidado y la compañía (apoyo cotidiano) que le brinda la pareja (A2). Del mismo modo, cuando él se encuentra dispuesto a recibir y pedir el apoyo de ella, su sentimiento de encarar efectivamente sus problemas (control de estrés) se ve favorecido.

Tabla 2. Correlación de la empatía de A2 con la satisfacción con el apoyo recibido de la pareja y la disposición a recibir apoyo de B2 para el estrés.

Factores			B2 (hombre con cáncer)	
			Estrés	
			Descontrol	Control
B2 (hombre con cáncer)	Apoyo	Apoyo cotidiano		.295*
	Capacidad de recibir apoyo			.384**

* $p = .05$, ** $p = .01$

DISCUSIÓN

El cáncer es indudablemente una situación estresante que, tal y como apuntan Moreno, Lara y Alvarado (2014), conlleva un cambio drástico en el estilo de vida de quienes lo padecen y en el de sus familias. Sin embargo, la empatía y el apoyo de quienes rodean a la persona enferma pueden amortiguar los efectos adversos de la enfermedad, como el estrés, sobre todo si provienen de su círculo más cercano, en una relación de igualdad y reciprocidad mediada por un vínculo socioemocional como la pareja (Berndt y Savin-Williams, 1993; Claes, 1998; Collins y Gunnar, 1990).

Para obtener los más altos niveles de salud, las políticas sanitarias deben reconocer que las mujeres y los hombres, debido a sus diferencias biológicas y a sus roles de género, tienen diferentes necesidades, afrontan diversos obstáculos y gozan de distintas oportunidades (OMS, 2008). Lo anterior se ve reflejado en la diferencia que hay entre las Tablas 1 y 2; por consiguiente, en la primera es notable un mayor número de correlaciones con el aumento del control del estrés, mientras que en el segundo solo se aprecian dos correlaciones significativas con el control del estrés. Esto se debe principalmente a la ideología del rol que debe tener cada uno de los sexos, pues la mujer ha sido vista como la cuidadora por excelencia, y el hombre como el agente protector. El mayor número de correlaciones que se observa en la Tabla 1 se puede deber al hecho de que el hombre adopta un nuevo papel en el que la mujer se ve aliviada de sus responsabilidades domésticas y como cuidadora de la familia al ser apoyada (ANMM, 2014; Biffi y Mamede, 2010; Castañeda, 2007; García-Vega, 2011; Rohlfs, s.f.), lo que se ve reflejado en las relaciones entre la satisfacción del apoyo cotidiano, el apoyo grave y la capacidad de recibir apoyo. A su vez, el hombre puede no percibir una mayor satisfacción con el apoyo recibido pues se convierte en una normalidad que puede ser invisibilizada (Peredo, 2003) y no resultar significativa en momentos estresantes, además de que se le asignan atributos como autonomía, autoconfianza, asertividad, orientación al logro e instrumentalidad, lo que hace más difícil que acepte y exprese

sentimientos de debilidad, incompetencia y miedo (Matud, 2004; Matud, Guerrero y Matías, 2006).

La satisfacción con el apoyo cotidiano y el apoyo grave fue una variable que resultó significativa para el control del estrés, lo que, como se señaló líneas arriba, puede deberse a que el apoyo social en general salvaguarda a las personas de los efectos que causan las enfermedades (Harden, Northouse y Mood, 2006; Moreno *et al.*, 2014; Rondón y Lugli, 2013) porque mejora la autoestima, promueve el uso de estrategias de afrontamiento más efectivas y de comportamientos saludables, mejora el estado de ánimo y las habilidades para superar la adversidad (Rondón y Lugli, 2013), lo que, de acuerdo con Chi *et al.* (2011) provee los recursos necesarios para afrontar el estrés.

Del mismo modo, y tal como afirman Dellafiore *et al.* (2018), la disposición a aceptar el apoyo conyugal afecta la gestión de la enfermedad ante situaciones estresantes en virtud de que contar con aquel permite que la persona con cáncer se sienta cuidada, amada y valorada, mitigando así el efecto de los estresores (García-Torres, García-Méndez, M., y Rivera-Aragón, 2017). Es factible que lo anterior se deba a que la capacidad de recibir apoyo se relaciona directamente con la prosperidad, que otorga al individuo una sensación de tener una vida útil y significativa (Flórez *et al.*, en prensa; Sánchez-Aragón, 2018).

En conclusión, las parejas experimentan diversas alteraciones en la relación cuando uno de los miembros padece cáncer, como cambios en los roles y las responsabilidades, lo que modifica su relación. Sin embargo, enfrentar tal problema unidos puede fortalecer la relación, su amor y compromiso, y descubrir así que su relación es más importante de lo que suponían.

En los resultados del presente estudio fue posible apreciar que la satisfacción con el apoyo brindado por la pareja y la disposición a recibirlo por parte de la persona enferma fueron significativas pero débiles en su relación con el control del estrés, por lo que se considera necesario proseguir investigando las aportaciones de la pareja en el proceso de salud-enfermedad de pacientes con enfermedades crónicas como el cáncer, debido a que pueden contribuir a mejorar su calidad de vida.

AGRADECIMIENTOS

Proyecto de investigación, evaluado, avalado y financiado por la Dirección General de Apoyo al Personal Académico de la Universidad Nacional Autónoma de México PAPIIT IN304919 “Factores protectores y de riesgo a la salud en parejas sanas y con enfermedades crónico-degenerativas”.

Citación: Santiago-Silva, D.Z. y Sánchez-Aragón, R. (2021). La empatía y el apoyo de la pareja como factores protectores del estrés en pacientes con cáncer. *Psicología y Salud*, Número Especial, 85-96. <https://doi.org/10.25009/pys.v3i1i3.2730>.

REFERENCIAS

- Academia Nacional de Medicina de México (2014). El hombre y la mujer enferman en forma diferente. *Revista de la Facultad de Medicina*, 57(2), 53-56.
- Alvarado A., S., Ochoa C., F.J., Guerra C., H.G., Mulier R., Y.A., Galindo V., O. y Zapata, I., M.R. (2011). Adherencia terapéutica del paciente con cáncer; algunos factores: (perspectiva del oncólogo). *Gaceta Mexicana de Oncología*, 10(3), 136-142.
- American Cancer Society (2016). *¿Qué es el cáncer?* Atlanta, GA: ACS. Recuperado de <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/6041.96.pdf>.
- Ansoleaga, E. (2015). Indicadores de salud mental asociados a riesgo psicosocial laboral en un hospital público. *Revista Médica de Chile*, 143(1), 47-55. Doi: 10.4067/S0034-98872015000100006.
- Baca R., D. (2014). Resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un hospital de Trujillo. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 3(1), 107-124.
- Bairero A., M. (2017). El estrés y su influencia en la calidad de vida. *Multimed*, 21(6), 971-982. Recuperado de <http://www.rev-multimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/688>.
- Barroihet D., S., Forjaz, M.J. y Garrido L., E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(6), 390-397.
- Berndt, T.J. y Savin-Williams, R.C. (1993). Peer relations and friendships. En P. H. Tolan y B. J. Cohler (Comps.): *Clinical research and practice with adolescents* (pp. 203-219). New York: John Wiley & Sons.
- Berrios, R. y Rivero V., A. (2015). El cáncer prostático en la experiencia de pareja: La mujer como guardiana de la salud. *Interamerican Journal of Psychology*, 49(3), 387-398.
- Biffi, R.G. y Mamede, M.V. (2010). Perception of family functioning among relatives of women who survived breast cancer: Gender differences. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(2), 269-277. Doi: 10.1590/S0104-11692010000200019.
- Bonino, L. (2000). Varones, género y salud mental: deconstruyendo la “normalidad” masculinidad. En M. Segarra y A. Carabí (Eds.): *Nuevas masculinidades* (pp. 41-64). Madrid: Icaria Editorial.
- Burgos A., D.J., Rendón L., V.M., Díaz N., C.L., Aguirre C., J.T., Peralta Z., G.A. y Angulo L., T.A. (2020). La relajación y estrés laboral en el personal docente: una revisión sistemática. *Lecturas: Educación Física y Deportes*, 25(266), 109-123.
- Cano V., A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer. *Psicooncología*, 2(1), 71-80.
- Cantú G., R. y Álvarez B., J. (2009). Sucesos vitales y factores psicosociales asociados: el caso de pacientes con cáncer. *Psicología y Salud*, 19(1), 21-32.
- Castañeda A., I.E. (2007). Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(2), 1561-3127.
- Chi, P., Tsang, S.K.M., Chan, K.S., Xiang, X., Yip, P.S.F., Cheung, Y.T. y Zhang, X. (2011). Marital satisfaction of Chinese under stress: Moderating effects of personal control and social support. *Asian Journal of Social Psychology*, 14, 15-25. Doi: 10.1111/j.1467-839X.2010.01322.x.
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. Doi: 10.2307/2136404.
- Cohen, S., Kessler, R. y Underwood, L. (1997). Strategies for measuring stress: studies of psychiatric and physical disorders. En S. Cohen y R. Kessler (Eds.): *Measuring stress: A guide for health and social scientist* (pp. 3-26). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Collins, W.A. y Gunnar, M.R. (1990). Social and personality development. *Annual Review of Psychology*, 41(1), 387-416. Doi: 10.1146/annurev.ps.41.020190.002131.

- Claes, M. (1998). Adolescent's closeness with parents, siblings, and friends in three countries: Canada, Belgium, and Italy. *Journal of Youth and Adolescence*, 27, 165-184. Doi: 10.1023/A:1021611728880.
- Coolican, H. (2005). *Métodos de investigación y estadística en psicología*. México: El Manual Moderno.
- Davis, M.H. (1996). *A social psychological approach*. Boulder, CO: Westview Prees.
- De Brito S., C.S.V. (2003). *Representação cognitive e emocional, estratégias de coping e qualidade de vida no doente oncológico e família*. Tesis inédita de doctorado. Lisboa: Universidade do Porto. Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/22948>.
- De la Garza S., J.G. y Juárez S., P. (2014). *El cáncer: La Ciencia a tu Alcance*. Monterrey (México): UANL. Recuperado de http://eprints.uanl.mx/3465/1/El_Cancer.pdf.
- Dellafiore, F., Rosa, D., Pittella, F., Caruso, M.P., Allemano, M. y Caruso, R. (2018). The impact of type 2 diabetes diagnosis on married couples. *Journal of Diabetes Nursing*, 22, 1-5.
- Escamilla, M., Rodríguez, I. y González, M.G. (2009). El estrés como amenaza y como reto: un análisis de su relación. *Ciencia y Trabajo*, 11(32), 96-101.
- Flórez R., Y.N., y Sánchez-Aragón, R. (2020). El estrés (experiencia y percepción de reto vs. amenaza) y la rumia como factores de riesgo a la salud. *Salud y Administración*, 7(20), 17-27.
- Flórez R., Y.N., Sánchez-Aragón, R. y Athié A., A.J. (en prensa). The importance of social and the ability it receive it in subjective well-being and the quality of life of the diabetic patient. En *Diabetes: An approach from the social psychology of health*. New York: Springer.
- Fundación Salud, Innovación y Sociedad (2003). *Necesidad y demanda del paciente oncológico*. Barcelona: FSIS. Recuperado de <http://www.fbjoseplaporte.org/docs/repositori/070517121920.pdf>.
- García A., A. (2016). *Apoyo social percibido, estado emocional y estrés en cáncer de mama tras cirugía*. Tesis inédita de maestría. Elche (España): Universidad Miguel Hernández. Recuperado de http://193.147.134.18/bitstream/11000/5725/1/GARCIA_AGUADO_ANAIS_TFM.pdf.
- García T., M., García M., M. y Rivera-Aragón, S. (2017). Apoyo social en adultos mexicanos: Validación de una escala. *Acta de Investigación Psicológica*, 7, 2561-2567. Doi: 10.1016/j.aiappr.2017.02.004.
- García V., E. (2011). Acerca del género y la salud. *Papeles del Psicólogo*, 32(3), 282-288.
- González G., N., Tinoco G., A.M. y Benhumea G., L.E. (2011). Salud mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Un acercamiento a la diabetes mellitus tipo 2. *Espacios Públicos*, 14(32), 258-279.
- Harden, J.K., Northouse, L.L. y Mood, D.W. (2006). Qualitative analysis of couples' experience with prostate cancer by age cohort. *Cancer Nursing*, 29(5), 367-377. Doi: 10.1097/00002820-200609000-00004.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana Educación.
- Hilbert, G.A. (1990). Social support in chronic illness. En O. L.Strickland y C. F. Waltz (Eds.): *Measurement of nursing outcomes: Measuring client self-care and coping skills* (pp.79-96). New York: Springer.
- Honold, J., Beyer, R., Lakes, T. y van der Meer, E., (2012). Multiple environmental burdens and neighborhood-related health of city residents. *Journal of Environmental Psychology*, 32, 305-317. Doi: 10.1016/j.jenvp.2012.05.002.
- INFO Cáncer (2019). *El cáncer en el mundo y México*. Recuperado de <https://www.infocancer.org.mx/?c=conocer-el-cancer&a=estadisticas-mundiales-y-locales>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). *Estadísticas a propósito del Día Mundial contra el Cáncer* (4 de febrero. Ciudad de México: INEGI. Recuperado de <https://www.infocancer.org.mx/?c=cancer-cifras&a=estadisticas-2018>.
- Jiménez, A. y Cubillos, R. (2010). Estrés percibido y satisfacción laboral después del terremoto ocurrido el 27 de febrero de 2010 en la Zona Centro-Sur de Chile. *Terapia Psicológica*, 28(2), 187-192. Doi: 10.4067/S0718-48082010000200007.
- Jordá G., C. y Saus O., C. (2019). Efecto del cáncer de mama sobre el ajuste diádico en parejas atendidas en un hospital de Valencia. *Nure Investigación*, 16(99), 1-10.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao (España): Desclée de Brouwer.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Madrid: Ediciones Roca.
- Marín K., C.L., Martínez P., D.F., Vera P., F., Echeverri R., S., Muñoz U., D.M., Quelal A. Y.K., Sánchez C., D.M. y Urbano G., S.F. (2013). Calidad de vida en pacientes en tratamiento de cáncer de mama, Pereira, Colombia 2010. *Investigaciones Andinas*, 15(27), 811-823.
- Martínez A., E., Piqueras J., A. e Inglés C., J. (2011). Relaciones entre inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento ante el estrés. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 37, 20-21.
- Martínez R., A.M. (2018). Calidad de vida y apoyo social en mujeres con cáncer de mama. *Ciencia y Cuidado*, 15(1), 34-47. Doi: 10.22463/17949831.1232.

- Matud, M.P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37(2004), 1401-1415. Doi: 10.1016/j.paid.2004.01.010.
- Matud, M.P., Guerrero, K., y Matías, R.G. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 7-21.
- Mehrabian, A. y Epstein, N. (1972). A measure of emotional empathy. *Journal of Personality*, 40, 525-543.
- Moreno L., S.L., Lara M., F.U. y Alvarado A., S. (2014). Impacto psicológico en la pareja de la paciente con cáncer de mama. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 13(1), 47-52.
- Naranjo M., L. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Educación*, 33(2), 171-190.
- National Cancer Institute (2015). *What is cancer?* Bethesda, MD: NCI. Recuperado de <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>.
- Nickerson, R.S., Butler, S.F. y Carlin, M. (2011). Empathy and knowledge projection En J. Decety y W. Ickes (Eds.): *The Social Neuroscience of Empathy* (pp. 43-56). Cambridge, MA: The MIT Press.
- Nurullah, A. (2012). Received and provided social support: a review of current evidence and future directions. *American Journal of Health Studies*, 27(3), 173-188.
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra: OMS. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Cáncer*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/cancer/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *10 datos sobre el cáncer*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/features/factfiles/cancer/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Cáncer. Datos y cifras*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2013). *Salud, ambiente y desarrollo sostenible: hacia el futuro que queremos*. Washington, D.C.: OPS/OMS. Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3472/Salud,%20ambiente%20y%20desarrollo%20sostenible%20hacia%20el%20futuro%20que%20queremos%20SDE.pdf>.
- Oros S., L.B. (2002). Estrés y variables moderadoras de la percepción de la amenaza. *Interdisciplinaria*, 19(2), 159-183.
- Peredo B., E. (2003). Mujeres, trabajo doméstico y relaciones de género: reflexiones a propósito de la lucha de las trabajadoras bolivianas. En M. León T. (Comp.): *Mujeres y trabajo: cambios impostergables* (pp. 54-65). Ciudad Caucel: Veraz Comunicação. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20101012022000/7pereda.pdf>.
- Pérez, P., González, A., Míeles, I., y Uribe A., F. (2017). Relación del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y los factores clínicos y sociodemográficos en pacientes oncológicos. *Pensamiento Psicológico*, 15(2), 41-54. Doi: 10.11144/Javeriana-cali.PPSI15-2.rase.
- Poblete, F., Glasinovic, A., Sapag, J., Barticevic, N., Arenas, A. y Padilla, O. (2015). Apoyo social y salud cardiovascular: adaptación de una escala de apoyo social en pacientes hipertensos y diabéticos en la atención primaria chilena. *Atención Primaria*, 47(8), 523-531. Doi: 10.1016/j.aprim.2014.10.010.
- Puente, J. y De Velasco, G. (2019). *¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla?* Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Recuperado de <https://seom.org/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla?showall=1>.
- Rohlf, I. (s.f.). *Género y salud: diferencias y desigualdades*. Recuperado de <http://quark.prbb.org/27/027036.htm>.
- Rohlf, I., Borrell, C. y Fonseca, M.C. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gaceta Sanitaria*, 14(S3), 60-71.
- Rondón, J. y Lugli, Z. (2013). Efectos del tipo de diabetes, estrategias de afrontamiento, sexo y optimismo en el apoyo social. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(3), 193-207.
- Samper G., P. (2014). Diferentes tendencias prosociales: el papel de las emociones. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 6(2), 177-185.
- Sánchez-Aragón, R. (2016). *La pareja romántica en México. Desentrañando su naturaleza comunicativa y emocional*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sánchez-Aragón, R. y Calleja, N. (2021). Adaptación y validación de la Escala de Satisfacción con el Apoyo Recibido y diseño y validación de la Escala de Disposición a recibir Apoyo Social. *Revista Costarricense de Psicología*, 40(1), 37-59. Doi: 10.22544/rcps.v40i01.03.
- Sánchez-Aragón, R. y Martínez P., M. (2015). Empatía en el contexto romántico: diseño y validación de una medida. *Universitas Psychologica*, 15(1), 19-28. Doi: 10.11144/Javeriana.upsy15-1.ecrd.
- Sánchez-Aragón, R. (en prensa). Apoyo de la pareja: Satisfacción, capacidad para recibirlo y resiliencia en México. *Revista Costarricense de Psicología*.

- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B. y Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139. Doi: 10.1037/0022-3514.44.1.127.
- Teherán, A., Mejía, M., Álvarez, L., Muñoz, Y., Barrera, M. y Cadavid, V. (2017). Relación entre el apoyo social y las complicaciones agudas de la diabetes tipo 2: un estudio de corte transversal. *Revista de Ciencia de la Salud*, 15(2), 211-222. Doi: 10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.5757.
- Verhofstadt, L.L.L., Lemmens, G.M.D. y Buysse, A. (2013). Support-seeking, support-provision and support-perception in distressed married couples: A multi-method analysis. *Journal of Family Therapy*, 35(3), 320-339. Doi: 10.1111/1467-6427.12001.
- Wang, H., Wang, L., Kabirov, I., Peng, L., Chen, G., Yang, Y., A, Z.A. y Xu, W. (2017). Impact of marital status on renal cancer patient survival. *Oncotarget*, 26(41), 70204-70213. Doi: 10.18632/oncotarget.19600.

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 México¹

Autor para correspondencia: Rozzana Sánchez Aragón, 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.

¹ 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 siguientes²: *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

² 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 α 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 violencia³. 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).

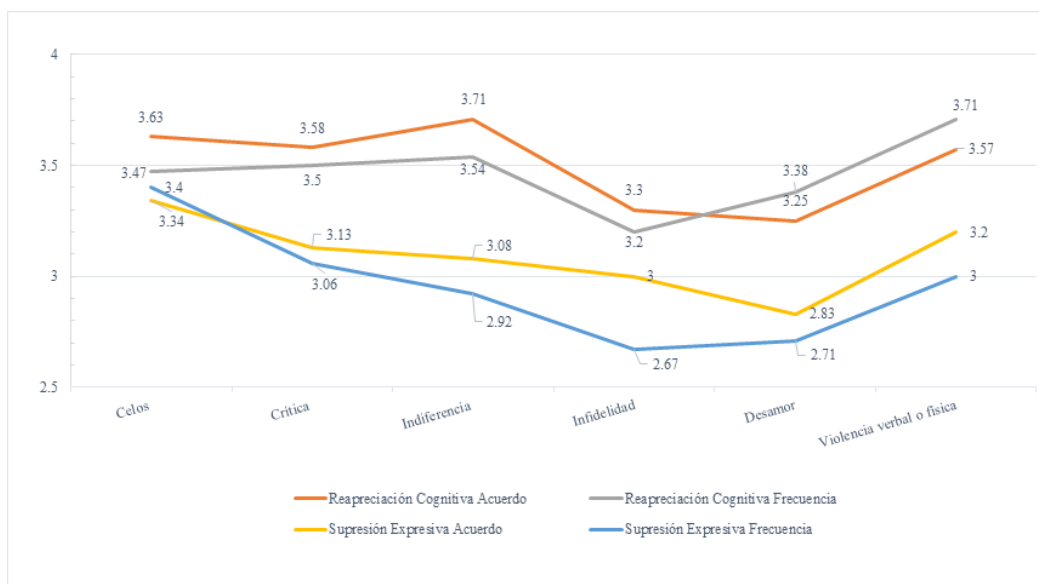
³ Cabe señalar que en cuanto a los EH experimentados, estos son más que la cantidad de participantes debido a que cada participante pudo reportar que vivía más de un EH en su relación de pareja. En consecuencia, cuando un participante reportaba únicamente un EH, se tomaba ese para clasificarlo, pero 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	3.0	2.8
	Rol físico	2.7	2.7	2.9	3.2	3.1	2.9
	Rol emocional	2.4	2.5	2.7	2.9	2.7	2.6
	Vitalidad	3.2	3.0	2.9	2.8	2.9	2.9
	Dolor	3.0	3.0	3.2	3.8	3.8	3.8
	Salud en general	2.4	2.5	2.4	2.4	2.4	2.6
	Salud en relación con otros	3.2	3.4	3.2	3.2	3.1	3.3
	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 reminiscencias 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-Salavez, 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.
- 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 3rd 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.

REQUISITOS DE PUBLICACIÓN

ENVÍO DE ARTÍCULOS:

1. La revista *PSICOLOGÍA Y SALUD* recibe trabajos en las modalidades de reportes de investigación, informes, artículos monográficos, reseñas bibliográficas, analíticas o comentadas en el campo de la psicología de la salud.
2. Todos los artículos deberán dirigirse en formato Word 2003 o 2007 al Editor de la revista *PSICOLOGÍA Y SALUD*, correo electrónico rbulle@uv.mx. Se acusará recibo de los textos, pero no se extenderán cartas de aceptación hasta que hayan sido programados para su publicación. Una vez publicado un artículo, se remitirá al autor principal por vía electrónica la separata del mismo para su reproducción.
3. Si bien se reciben los trabajos a través de nuestra plataforma al registrarse en <http://psicologiaysalud.uv.mx/>, es preferible que se envíen a la dirección electrónica indicada.
4. Los artículos se acompañarán de una declaración adjunta que indique su carácter inédito y el compromiso de que, de aceptarse, no se enviarán a ninguna otra revista, a menos que medie la autorización expresa del Editor.
5. Una vez recibidos, los artículos serán remitidos a dictamen por parte de expertos en el tópico abordado, cuyas recomendaciones deberán seguir el o los autores, a reserva de que estos pueden inconformarse justificando plenamente el motivo de su inconformidad.
6. En el caso de que el artículo haya sido publicado anteriormente en otra revista, el autor o autores justificarán las razones por las que solicitan sea incluido en *PSICOLOGÍA Y SALUD*. El Comité Editorial se reservará el derecho de aceptar la publicación del mismo.
7. En el caso que un autor pretenda publicar un artículo ya aparecido en *PSICOLOGÍA Y SALUD* en otro medio, deberá solicitar el permiso por escrito al Editor, justificando las razones de tal petición.

EXTENSIÓN Y PRESENTACIÓN:

8. Aun cuando la revista publica en idioma español, los autores deberán presentar en ese idioma y en inglés el título, el resumen y un máximo de seis descriptores o palabras clave que indiquen el contenido temático del texto.
9. El artículo no deberá incluir números de página ni exceder de quince páginas en *interlineado sencillo* utilizando la fuente Times New Roman de doce puntos. El texto debe estar corrido por completo a la izquierda.
10. El nombre y apellidos completos del autor o autores se anotará inmediatamente abajo del título, omitiendo su grado académico o profesión.
11. En pies de página sucesivos deberán indicarse el nombre completo de la institución o instituciones donde laboren *cada uno* de los autores, el nombre de la dependencia, la dirección postal completa y el número telefónico de las mismas, al igual que sus direcciones electrónicas.
12. Los artículos aceptados se someterán a una revisión editorial que puede incluir, en caso necesario, la condensación del texto, la corrección del estilo y la supresión o adición de cuadros, ilustraciones y anexos, sin que por ello se pueda modificar en absoluto el contenido ni el sentido del artículo.
13. Con relación al título del artículo, éste no debe exceder de quince palabras y describirá el contenido clara, exacta y concisamente en inglés y en español.
14. En los trabajos experimentales, el texto se divide generalmente en Introducción, Método (sujetos, materiales, instrumentos, procedimiento, etc.), Resultados y Discusión. Este modelo no comprende los artículos redactados en forma de ensayo, reseña bibliográfica comentada, crítica o analítica, los que serán divididos en títulos, subtítulos y apartados dependiendo de su contenido.
15. En el resumen deberán señalarse los objetivos del trabajo, sus alcances, la metodología utilizada y los principales resultados.
16. En caso de requerirse notas a pie de página en el cuerpo del texto, no se identificarán con asteriscos sino con números sucesivos.

REFERENCIAS:

17. La referencias anotadas al final deberá corresponder absolutamente con las indicadas en el cuerpo del artículo y estar actualizadas.
18. Al final del artículo, dichas referencias se presentarán en orden alfabético tomando como base el apellido del autor principal.
19. Se seguirán, en todos los casos, las indicaciones que al efecto ha formulado la American Psychological Association en la más reciente versión de su *Manual de Publicaciones*.

CUADROS, TABLAS O FIGURAS:

20. Los cuadros, tablas o figuras se presentarán en Word 2000 y deberán estar intercalados en el lugar que correspondan dentro del artículo. No se aceptará que estos auxiliares visuales se envíen como archivos adjuntos o se coloquen al final del artículo. Se acompañarán de una cabeza breve y clara y ordenados con números sucesivos.
21. Sólo se aceptarán gráficas, diagramas, dibujos lineales o mapas, pero no fotografías. En el caso de que no sean originales del autor, deberá especificarse la fuente.

En ningún caso se aceptarán artículos que no cumplan con los requisitos de publicación señalados arriba.