



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Psicología



División de Estudios Profesionales

"Impacto de la Rumia, Estrés, Uso y Autoeficacia en la Regulación Emocional y la Disposición para Recibir Apoyo con el Bienestar Subjetivo de pacientes con cáncer".

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA PRESENTA:

ARLEN DANIELA PÉREZ GARCÍA

Directora: Dra. Rozzana Sánchez Aragón
Revisora: Dra. Carmen Lizette Gálvez Hernández

Ciudad Universitaria, 2022

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".



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Aun sabiendo que no existen palabras que me permitan expresar la gratitud que siento, me permito expresar mis más sinceros agradecimientos a quienes me han acompañado en la culminación de este proyecto, sin su participación, esto no habría sido posible.

Gracias a mi mamá y a mi papá por haberme forjado como la persona que soy, por enseñarme que las metas se consiguen a base de trabajo y dedicación, gracias por creer en mí, apoyarme y acompañarme en este arduo camino.

Gracias a cada una de las personas que han confiado en mí y han creído en mis sueños, en mis convicciones y en los pasos que doy, han sido un impulso y un soporte en el transitar de estos años. Gracias, amigas, gracias, Denisse y Mariana por su compañía y apoyo incondicional.

Gracias a la Universidad que me ha permitido coincidir con personas maravillosas que han aportado muchísimo a mi vida tanto académica como personal, por ampliar mis horizontes y darme la oportunidad de enriquecerme de distintas miradas, perspectivas y saberes.

Gracias a cada uno de los docentes que han dejado grandes enseñanzas en mí, que con amor y dedicación han dejado algo en mí. Gracias infinitas por el tiempo dedicado, son una fuente de inspiración.

Gracias a la Dra. Rozzana por haber sido mi guía durante la realización y culminación de este proyecto, por la dedicación, el compromiso, el tiempo y las atenciones que ha destinado hacia mí y hacia mi trabajo, lo aprecio mucho.

Gracias a mis sinodales por el tiempo dedicado a leerme y corregirme, sus aportaciones son parte importante en la culminación de este proyecto, gracias infinitas.

Por último, gracias a cada uno de los participantes de la presente investigación, este trabajo es para y por ustedes.

Con cariño, Dani.

Índice

Resumen.....	6
---------------------	----------

Capítulo 1. Cáncer y el individuo

1.1 Definición y causas de la enfermedad.....	8
1.2 El individuo enfermo: Lo físico, emocional y social	9
1.3 Desarrollo de la enfermedad: del diagnóstico al tratamiento.....	15

Capítulo 2. Aspectos psicosociales del paciente con cáncer: rumia, estrés, uso y autoeficacia en el ejercicio de la regulación emocional, disposición para recibir apoyo y bienestar subjetivo

2.1 Bienestar subjetivo	20
2.2 Adaptación psicosocial al cáncer.....	22
2.3 Rumia en personas sanas y en pacientes con cáncer	22
2.3.1 Relación de la rumia con el BS en personas sanas y en pacientes con cáncer.....	23
2.3.2 Rumia, edad, escolaridad, número de hijos y tiempo de diagnóstico: relación y efectos	26
2.4 Estrés en personas sanas y en pacientes con cáncer	27
2.4.1 Relación del estrés con el BS en personas sanas y en pacientes con cáncer	30
2.4.2 Estrés, edad, escolaridad, número de hijos y tiempo de diagnóstico: relación y efectos	31
2.5 El papel de las emociones en personas sanas y pacientes con cáncer: uso de la Regulación Emocional (RE)	33
<i>Regulación Emocional en personas sanas y en pacientes con cáncer</i>	<i>35</i>

<i>Autoeficacia en el ejercicio de las estrategias de regulación emocional en personas sanas y en pacientes con cáncer</i>	38
2.5.1 Relación del uso y autoeficacia en el ejercicio de la regulación emocional con el BS en personas sanas y en pacientes con cáncer	39
2.5.2 Uso y autoeficacia en el ejercicio de la regulación emocional, edad, escolaridad, número de hijos y tiempo de diagnóstico: relación y efectos ...	41
2.6 Disposición a recibir apoyo social en personas sanas y pacientes con cáncer	43
2.6.1 Relación entre la disposición a recibir apoyo social y BS	45
2.6.2 Disposición a recibir apoyo social, edad, escolaridad, número de hijos y tiempo de diagnóstico: relación y efectos	47
2.7 Influencia de variables psicosociales en la percepción de BS en personas sanas y pacientes con cáncer	49
Método	51
Objetivo general.....	51
Objetivos específicos.....	51
Justificación.....	51
Variables.....	53
Definición conceptual.....	54
Definición operacional.....	54
Hipótesis.....	57
Participantes.....	59
Instrumentos.....	59
Tipo de investigación.....	61
Procedimiento.....	62
Resultados	63

Discusión	77
Referencias	95
Anexo	104

Resumen

La Psicología de la Salud es una disciplina que ha cobrado importancia durante las últimas décadas, ya que las afecciones que aquejan a la población están cada vez más relacionadas con enfermedades físicas, las cuales están permeadas por distintos procesos psicológicos, cuya presencia impacta en el curso de la enfermedad en cuestión y en el proceso salud-enfermedad (Díaz Facio, 2010).

La Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2021) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, por lo que se abre un campo de investigación muy amplio en el ámbito de la Psicología, que había permanecido inactivo desde años atrás por la visión reduccionista que se tenía de las enfermedades (Díaz Facio, 2010).

Una de las enfermedades de mayor prevalencia y mortalidad en la población mexicana es el cáncer, ocupando la tercera causa de muerte (OMS, 2021), dicha enfermedad se ve fuertemente permeada en la esfera emocional, ya que su impacto no se limita al estado físico de la persona (Bravo, 2018). Además, el panorama a futuro no es muy alentador, la OMS estima que para el 2030 los casos nuevos sobrepasarán los 20 millones anuales, por lo que cobra relevancia continuar el estudio de la línea psico-oncológica, a fin de ampliar la eficacia de los tratamientos, partiendo de una base científica que integre las distintas dimensiones implicadas, a fin de preservar la calidad de vida del paciente.

Uno de los factores psicológicos mayormente estudiado en relación con el cáncer es el estrés (E), pues al tratarse de un proceso, se requiere de una continua adaptación, lo que tiene múltiples consecuencias en el individuo. Dentro de estas consecuencias se encuentra una asociación con la rumia (R) como consecuencia o predictor del E (Flórez Rodríguez & Sánchez Aragón, 2020). Asimismo, el E es un factor asociado a múltiples emociones (sensación de desesperanza, ira y decepción), primando aquellas de carácter negativo (Infocáncer, 2019), por

lo que se considera potencialmente relevante conocer el papel que tiene el uso y ejercicio de la regulación emocional (UERE) así como la autoeficacia en el ejercicio de la regulación emocional (A-ERE), pues la autoeficacia en éste dominio incide en la respuesta que se da a las situaciones presentadas; una percepción pobre del uso de la A-ERE, propicia el despliegue de una estrategia de carácter poco adaptativo como lo es la supresión expresiva (SE) que consiste en dominar y no expresar las emociones, lo cual genera problemas a nivel físico y emocional. Mientras que, percibirse autoeficaz está ligado al uso de estrategias más adaptativas, como la reapreciación cognoscitiva (RC) que implica reevaluar las situaciones positivamente, derivando en mejores resultados (Porro et al., 2012) y facilitando que los pacientes muestren disposición para recibir apoyo (DRA), que de acuerdo con Sánchez Aragón (2021) consiste en desplegar conductas facilitadoras para que los otros brinden su apoyo, implica compartir los propios sentimientos, hablar de los problemas y tener la disposición de recibir consejos, estas conductas facilitan una mejor adaptación psicosocial.

Para finalizar, es importante subrayar que uno de los objetivos de la OMS en materia de cáncer es preservar la calidad de vida –qué incluye bienestar subjetivo (BS) y bienestar objetivo– del paciente oncológico, y esa no la dan los médicos (as), sino el entorno circundante del (la) paciente, para lo que es necesario una comprensión integral de los fenómenos psicológicos que subyacen a la enfermedad, siendo importante estudiar factores de riesgo (estrés y rumia) y factores protectores (disposición para recibir apoyo y autoeficacia en el ejercicio de la regulación emocional) en la dimensión BS.

Capítulo 1

Cáncer y el Individuo

Definición y causas de la enfermedad

El cáncer es una enfermedad causada por mutaciones en los genes que controlan la forma como funcionan las células, especialmente la forma como crecen y se dividen (Instituto Nacional del Cáncer [INC], 2015). Dicha mutación puede ser causada por diversos agentes que a grandes rasgos podrían dividirse en factores internos y externos. Por ejemplo, si su causa es un factor interno; la mutación puede ser congénita y tener su origen en la herencia o estar causada por factores internos al organismo (hormonas, infecciones o inflamación crónica) (Sociedad Española de Oncología Médica [SEOM], 2019) que propicien que la célula cometa un error en el proceso de replicación de ADN (Silva, 2006).

Por otro lado, si la causa está en un factor externo, la mutación causante de cáncer se da específicamente en proto-oncogenes, genes supresores de tumores, y posiblemente, genes de reparación del ADN (Silva, 2006). Asimismo, los posibles precursores de la mutación se amplían, ya que la causa está en la exposición a ciertos factores ambientales, es así que la OMS (2021) hace una subclasificación de tres carcinógenos externos o ambientales:

- Físicos: Radiaciones ultravioleta e ionizantes.
- Químicos: Los componentes del humo de tabaco, el asbesto, las aflatoxinas (contaminantes de los alimentos), níquel (refinerías), cromo y el arsénico (contaminante del agua de bebida), entre otros.
- Biológicos: Algunos virus, bacterias y parásitos; para ilustrar en 2018, 13% de los casos de cáncer se atribuyeron a la bacteria *Helicobacter pylori*, y a los virus del papiloma humano, de la hepatitis B y de la hepatitis C y el virus de Epstein-Barr.

Además de los factores carcinógenos, existen factores de riesgo que contribuyen a la aparición del cáncer; tal es el caso de hábitos de vida insanos (dieta rica en grasas, inactividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol), exposición geográfica (contaminación del agua y/o del aire) y exposición laboral (ambientes industriales) contribuyen también a la aparición de ciertos tipos de cánceres (Silva, 2006).

El individuo enfermo: Lo físico, emocional y social

Tras saber cómo se origina, es preciso conocer acerca de su desarrollo. La propagación de células cancerosas comienza antes de que la enfermedad sea evidente, algunos tipos de cáncer se desarrollan rápidamente mientras que otros pueden tardar años en representar peligro para el paciente (Cáncer Quest [CQ], 2021); sea cual sea la velocidad de su propagación, en cuanto el sistema inmune reconoce las células malignas genera una intensa reacción contra ellas con el fin de eliminarlas, siendo poco útil su actuación, pues tales células poseen mecanismos que burlan los mecanismos inmunológicos, continuando su propagación (INC, 2015). Tal multiplicación de células forma tumores que son masas de tejido que en su expansión pueden destruir y sustituir los tejidos normales (Pérez, 2018). El tumor suele invadir el tejido circundante y puede propagarse hacia otros órganos a través de la circulación sanguínea, provocando metástasis en puntos distantes del organismo. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer (OMS, 2021).

El cáncer es una de las causas principales de muerte en todo el mundo y se estima que —debido al crecimiento poblacional y el envejecimiento—, para el 2030 los casos nuevos aumentarán (OMS, 2021). Pese a que el número de casos vaya en aumento, la tasa de mortalidad ha disminuido, lo cual resulta bastante esperanzador. Por dicha razón, es preciso, conocer más sobre los factores psicológicos que se ven involucrados en la vida del (la) paciente

con cáncer a fin de que dicho conocimiento pueda ser incorporado al tratamiento psicológico que se les dé durante su proceso de recuperación.

Las cifras que se tienen al momento muestran que en América es la segunda causa de muerte y en México, la tercera (OMS, 2021). El director del Instituto Nacional de Cancerología mencionó que de 191 000 casos de cáncer diagnosticados se presentan 84 000 defunciones, representando así, un tema de relevancia para la población mexicana.

Al ser una enfermedad de tipo celular con múltiples variantes, los síntomas a experimentar son múltiples y variados, según el tipo de cáncer diagnosticado y algunos factores individuales como pueden ser la edad, tener familia, tener hijos, el poseer redes de apoyo, algunos rasgos de personalidad, etc. Es así que el cáncer es una enfermedad que impacta en la esfera física, psicológica y social del paciente.

Con relación a la edad, la OMS (2021) dio a conocer que la incidencia de esta enfermedad aumenta con la edad, debido a que se van acumulando factores de riesgo para determinados tipos de cáncer, además la eficacia de reparación celular disminuye con la edad. No obstante, en lo que respecta a su esfera psicosocial Cruzado (2010), menciona que hay un mayor impacto negativo en personas jóvenes o de mediana edad, puesto que el cáncer interfiere con sus planes, de esta manera se asocia con una peor adaptación.

Como se mencionó anteriormente, es importante considerar que el diagnóstico de la enfermedad, impacta a nivel individual y social, especialmente en su círculo más cercano que en la mayoría de los casos está representado por la familia, quienes a lo largo de la enfermedad presentan reacciones, sensaciones y emociones muy similares a las del enfermo (a) (Infocáncer, 2019). La familia, y en concreto, la pareja son un gran apoyo durante todo el proceso, puesto que asumen los roles y se responsabilizan por las tareas que el paciente realizaba antes del diagnóstico (Infocáncer, 2019); además brindan cuidados y dan acompañamiento, según lo requiera el paciente en cada etapa, por lo que contribuyen en el continuo proceso de adaptación.

En cambio, el no poseer redes de apoyo social —como la familia—, representa un riesgo para la salud del paciente, ya que su proceso de adaptación suele ser más difícil (Navas et al., 2007).

Ahora bien, se sabe que generalmente comunicar la noticia a personas cercanas es difícil para el (la) paciente, en concreto para aquellos que tienen hijos(as), ya que se presenta un gran temor por preocuparlos o sus reacciones derivadas de la noticia, ya que como padres representan una figura de protección para sus hijos (as), y el resguardo que les brindaban se ve amenazado por la enfermedad (American Cancer Society [ACS], 2021). En cuanto a las reacciones de los(as) hijos(as), se ha encontrado que pese a variar en función de la edad, algunos que se presentan de manera más generalizada, de acuerdo con Cruzado (2010), es la percepción de amenaza, cambios y descontrol en las actividades diarias y la percepción de dificultad para brindar apoyo a quien antes se los brindaba, así como sentimientos de culpa por creer que no se está apoyando de la manera correcta o un sentimiento de carga excesiva.

En cuanto a las redes de apoyo, hay diversos estudios que sustentan que la calidad de las relaciones interpersonales que se sostengan tiene un impacto de gran magnitud en la salud (Navas et al., 2017).

Pese a ser variadas las reacciones emocionales presentadas, los estudios señalan una clara relación de la enfermedad con el sufrimiento, complejos procesos de afrontamiento y adaptación constante de los(as) pacientes, derivado de los cambios experimentados en su esfera personal, como pueden ser: el grado de incertidumbre provocado por la inherente asociación con la muerte, las complicaciones físicas, la disminución de la actividad sexual, los cambios en la autoimagen, —siendo este más pobre—, derivado de los cambios físicos que en ocasiones conlleva el tratamiento (cirugía) o los síntomas, el delegar los roles que cumplía antes de la enfermedad y la reacción de su seres queridos frente a la enfermedad (Priede et al., 2013), la constante necesidad de cuidados según la etapa del tratamiento, el enfrentarse a continuas y

complicadas decisiones médicas y adaptarse al tratamiento (Halbach et al., 2016; en Robert, 2021).

Cabe destacar que los síntomas que padecen estos (as) pacientes son consecuencia de la enfermedad y de los efectos secundarios de los tratamientos oncológicos (Carrillo-González, 2017), por lo que los síntomas se manifiestan a nivel físico y psicológico, guardando una estrecha relación unos con otros.

De los síntomas más prominentes y crónicos a nivel físico se encuentra el dolor, que conlleva el miedo de sentirlo, este último a través del tiempo guarda relación con la limitación y reducción de actividades físicas.

El tener dolor trae consigo algunos efectos secundarios, como podrían ser: irritabilidad, insomnio, reducción en el apetito y pérdida de la concentración, etc., (ACS, 2019). Asimismo, se ha encontrado que existe una influencia bidireccional entre la percepción de dolor y el estado emocional, por lo que el dolor crónico afecta el estado físico y emocional del (la) paciente con cáncer. Además, ante el dolor es muy frecuente el uso de medicamentos, para tratarlo, sin embargo, estos medicamentos están asociados a predisponer problemas de sueño, sensación de fatiga y agotamiento (McCaul, et al., 1999; en Vinaccia et al., 2002), lo cual está íntimamente relacionado con la reducción en el nivel de actividad funcional (Vinaccia et al., 2002).

Los síntomas físicos presentan cambios en cuanto a ocurrencia y frecuencia, según la etapa de la enfermedad que esté atravesando el paciente, por lo que el análisis que se haga de los mismos estará en función de la etapa de la enfermedad.

Ahora bien, al hablar de los síntomas psicológicos, los (as) expertos (as) convergen en que el malestar experimentado a nivel psicológico, además de ir de la mano con algunos síntomas físicos, se debe a aspectos inherentes a la enfermedad, como su cronicidad, los efectos secundarios de los tratamientos y el significado social de la palabra cáncer_(Infocáncer, 2019).

En el seno de los impactos psicológicos mayormente reportados y por ende más estudiados, se encuentra el estrés, cuya aparición está asociada a la experiencia de sufrimiento y vulnerabilidad, que conlleva la enfermedad oncológica, pudiendo afectar la calidad de vida y la supervivencia del paciente (Contreras-Mollinedo et al., 2013).

A partir de lo hallado en la literatura, se sabe que la etapa que conlleva la presencia de más estrés es la del diagnóstico (Ticona et al., 2015), puesto que al recibir el diagnóstico surgen muchas preguntas y sentimientos inexplicables para el (la) paciente, ante lo cual comienza un proceso de ajuste que se perpetúa hasta la curación (Contreras-Mollinedo et al., 2013). La directora de la Fundación GénesisCare, explica que los pacientes experimentan una reacción de shock emocional, algunas veces acompañado de negación y/o pérdida de control, además evoca una multitud de temores; por ejemplo, a las pruebas médicas, a los tratamientos, a los posibles efectos secundarios, a las secuelas, al dolor y a cómo comunicar la noticia a sus seres queridos “especialmente preocupa cómo informar a los hijos y padres mayores” (Yélamos, 2017). Aunado a ello Yélamos y Fernández (2009) mencionan el temor a la diseminación del cáncer por el cuerpo o, a que éste regrese cuando finalice el tratamiento.

Por otro lado, en el estudio de Navas et al. (2007) el 80% de los pacientes reportó que tras recibir el diagnóstico experimentó una pérdida real o simbólica que trae consigo la sensación de desesperanza, ira y decepción. La desesperanza se presenta como consecuencia de sentirse carente de recursos para enfrentar la situación y no poder hacer nada para rectificar el diagnóstico. La decepción y la desesperanza generalmente ocurren cuando no hay alternativas para superar la situación o éstas son muy pocas (Navas et al., 2007).

La ira experimentada y reportada en diversos estudios tiene que ver con un sentimiento de injusticia “¿Por qué a mí? o ¿Qué he hecho yo para merecer esto?” (Yélamos, 2017). Sin embargo, la ira no estaba dirigida únicamente hacia sí mismo, la ira estaba dirigida hacia la familia, amigos y los obstáculos que se encuentren (Melina & Moral de la Rubia, 2013). La ira

también puede ser resultado de su vida normal al ser diagnosticados (as) con cáncer; en este mismo estudio de Melina y Moral de la Rubia (2013), se encontró la ira fuertemente relacionada con la depresión y la ansiedad, las tres se consideren altamente perjudiciales para la salud debido a que incrementan la vulnerabilidad hacia la enfermedad, alteran el funcionamiento del sistema inmune, agravan el dolor e incrementan el riesgo de que la enfermedad sea mortal. Adicionalmente, cabe mencionar que es importante tener ciertas precauciones en el manejo de la ira, puesto que al poseer una carga afectiva muy negativa, expresarla abiertamente puede ocasionar problemas interpersonales y sociales (Sánchez Aragón et al., 2008; en Sánchez Aragón & López Becerra, 2020), por otro lado, si se reprime pueden surgir problemas como depresión, fatiga y desesperanza (CQ, 2021).

Aunado a ello, los(as) pacientes con cáncer, perciben menor sensación de control durante los estresores (Bravo, 2018), que van desde el estrés inicial generado por el diagnóstico, por lo imprevisto de la evolución de la enfermedad, por el pronóstico, la incertidumbre, el temor frente al tratamiento, y la toma de conciencia de la finitud de la vida (Navas et al., 2007); en su mayoría están relacionados con la enfermedad y altamente correlacionados con estrategias de afrontamiento negativas como la rumia, que es el pensamiento repetitivo de carácter negativo e incontrolable que suele aludir a eventos pasados o estresantes actuales y acaparar la atención del individuo (De Rosa & Keegan, 2018); en el caso de pacientes con cáncer, el pensamiento rumiante por excelencia alude a la pregunta “¿Por qué a mí?” de la cual se derivan pensamientos tendientes a responder; generalmente las causas atribuidas tienen un componente de culpa —por no haberse dado cuenta a tiempo, por no haber ido al médico antes, por tener conductas de riesgo, o por haber tenido un “mal” comportamiento pasado— (Yélamos, 2017), lo cual perpetúa la rumia y por ende el malestar psicológico experimentado (Infocáncer, 2019).

Está comprobado que la rumia tiene un impacto negativo en la salud y el bienestar subjetivo (De Rosa & Keegan, 2018), ya que, perpetúa el estrés, incrementando las cogniciones negativas, lo que deteriora la solución activa de problemas y reduce el apoyo social que se esté dispuesto a recibir (Eisma & Stroebe, 2017; en Flórez Rodríguez & Sánchez Aragón, 2020). Por otro lado, en el estudio de Ticona et al. (2015) se encontró que entre seis y doce meses después del diagnóstico, los niveles de estrés se redujeron (Ticona et al., 2015).

Desarrollo de la enfermedad: del diagnóstico al tratamiento

Ahora bien, frente a la etapa del tratamiento, los pacientes oncológicos manifiestan temor a los efectos secundarios del tratamiento, a la diseminación del cáncer por el cuerpo o a que regrese cuando finalice el tratamiento (Vinaccia et al., 2002). Estos miedos están acompañados de incertidumbre al cambio en sus relaciones interpersonales; Bónica, 1982; Melzack & Wall, 1965; Sternbach, 1989; Vinaccia et al. (2002) mencionan que comúnmente se presenta deterioro de sus habilidades sociales, pues su comunicación se concentra en el dolor percibido, lo cual podría interferir con sus relaciones interpersonales (ACS, 2021) y afecta su bienestar subjetivo (Vinaccia et al., 2002). El cambio en las relaciones interpersonales se encuentra dentro de las cinco preocupaciones más recurrentes de un paciente oncológico (Beatty et al., 2008; en Corona, 2020).

La importancia de abordar el impacto en las relaciones sociales radica en que poseerlas y mantenerlas favorece la adaptación a la enfermedad. Barra (2004; en Vinaccia et al., 2002) menciona que el apoyo social facilita implementar estrategias activas de resolución de problemas y favorece la adaptación a la enfermedad. Adicionalmente, está documentado que la calidad de las relaciones sociales está directamente relacionada con el grado de salud física. Mientras que la carencia de relaciones sociales se asocia con un mayor riesgo de morbilidad (Baider, 2003). Además, la calidad del contacto social es uno de los factores que más influencia

ejerce sobre los componentes de bienestar subjetivo (Flórez Rodríguez & Sánchez Aragón, 2020).

Asimismo, en esta etapa de tratamiento se comienzan a presentar en mayor medida los síntomas físicos. Los efectos secundarios físicos del tratamiento contra el cáncer, son muy variados dependiendo del tratamiento que se esté utilizando (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2021). Los tres tratamientos más usados son la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia (Alameda, 2020), de manera que sus efectos físicos derivados serán los que se revisen a continuación.

Así, por ejemplo, se sabe que el someterse a un tratamiento que implique cirugía es un evento muy estresante para el paciente, especialmente la fase preoperatoria suele vivirse con mucho estrés y ansiedad. Asimismo, suele presentarse pérdida del cabello, libido disminuida y menopausia prematura, lo que constituyen aspectos importantes que influyen en forma determinante en la autoimagen de la mujer (Navas et al., 2007), principalmente. En la fase postoperatoria es habitual sentir tristeza, miedo, ira o impotencia (Alameda, 2020) debido a los múltiples y delicados cuidados que se deben ejercer. Las reacciones emocionales giran en torno a la ansiedad y el miedo (Alameda, 2020).

En el caso de la quimioterapia, los medicamentos dañan los folículos pilosos lo que ocasiona la caída del cabello, lo que junto con otros síntomas como la pérdida de peso, podría impactar negativamente en la autoimagen del paciente (Alameda, 2020). Ahora bien, cabe destacar que como efecto secundario de los medicamentos utilizados para la quimioterapia, suelen producirse cambios en el gusto y en el olfato, sequedad de la boca, cambios en el estómago y los intestinos, falta de aliento, náuseas, vómitos, diarrea y estreñimiento, dichos cambios ejercen un efecto directo en el apetito y la fatiga experimentada. La ACS (2019) explica que los(as) pacientes experimentan saciedad con poco consumo alimenticio y/o disminuye su apetito. En consecuencia, su consumo de nutrientes se ve disminuido, y es por

esta razón que las células cancerosas pueden competir con las células normales de su cuerpo, lo que puede ocasionar pérdida de peso. El estrés y la angustia también podrían impactar en la falta de apetito. Adicionalmente, las células cancerosas utilizan mucha energía o secretan sustancias que afectan la manera en que el organismo produce la energía que obtiene de los alimentos, lo que contribuye a la fatiga experimentada (Alameda, 2020).

Durante el tratamiento por quimioterapia los (as) pacientes reportan sentir tristeza, ansiedad, angustia, ira y preocupaciones. Además, es preciso decir que Ticona et al. (2015) encontraron que la forma de tratamiento que conlleva más estrés, es la quimioterapia por ser este un tratamiento sistémico y agresivo debido a los efectos secundarios.

En cuanto a la radioterapia, las afecciones físicas, suelen incluir problemas cutáneos (sequedad, comezón, ampollas) y fatiga (American Society of Clinical Oncology [ASCO], 2018), los problemas cutáneos en ocasiones causan problemas en la autoimagen del paciente; adicionalmente, si durante el proceso se daña un ganglio o vaso linfático es posible que se acumule líquido bajo la piel, ocasionando inflamación en parte del cuerpo (linfedema) acompañada de dolor y rigidez, ante lo que se podría sentir incomodidad, depresión, vergüenza y/o enojo (CDC, 2021). Alameda (2020) sostiene que el (la) paciente sometido (a) a radioterapia habitualmente experimenta miedo, ansiedad, tristeza y/o depresión.

En síntesis, es posible decir que son comunes las afectaciones emocionales, manifestándose con más frecuencia emociones como la tristeza, el miedo, la ansiedad y la angustia. Además de que se observa como constante los cambios negativos en la autoimagen que el (la) paciente tiene de sí; como menciona el Instituto Nacional del Cáncer (2017) “aunque no siempre nos gusta cómo nos vemos, estamos acostumbrados a nuestra imagen propia y la aceptamos”. Desgraciadamente, el cáncer y su tratamiento traen consigo cambios físicos para el paciente, ya sea que sean visibles para otros o solo para ellos, las secuelas pueden ir desde cicatrices, perder peso y/o el cabello hasta la pérdida de extremidades o de fecundidad. Ante

ello, es normal sentir tristeza y enojo. Por su parte, sentirse mal con su cuerpo también puede ser una causa de la disminución en el deseo sexual por lo estresante que puede ser verse y mostrarse sin ropa. Se sabe que los problemas sexuales pueden durar más que otros efectos secundarios físicos del tratamiento, por lo que es importante buscar ayuda para saber cómo adaptarse a estos cambios (Instituto Nacional del Cáncer, 2017).

Ahora bien, con respecto a la fase avanzada, en un estudio realizado por Carrillo-González (2017), se analizaron los síntomas presentados en pacientes de cáncer en fase avanzada, quienes reportaban: fatiga, náuseas, vómito, dolor, sensación de debilidad, insomnio, etc. Como se mencionó anteriormente, la mayoría de estos síntomas están ligados al dolor experimentado, y especialmente en esta etapa avanzada, es frecuente el uso de morfina para tratar el dolor, cuyo uso también está asociado con somnolencia y adicionalmente con mareos, aturdimiento y dificultad para respirar, lo que justifica el insomnio experimentado (Instituto Nacional del Cáncer, 2021). Asimismo, es muy común que se presente fatiga en mayor medida ya sea por lo avanzada que está la enfermedad o por los medicamentos que incluya el tratamiento (ACS, 2019).

Por lo que refiere a la etapa de recuperación, se encuentra que la mayoría de estos (as) pacientes experimentan preocupación elevada ante una posible recaída, viviendo las revisiones con gran ansiedad y miedo (Alameda, 2020). Los sobrevivientes manifiestan incertidumbre respecto a su futuro (CQ, 2021). Asimismo, es común experimentar sentimientos de soledad, ya que, generalmente tras la curación el apoyo social y la atención recibida, disminuye. En contraparte, algunas personas, tras haberse curado lo ven como una oportunidad para disfrutar más de su vida (Instituto Nacional del Cáncer, 2015).

Con lo que respecta a la etapa de recaída, se experimenta derrota y tristeza. Para terminar, en la etapa final de la vida las reacciones emocionales habituales en esta etapa son: miedo, tristeza, ira y ansiedad (Alameda, 2020).

Como se pudo observar, en lo que corresponde a los síntomas psicológicos, las emociones experimentadas son múltiples (miedo, tristeza, estrés, ansiedad, etc.) y vivenciadas con mucha intensidad, además de que se presentan en un periodo crítico de la vida del paciente, por lo que es común experimentar alteraciones emocionales, cuya presencia podría perjudicar la adherencia al tratamiento y la relación con las personas que conforman sus redes de apoyo (Infocáncer, 2019), de este modo se concluye que es importante que el (la) paciente aprenda a manejar sus emociones en la medida de lo posible.

Sin importar si las alteraciones emocionales están causadas por cambios a nivel orgánico derivados de los medicamentos propios del tratamiento (Contreras-Mollinedo et al., 2015) o son resultado del impacto de la noticia y el estrés experimentado (Priede et al., 2013), las emociones deben ser manejadas a fin de incidir en la respuesta que los(as) pacientes den ante los factores estresantes que se presentan a lo largo de la enfermedad.

Capítulo 2

Aspectos psicosociales del paciente con cáncer: rumia, estrés, uso y autoeficacia en el ejercicio de la regulación emocional, disposición para recibir apoyo y bienestar subjetivo

El ser diagnosticado con cáncer resulta ser sumamente abrumador debido al significado social que tiene la palabra (Yélamos & Fernández, 2011), ya que, representa una significativa amenaza al bienestar y una considerable fuente de daño personal en áreas tales como la autoimagen, el rendimiento, el desarrollo laboral, las relaciones interpersonales, la sexualidad y en la esfera emocional, en conclusión —como se pudo observar en el capítulo previo—, la esfera psicosocial se ve fuertemente afectada (Bravo, 2018) y trasciende la cotidianidad del enfermo (Ledón, 2011).

Las afecciones psicosociales son una gran fuente de daño y representan una amenaza a la vida del individuo y a la calidad de la misma. Es importante recordar que uno de los objetivos más importantes en materia de cáncer, es salvaguardar la calidad de vida de los pacientes, por lo que es inevitable hablar de bienestar, ya que, la calidad de vida comprende el bienestar en sus dos variantes (bienestar objetivo y bienestar subjetivo [BS]), siendo el BS el de interés de éste estudio, pues se parte del reconocimiento de la diversidad de maneras de vivenciar la enfermedad, como resultado de la interacción entre variables individuales y sociales (Ledón, 2011); por lo que la calidad de vida se define mejor como lo que el individuo dice que ésta es, pues cada situación impone inquietudes únicas (Vinaccia & Orozco, 2005), por consiguiente, la manera de afrontar la enfermedad varía de paciente a paciente, y de acuerdo con sus características personales serán las estrategias de afrontamiento que el paciente ponga en marcha para salvaguardar su BS.

Ahora bien, cabe destacar que los estudios que vinculan la salud y el BS muestran que la relación entre estas variables no es directa, pues las medidas objetivas de salud-enfermedad

y BS pueden estar mediadas por factores como la adaptación a la enfermedad, la comparación social que se realiza y la importancia que cada uno (a) le da a su estado de salud (Diener et al., 2009;). De lo que surge la necesidad de considerar factores de adaptación psicosocial en el estudio del BS (Osornio et al., 2019).

Bienestar subjetivo

El BS es la percepción y apreciación de la satisfacción con la propia vida, que tanto el individuo se siente a gusto con la vida que lleva (Diener, 1999; en Sánchez Aragón, 2020). De acuerdo con Diener (2009), el BS está constituido por la experiencia emocional positiva o negativa, prosperidad y satisfacción de vida. Estas áreas están permeadas por factores cognitivos y afectivos (Veenhoven, 1984; en García, 2002); dichos factores, a su vez, están influenciados por factores tanto culturales como personales, tales como el contacto social, acontecimientos vitales, discrepancia entre aspiraciones y logros, percepción de autoeficacia, pensamientos negativos (como la rumia) o positivos (como el optimismo) (Flórez Rodríguez & Sánchez Aragón, 2020). Por tanto, los factores psicosociales ejercen una gran influencia en el grado en que un individuo experimente BS.

Así, se dice que un sujeto posee un alto nivel de BS si expresa satisfacción con su vida, prosperidad y si presenta con más frecuencia emociones positivas que negativas (Díaz, 2001). Con el objetivo de que lo expuesto a continuación sea comprensible, enseguida se describen brevemente los componentes del BS.

La experiencia emocional positiva o negativa estará determinada por la primacía de emociones positivas (placer, felicidad, gozo, contento) o negativas (displacer, tristeza, miedo, enojo). Mientras que el factor prosperidad es la autopercepción de éxito en las relaciones personales, autoestima, propósitos en la vida y optimismo. Finalmente, la satisfacción con la vida es un componente cognitivo que comprende el grado en que el individuo ha conseguido

los objetivos deseados en su vida, es la valoración positiva que la persona hace de su vida en general, o de aspectos particulares de ésta (Moyano & Ramos, 2007).

Adaptación psicosocial al cáncer

Debido a las características propias de la enfermedad y al impacto psicosocial derivado de las mismas, es común que las personas traten de adaptarse al cáncer mediante pensamientos o comportamientos específicos que varían de persona a persona, pues dependerá de los recursos que cada quien tenga y la forma en como los maneje (Barroilhet et al., 2015); con el objetivo de tolerar, reducir o minimizar las demandas internas o externas —producto de la enfermedad— (Lazarus & Folkman, 1991; en Bravo, 2018) y así superar el malestar psicosocial por el que transitan (Moreno, 2016). Los recursos puestos en marcha pueden convertirse en un punto favorable o adverso para su bienestar físico, mental y/o social (Vinaccia & Orozco, 2005) e incrementar o disminuir el BS del paciente.

En el intento por adaptarse a la enfermedad, ante una situación difícil —como un diagnóstico de cáncer—, es común que en la mente de la persona rondan pensamientos obsesivos que le generan malestar, dando lugar a la experiencia de rumia, la cual se caracteriza por poseer un carácter maladaptativo (Bresó, 2020).

Rumia en personas sanas y en pacientes con cáncer

La rumia definida como pensamiento excesivo de carácter negativo e incontrolable (De Rosa & Keegan, 2018), se presenta tanto en personas sanas como en pacientes con cáncer, sin embargo, en estos últimos se presenta de manera amplificada (Priede et al., 2013). La rumia se caracteriza por ser repetitiva, pasiva y girar en torno a los propios síntomas depresivos, sus causas y consecuencias (Priede et al., 2013). Ésta tiene componentes tanto de estado como de rasgo (Du et al., 2018).

Bresó (2020) menciona que la rumia suele aparecer de manera trasdiagnóstica, es decir, después de que se ha hecho un diagnóstico y contribuye al mantenimiento y agravamiento a las dificultades emocionales que suelen acompañar el diagnóstico.

Los pensamientos rumiantes poseen un carácter intrusivo y negativo relacionados con temas de enfermedad y muerte. El pensamiento rumiante por excelencia de un paciente con cáncer, alude a la pregunta ¿Por qué a mí?, como parte del sentimiento de injusticia, pues generalmente se percibe como un castigo (Yélamos, 2017). De manera similar, se ven invadidos por preguntas tales como: “¿por qué no consigo avanzar?”, “¿qué es lo que está mal en mí?”, o pensamientos como: “no creo que nunca pueda salir de esto”. Dichas cogniciones rondan la mente del individuo una y otra vez de manera incontrolable, sin perseguir objetivo alguno, y traen consigo sentimientos de tristeza y desesperanza (De Rosa & Keegan, 2018), angustia e ira (Du et al., 2018). Es decir, la rumia está ampliamente asociada a emociones negativas.

Como se puede vislumbrar, hay un excesivo funcionamiento cognoscitivo, pero no hay acciones contundentes para disipar el malestar, pues la rumia se encuentra asociada con problemas como la toma de decisiones, la resolución activa de problemas y el rendimiento en las tareas (Flórez Rodríguez & Sánchez Aragón, 2020). Además, se convierte en un círculo vicioso en que las problemáticas no se resuelven, lo que obstaculiza la aplicación de estrategias exitosas que permitan superar el estado de ánimo negativo, generando sentimientos de insatisfacción, inseguridad, indefensión y estados depresivos (Delgado et al., 2008).

Relación de la rumia con el BS en personas sanas y en pacientes con cáncer

A partir de la literatura revisada, es posible vislumbrar que la rumia tiene un impacto negativo sobre el BS, pues al asociarse con múltiples emociones de carácter nocivo, contribuye

a que la experiencia negativa se exacerbe (Due et al., 2018) y, por ende, las personas no se sienten prosperas ni satisfechas con su vida.

Al respecto Flórez Rodríguez y Sánchez Aragón (2020) encontraron que las personas con mayor tendencia a rumiar manifiestan más dificultades en el rol emocional, social y en la función física, en ésta última reportan más dolor corporal y menos percepción de vitalidad y salud. En cuanto al rol social, Zadawski et al. (2013) halló que las personas que rumiaban manifestaban más fricciones sociales y aislamiento. Mientras que en el rol emocional múltiples estudios han resaltado la asociación con emociones displacenteras y estados depresivos (De Rosa & Keegan, 2018; Due et al., 2018; Malin & Littlejohn, 2015; Delgado et al., 2008).

Por su parte Delgado et al. (2008) refiere que las personas con tendencia a rumiar son menos dadas a solucionar sus problemas de forma activa, lo cual se podría traducir como una merma en el factor prosperidad del BS y una disminución considerable del optimismo (Malin & Littlejohn, 2015), pues las personas perciben que no están lidiando con las situaciones importantes de su vida, lo que de acuerdo con Delgado et al. (2008) conduce a estados depresivos mantenidos. Asimismo, Malin y Littlejohn (2015) encontraron que quienes tienen niveles más altos de rumia usan más las técnicas de afrontamiento negativo, lo que además de generar estados depresivos se correlacionó con la presencia de ansiedad; particularmente, Zadawski et al. (2013) halló una alta covarianza de la rumia con la ansiedad.

En un estudio longitudinal de un año, los participantes con pensamiento rumiativo manifestaban más eventos estresantes (Delgado et al., 2018) y este hallazgo ha sido ampliamente sustentado por autores como Due et al. (2018), Malin y Littlejohn (2015) y Zadawski et al. (2013) quienes han documentado que la rumia aumenta la activación fisiológica del sistema nervioso simpático y a su vez los altos niveles de estrés pueden desarrollar pensamientos repetitivos e incontrolables.

En concordancia, Brosschot et al. (2007; 2010; en Butler, 2011) sustentan que la rumia proporciona una conexión importante entre los eventos estresantes y la salud pues resulta en una activación emocional y fisiológica negativa prolongada. Además, mencionan que está demostrado que la rumia retarda la recuperación fisiológica de los factores estresantes y prolonga la actividad autónoma relacionada con el estrés en la vida diaria e incluso durante el sueño. Por tales motivos, a la rumia se le considera como una estrategia de afrontamiento mal adaptativa que perpetúa el estrés, debido a que las cogniciones que se presentan constantemente son de carácter negativo, lo que obstaculiza una solución activa de problemas (Eisma & Stroebe, 2017).

Con respecto a pacientes con cáncer, Priede et al. (2013) encontraron que las rumiaciones son percibidas como más incontrolables y generan más malestar emocional, además influyen en la adaptación psicológica del paciente oncológico, así como en la aparición de malestar emocional; los pocos estudios que existen muestran una clara relación de la presencia de rumia con mayores niveles de malestar emocional (Bresó, 2020; De Rosa & Keegan, 2018; Due et al., 2018; Pride et al., 2013). Priede et al. (2013) encontraron que las dificultades emocionales —en quienes tienden a rumiar— tienen una correlación significativa tanto con un estado de ánimo ansioso como con uno depresivo, estados que contribuyen al mantenimiento y exacerbación de la rumia, prolongando y aumentando su gravedad. Es así que también ocasiona agotamiento mental y físico (Bresó, 2020).

Además, Barroilhet et al. (2005) hallaron que la rumia contribuye a que el paciente mantenga estrategias de afrontamiento poco adaptativas y una visión negativa del futuro. Por lo tanto, un aumento en la rumia puede predecir el incremento de la experiencia de emociones negativas, debido a la incomodidad emocional (Sansone & Sansone, 2012) mermando el BS del paciente con cáncer.

Rumia, edad, escolaridad, número de hijos y tiempo de diagnóstico: relación y efectos

Los datos existentes acerca de la relación de la rumia y la edad, no son contundentes. Por un lado, se ha encontrado que a mayor edad es más difícil suprimir los pensamientos rumiativos, lo que se traduciría en niveles más altos de rumia conforme aumenta la edad. La explicación otorgada es que los pensamientos rumiantes se incrementan debido a la reducción de las habilidades sociales a medida que se envejece (García et al., 2017; Delgado et al., 2008), por lo que la posibilidad de compartir lo que se piensa con otros (as) se encuentra disminuida, favoreciendo que se exacerben los pensamientos rumiantes.

Mientras que otros autores han encontrado que los niveles de rumia disminuyen a mayor edad porque las personas tienen más recursos cognoscitivos y afectivos para resolver los problemas, lo que se traduciría en niveles más altos de rumia a menor edad (Sánchez Aragón, 2020; Nolen Hoeksema & Aldao, 2011). Otra explicación es que los jóvenes poseen altas expectativas respecto a sus metas de futuro y recursos, por tanto, perciben la situación como más desbordante (Moyano & Ramos, 2007).

En cuanto a la escolaridad, se ha hallado que, a mayor nivel de estudios, más diversidad de estrategias supresivas de la rumia (Delgado et al., 2008) y menos pensamientos rumiantes (Sánchez Aragón, 2020).

Al encontrar que la rumia suele aparecer posterior al diagnóstico de una enfermedad ya sea física o mental, es importante conocer cómo se comporta la rumia según el tiempo que ha pasado desde el diagnóstico; sin embargo, no hay datos respecto a esta relación. Del mismo modo, no se encontraron datos con relación al poseer hijos (as) o no. Por ello, es relevante explorar el comportamiento de esta variable en función de dichos aspectos.

Como ya es bien sabido, el padecer una enfermedad está ampliamente asociado a emociones displacenteras y no sólo eso, Navas et al. (2007) encontraron que frente a una

enfermedad es muy común que los pacientes se sientan incapaces de controlar situaciones importantes en su vida, lo que origina la experiencia de estrés.

Estrés en personas sanas y en pacientes con cáncer

El estrés se presenta cuando la persona identifica una situación o un encuentro como amenazante, cuya magnitud excede sus propios recursos de afrontamiento, lo cual pone en peligro su bienestar (Folkman et al., 1986; en Naranjo, 2009). Propiamente dicho, el estrés es el resultado de la evaluación cognoscitiva que se hace de los recursos que se poseen para hacer frente a una situación que implica esforzarse por mantener un estado de equilibrio, considerando recursos propios internos y ambientales. Dicha evaluación depende de cómo se perciban las situaciones, no de la situación en si misma (Naranjo, 2009).

En caso de enfermedad, el resultado está determinado por la manera en la que la persona se posiciona ante la enfermedad, pudiendo presentarse de dos formas; sí se cree tener los recursos suficientes para afrontar la situación, se vivencia como reto y se le conoce como eustrés, mientras que si el paciente cree no tener los recursos para hacer frente a la situación lo percibe como amenaza y recibe el nombre de distrés (Neidhardt et al., 1989; Bensabat, 1987; Selye, 1935; en Naranjo, 2009). Pese a haber una distinción clasificatoria, se pueden presentar de manera conjunta (Flórez Rodríguez & Sánchez Aragón, 2020).

Como se explicó al inicio, al implicar un esfuerzo por conservar el equilibrio, el estrés está asociado a cambios en lo físico, cognitivo, conductual y emocional (Naranjo et al., 2009), los cuales se describen a continuación:

En cuanto a lo físico se ha descrito pulso rápido, aumento de la sudoración, aceleración de los latidos del corazón, estómago contraído, músculos tensos, respiración agitada (Malin & Littlejohn, 2015). Cognitivamente se presenta dificultad para concentrarse, para tomar decisiones, pérdida de confianza en sí mismo, irritabilidad, preocupaciones y ansiedad. En

cuanto a las respuestas de conducta, se menciona distracción, alteraciones del sueño, impulsividad y agresividad (Neidhardt et al., 1986; en Naranjo, 2009). Asimismo, el estrés está acompañado de emociones desbordantes como tristeza o ira (Du et al., 2018).

Con todo lo anterior, es de resaltar que las reacciones del estrés mencionadas son fuertes predictores de la rumia, pues el paciente mediante estos pensamientos repetitivos busca crear escenarios que lo ayuden a escapar de las emociones negativas producidas por su estado de salud. No obstante, la tendencia a rumiar puede causar una fijación en los problemas y amplificar el efecto negativo (Flórez Rodríguez & Sánchez Aragón, 2020). Es así que, de manera similar, la rumia puede ser un detonante del estrés, ya que, propicia el escenario en donde la persona a partir de sus pensamientos rumiantes y la falta de acciones para resolver la situación, realiza una evaluación desfavorable de los recursos que posee para superar el estado de ánimo negativo, dando lugar a una experiencia negativa del estrés.

Tanto el estrés y la rumia acarrear consecuencias negativas para la salud física y emocional del individuo, disminuyendo su BS (Denovan & Macaskill, 2016; Flórez Rodríguez & Sánchez Aragón, 2020).

En cuanto a pacientes oncológicos, está ampliamente evidenciado que el estrés es la respuesta que se presenta con mayor frecuencia, tras el diagnóstico de cáncer, Ramos et al. (2020) reportan que el 78% de pacientes con cáncer diagnosticados y el 96% de los que reciben algún tipo de tratamiento presentan indicios de estrés. Dichos datos son alarmantes, puesto que el estrés representa una amenaza grave para la salud, pues los altos niveles de estrés impactan en la salud física y emocional del (la) paciente, incidiendo en un peor curso de la enfermedad (Ledón, 2011; Pulgar et al., 2009).

De acuerdo con lo obtenido por Pulgar et al. (2009) las situaciones que generaban más estrés para los pacientes con cáncer eran el malestar emocional, malestar procedente del apoyo

recibido, preocupación por el tratamiento, temor por el pronóstico y afectación del área funcional.

De hecho, el diagnóstico de cáncer se considera una de las situaciones más estresantes por las que pasa un individuo (Contreras-Mollinedo et al., 2013), ya que, por las propias características de la enfermedad, es muy común que se vivencie desde el descontrol (Rodríguez et al., 2007; en Pulgar et al., 2009), lo que explica la alta prevalencia en las dificultades para adaptarse a la enfermedad oncológica (Pulgar et al., 2009).

Adicionalmente, Barroilhet et al. (2005) afirman que el proceso de estrés comienza desde la sospecha de que padece cáncer, o bien cuando ya es una certeza, puesto que el individuo toma conciencia del cambio y/o la amenaza que el diagnóstico representa en las distintas esferas de su vida. Incluso desde la etapa previa al diagnóstico, se presenta estrés anticipatorio, debido a los múltiples estudios a los que se tiene que someter previo al diagnóstico (Feig, 2004; Gossette et al., 2018; Kitano et al., 2015; Nagabhushan et al, 2001; en Corona, 2020).

De la misma manera, en la etapa posterior al diagnóstico, se presentan múltiples estresores, dentro de los que se incluye: el recibir el diagnóstico, el no saber cómo comunicarlo a las personas cercanas, el cambio en sus roles, tener que pedir apoyo, experimentar distintos síntomas a nivel físico y emocional, experimentar los efectos secundarios del tratamiento y la latente preocupación de la impredecible finitud de la vida. Son tantos los cambios y los desafíos que se presentan en la vida del paciente, que es prácticamente imposible no experimentar estrés (Navas et al., 2007). Además, Barroilhet et al. (2005) concluyen que el grado de adaptación psicosocial ante el fenómeno oncológico se correlaciona inversamente con el nivel de estrés.

Asimismo, Ticona et al. (2015) sustenta que el estrés se presenta en mayor medida en pacientes que reciben quimioterapia debido a las características del tratamiento y a los efectos secundarios.

Relación del estrés con el BS en personas sanas y en pacientes con cáncer

El estrés es un concepto central al tratar de explicar la relación entre factores ambientales, respuestas fisiológicas y salud (Pulgar et al., 2009).

Como ya se mencionó anteriormente, el estrés se puede vivir desde una sensación de control (reto) o de descontrol (amenaza). Cuando se vive como amenaza genera un desajuste en el funcionamiento fisiológico y se tiende a la evitación, lo que genera una respuesta emocional displacentera (Folkman et al. 1986; en Bravo, 2018) y propicia que las situaciones se perciban como desbordantes e incontrolables (Ledón, 2011). De lo que se derivan más problemas emocionales que impiden su desempeño social óptimo, reportan más complicaciones en su salud y tienen más dificultades para realizar actividades diarias, por lo que hay una menor satisfacción con su vida (Flórez Rodríguez & Sánchez Aragón, 2020). Definitivamente, la percepción de descontrol es de las variables psicológicas que más emociones negativas trae consigo y que más negativamente afectan la salud (Pulgar et al., 2009).

Por otra parte, cuando el individuo percibe contar con las habilidades necesarias para hacer frente a la situación, la sensación percibida será de control y se afrontará la situación como un reto y piensan que ganarán la batalla contra el cáncer, lo que deriva en experiencia emocional positiva (Pinquart & Fröhlich, 2009). De acuerdo con Folkman et al. (1986; en Bravo, 2018) estas personas hacen frente a la situación mediante revaloraciones positivas y un plan de acción; de hecho, la percepción de reto está ampliamente relacionada a experimentar una sensación de más energía, mayor vitalidad y menor emocionalidad negativa (Flórez Rodríguez & Sánchez Aragón, 2020).

Según lo obtenido por Pulgar et al. (2009), las situaciones estresantes que generan más malestar en el enfermo son las emociones negativas, seguidas del temor por el pronóstico y la preocupación por el tratamiento. En concreto, la tristeza, la ansiedad y el miedo a un

empeoramiento son las preocupaciones que mayormente rondan en estos pacientes. Por otro lado, Navas et al. (2007) halló que el grado de incertidumbre provocado por la enfermedad, la preocupación por la muerte, las complicaciones físicas, el dolor, el cambio en la imagen corporal, etc., son estresores que pueden contribuir al desarrollo del malestar emocional y una disminución en la prosperidad, pues empiezan a dudar del significado de su vida.

En pacientes con cáncer, cuando el estrés se vive como amenaza es el origen de conductas de riesgo e influye en la percepción de síntomas y conductas relacionadas con la enfermedad (Bravo, 2018). Mientras que, si se vive como reto, se ha encontrado asociado a estrategias de afrontamiento más adaptativas, conductas de autocuidado y una mejor adaptación a la enfermedad y al tratamiento (Pulgar et al., 2009).

Finalmente, las valoraciones en el proceso de estrés generan emociones negativas que varían en calidad e intensidad, es decir, hay una fuerte asociación entre estrés y emociones negativas, correlacionando de manera significativa con la ira y la depresión (Du et al., 2018).

Estrés, edad, escolaridad, número de hijos y tiempo de diagnóstico: relación y efectos

Es importante mencionar que hay variables individuales que ejercen cierta influencia en que el estrés sea percibido como reto o como amenaza y que vaya acompañado o no de rumia. Por ejemplo, la edad –de acuerdo con Flórez Rodríguez y Sánchez Aragón (2020)– hallaron que quienes tienen menos edad (17-30 años), resultan más desfavorecidos al tratar de sobrellevar una situación estresante; probablemente porque tienen menos experiencia sobre cómo afrontar eventos desagradables, a causa de su corta edad. De manera similar, en un estudio realizado en Inglaterra a trabajadores, se señala que en aquellos de menor edad hay más riesgo de que el estrés les provoque enfermedades coronarias, en comparación aquellos de mayor edad (Milenio Digital, 2018). Estudios como los de Sánchez et al. (2018) no han hallado

diferencias respecto a los niveles de estrés, pero si entre las situaciones que perciben como estresantes.

Respecto a la escolaridad, hay evidencia de que quienes tienen estudios de licenciatura tienden a percibir al estrés más como un reto que como amenaza (Soto-González et al., 2018; De la Cruz et al., 2011). Sin embargo, Flórez Rodríguez y Sánchez Aragón (2020) hallaron que, las personas con una escolaridad de secundaria perciben lidiar de mejor manera con los problemas en comparación con aquellos que tienen una escolaridad mayor; la explicación otorgada es que es más común que vivan en entornos que les exijan enfrentarse a múltiples situaciones estresantes, lo que genera cierto tipo de experiencia al hacer frente a situaciones difíciles.

En lo que corresponde a tener hijos o no, se sabe que las preocupaciones familiares suelen ser causa de distrés. Particularmente aquellos que tienen hijos se preguntan sobre qué decirles y si tendrán los recursos para luchar contra la enfermedad y educarlos al mismo tiempo (Navas et al., 2007), pues la paternidad trae consigo nuevas demandas que pueden representar riesgo de estrés adicional y que pueden disminuir los niveles de salud mental y bienestar en madres y padres Deater-Deckard y Panneton (2017); ante una enfermedad se pone en juego la percepción de competencia que tiene la madre o el padre sobre el cuidado del menor, lo que representa una dificultad adicional (Navas et al., 2007).

Respecto al tiempo que haya pasado desde el diagnóstico, se sabe que la etapa que conlleva más estrés es la primera etapa, que va del diagnóstico a los inicios del tratamiento, particularmente someterse a un tratamiento que conlleve cirugía es un evento altamente estresante (Alameda, 2020). Un estudio encontró que los pacientes experimentaron altos niveles de estrés inmediatamente después del diagnóstico; no obstante, seis y doce meses después del mismo, los niveles de estrés se redujeron (Landsbergen et al., 2012; en Ticona et al., 2015).

Así pues, se concluye que, pese a que estrés y rumia representan respuestas de afrontamiento, al poseer un carácter mal adaptativo, ambas son perjudiciales para la salud del individuo —a excepción del estrés cuando se vivencia como eustrés—, principalmente por la alta carga de malestar emocional que las acompaña (Folkman et al., 1986; en Bravo, 2018; Due et al., 2008; Pulgar et al., 2009), ya que de los factores emocionales dependerá la adherencia al tratamiento, la sensibilización a la enfermedad y la calidad de vida (Contreras-Mollinedo et al., 2013). Por tal motivo, es de suma importancia que el paciente aprenda a manejar sus emociones y así, en la medida de lo posible, sentirse mejor (Infocáncer, 2019).

El papel de las emociones en personas sanas y pacientes con cáncer: Uso de la Regulación Emocional

En primer lugar, es importante definir la emoción como un fenómeno subjetivo y multidimensional que engloba reacciones: fisiológicas, afectivas, cognoscitivas y conductuales (Cortés, 2002; en Butler, 2011) que reflejan la percepción que la persona tiene de las situaciones que se le presentan como relevantes (Thayer & Lane, 2000). Al mismo tiempo, se caracterizan por poseer una sensación cualitativa singular, estando acompañadas de placer o dolor (valencia), son desencadenadas por un estado cognoscitivo, son imprevisibles y van dirigidas hacia un objetivo (Sánchez Aragón & López Becerra 2020).

Un primer aspecto a considerar, es que las emociones surgen ante situaciones que el individuo percibe como relevantes, de lo que se desprende que coordinen la respuesta emitida ante ciertos eventos. Así, las emociones suelen motivar la realización de una acción (Gross & Thompson, 2007). En suma, una emoción es la respuesta que da el individuo ante estímulos que percibe como relevantes del entorno, cuya presencia proporciona información para influir en su comportamiento (Gómez & Calleja, 2016).

Particularmente, el miedo y la ira están altamente relacionadas con el despliegue de una conducta instrumental, ya que, son emociones intensas y dominantes, por lo que la acción se despliega de manera impulsiva, sin que haya un razonamiento muy elaborado de por medio (Gross & Thompson, 2007). De hecho, durante el proceso que atraviesa un paciente con cáncer, priman emociones como el miedo, la ira y la tristeza (Alameda, 2020).

La mayoría de las emociones que se presentan tras un diagnóstico de cáncer son de carácter desadaptativo, que se activan ante el inesperado acontecimiento, preparando al organismo para actuar, lo que las convierte en un proceso adaptativo; pues las emociones tienen una alta flexibilidad y capacidad para evolucionar, desarrollarse y madurar (Gross & Thompson, 2007).

Sin embargo, estas emociones generadoras de malestar emocional, podrían afectar la adherencia al tratamiento, la sensibilización a la enfermedad, la calidad de vida del paciente y en general el estado de salud, ya que está altamente evidenciado el importante papel que juegan las emociones en la salud física y emocional del paciente (Porro et al., 2012). Es así como Navas et al. (2007) reconocen la importancia de enseñar a los pacientes a regular sus emociones.

Al hablar de emociones es preciso hablar del modelo de procesamiento de la emoción y RE, en el que Gross y Thompson (2007) sostienen que la emoción comienza con una evaluación de señales contextuales externas e internas. Dichas señales al ser atendidas y evaluadas, desencadenan un conjunto coordinado de tendencias de respuesta emocional que se manifiestan a nivel subjetivo, comportamental y fisiológico. Una vez que estas tendencias de respuesta se disparan se pueden modular de diversas maneras (Bravo, 2018).

Es importante añadir que las emociones en sí mismas juegan un papel importante en la autorregulación general, lo que implica generar, inhibir, exagerar o cambiar la propia respuesta

global a fin de hacer más accesible el logro del objetivo (Baumeister et al., 1998; Muraven et al., 1998; Baumeister et al., 2007; en Butler, 2011).

Debido a la gran influencia que tienen las emociones en el actuar de las personas, vale la pena conocer cómo es que la modulación de las mismas influye en la posición que las personas tomen frente a la enfermedad; para lo cual es importante retomar la subjetividad que las caracteriza. Se dice que son subjetivas porque la forma en que se experimenta una emoción varía de un individuo a otro, dependiendo de sus experiencias, rasgos de personalidad, la situación concreta que se le presenta y su contexto cultural (Frijda et al., 2000; en Sánchez Aragón & López Becerra, 2020). Así pues, la forma en que se vivencia la emoción, define en cierta medida la forma en que se exprese o module (Bravo, 2018), por lo que, es preciso conocer cómo ciertas variables podrían influir ante la experiencia de fuertes emociones —como las que trae consigo el diagnóstico de cáncer—.

Regulación Emocional en personas sanas y en pacientes con cáncer

Al llegar a este punto, conviene decir que la RE engloba los intentos que hace el individuo por modular la ocurrencia, forma, intensidad, o duración de sus sentimientos internos, así como los procesos fisiológicos o de atención, tras la aparición de las señales ambientales que desencadenan la emoción (Eisenberg & Spinrad, 2004; Sánchez Aragón & López Becerra, 2020). Dichos intentos pueden ser automáticos o controlados, conscientes o inconscientes e implican tanto emociones positivas como negativas (Parrot, 1993; en Sánchez Aragón et al., 2008). Por su parte, Gross et al. (2006) señalan que la RE es un proceso que puede envolver la iniciación, mantenimiento y expresión de emociones positivas, así como también la evitación, minimización y enmascaramiento de las emociones negativas.

Ahora bien, el ejercicio de RE estará dado por las formas o estilos de reaccionar ante estímulos desencadenadores de emoción (Sánchez Aragón & López Becerra, 2008). En el

manejo y modulación de emociones se han identificado dos estilos de respuesta ante una situación generadora de emoción (Gross & Thompson, 2007): reapreciación cognoscitiva (RC) y supresión expresiva (SE).

La RC consiste en una reconstrucción de la situación potencialmente elicitoria de emoción mediante la transformación de la percepción de la situación, lo que permite reconstruir y cambiar lo que se piensa de la situación, guiando así una reducción de la experiencia y expresión emocional negativa, permitiendo al individuo una mejor actuación, gracias a que actúa antes de que se presente la reacción emocional (Gross et al., 2006).

En cambio, la SE consiste en actuar una vez que la emoción se ha presentado, inhibiendo la respuesta emocional mediante algunos esfuerzos cognitivos (Gross & Levenson, 1993; en Gross et al., 2006), lo que genera cierto nivel de discrepancia entre la experiencia interna y la expresión externa (Gross et al., 2006).

Sánchez Aragón y López Becerra (2008), encontraron que ante las emociones de miedo y tristeza, es más usual que los individuos hagan uso de la RC, lo que podría tener consecuencias muy positivas; por ejemplo, ante la tristeza, la RC contribuye a que la información se procese de tal modo que permita al individuo disolver la fuente de tensión emocional y vislumbrar la realidad de manera más optimista, disipando así la carga negativa del estímulo desencadenador de la tristeza (Festinger, 1957). Mientras que, para el miedo, la RC podría facilitarle el enfrentamiento tácito a la situación, ya que le permite estimar la calidad del estímulo.

Finalmente, las estrategias tienen que ver con los sentimientos, pensamientos y acciones asociados a las emociones (Gross, 1998; en Gómez & Calleja, 2016); es decir, a través de lo que siente, piensa y realiza al experimentar determinada emoción se puede saber si un individuo regula sus emociones y de qué manera lo hace (Gómez & Calleja, 2016).

La utilización de una u otra estrategia dependerá de características individuales y la naturaleza del entorno del individuo (Milena et al., 2007). Asimismo, los efectos de emplear una u otra serán distintos; por ejemplo, en la esfera social del paciente, se sabe que la RC facilita una interacción adecuada con otros, por su parte, la SE complica que se desarrollen relaciones emocionales cercanas, lo que se verá reflejado en la disposición para recibir apoyo que muestran.

La importancia de estudiar la RE en pacientes con cáncer radica en que se le ha encontrado altamente relacionada con la salud y con el BS que el paciente puede experimentar (Gómez & Calleja, 2016).

En pacientes oncológicos, una buena cantidad de estudios reportan que el estilo que suelen utilizar corresponde a la RC (Carver et al., 1993; Fife et al., 2000; Miller, et al, 1996; Stanton, et al., 2002; Thomas & Marks, 1995; en Vinaccia et al., 2006). Sin embargo, también existen datos que indican lo contrario, tal es el caso de un estudio en sobrevivientes de melanoma, en el que las mujeres utilizan con menor frecuencia la RC, pues tienden a escoger estrategias de afrontamiento y se orientan más al apoyo social (Ticona, et al., 2015).

No obstante, en el estudio de Porro et al. (2012) se compararon los niveles de SE en pacientes con cáncer y un grupo control, los resultados arrojaron a que los pacientes con cáncer utilizan con mayor frecuencia la SE que el grupo control. Además, el uso de la RC no alcanzó la significancia estadística.

Aunque es cierto que la enfermedad se puede manejar más adecuadamente asumiendo una perspectiva positiva, no siempre es posible, pues negar los verdaderos sentimientos de miedo y tristeza, que son parte del diagnóstico, generan un coste energético muy alto, lo cual puede hacer más difícil enfrentar la situación (ACS, 2021). A su vez, esto puede depender de qué tanto dominio o auto-eficacia cree tener cada persona al ejecutar las estrategias de RE.

Autoeficacia en el ejercicio de las estrategias de regulación emocional en personas sanas y en pacientes con cáncer

La autoeficacia en la ejecución de las estrategias de RE es la percepción de control que el individuo cree tener sobre el manejo de sus emociones, e influye en la realización de determinada conducta, en el grado de esfuerzo que podría emplearse y en el tiempo que podrían perseverar frente a ciertos obstáculos (Bandura, 1958; en Sánchez Aragón et al., 2008). La autoeficacia también influye en cómo la gente siente, piensa y actúa (Olivari & Urra, 2007).

Bandura (1977; en Sánchez Aragón & López Becerra, 2020) caracteriza tres dimensiones en las expectativas de auto-eficacia; magnitud, fuerza y generalidad. La primera refiere a la estimación personal sobre su mejor rendimiento considerando el momento y las circunstancias. La fuerza refiere a la confianza en sí mismo para alcanzar el rendimiento esperado. Y la generalidad es el grado en que cree poder solucionar cualquier situación que se le presente o solo algunas de ellas.

Por lo tanto, la eficacia en el ejercicio de la RE no solo depende de la estrategia utilizada, ni de las propias habilidades, sino de la percepción del manejo de las mismas para lograr la autoeficacia.

Percibirse auto-eficaz está relacionado con el dominio que se cree tener frente a ciertas situaciones. En un estudio realizado por Vinaccia et al. (2005) en pacientes con cáncer, se halló que una personalidad de tipo resistente, caracterizada por el fuerte sentimiento de control sobre la vida, estaba asociada con una mayor autoeficacia en la toma de decisiones relacionada con el uso de estrategias de regulación emocional como la reapreciación cognoscitiva o la supresión expresiva. Esta personalidad también mostró relación significativa con altos puntajes de bienestar subjetivo percibido (Peñacoba & Moreno, 1998; Vinaccia et al., 2005).

Relación del uso y autoeficacia en el ejercicio de la regulación emocional con el BS en personas sanas y en pacientes con cáncer

Como se mencionó a lo largo del apartado anterior, tanto las emociones como la regulación que se haga de las mismas juegan un papel importante en la vida de las personas pues regulan su actuar ante distintas situaciones; particularmente en el proceso salud-enfermedad tiene un papel protagónico ya que se asocian a una mejora o un empeoramiento en el estado de salud y del BS de las personas.

Asimismo, la autoeficacia se ha mostrado como un factor importante al motivar la adopción de conductas que promuevan la salud o detener conductas nocivas para la salud (Bandura, 1997; en Olivari & Urra, 2007)

La evidencia muestra que hacer uso de la RC disminuye la respuesta subjetiva y fisiológica, mientras que quienes hacen uso de la SE son más responsivos psicológicamente y presentan respuesta fisiológica intensificada (Lazarus & Alfert, 1964; en Gross et al., 2006).

Específicamente, la RC puede conducir a reducciones en la experiencia y expresión de emociones negativas, se asocia negativamente con la depresión y positivamente con la función social, también hay un incremento de la experiencia emocional positiva; haciendo uso de pocos recursos cognitivos (Gross et al., 2006; Pulgar et al., 2009).

Mientras que los casos de SE muestran un peor funcionamiento en los dominios emocional, interpersonal y de bienestar (Gross et al., 2006); por tal motivo la experiencia de prosperidad y satisfacción con la vida se ve afectada. Adicionalmente, el uso diario de la SE está relacionado con una menor experiencia de emoción positiva y una mayor experiencia de emoción negativa que incluye síntomas depresivos (Gross et al., 2006).

En cuanto a la auto-eficacia en el ejercicio de la regulación emocional (A-ERE), Vázquez et al. (2003; Bandura, 2001; en Olivari & Urra, 2007) sostienen que hay una multitud de investigaciones experimentales con animales y humanos que han demostrado que el no

sentirse auto-eficaz constituye un elemento crucial etiológico para desarrollar trastornos emocionales como la depresión, por lo que sería un predictor de un bienestar subjetivo disminuido.

Se debe agregar que la percepción de autoeficacia en el ejercicio de la regulación emocional está fuertemente ligada con un estado de ánimo más positivo (Vázquez et al., 2003), lo que favorece la percepción de prosperidad y de satisfacción con la vida, por lo tanto, ejerce un impacto positivo en la salud del paciente, lo que es congruente con los estudios basados en la teoría de Bandura (1977; en Sánchez Aragón et al., 2008), que muestran que los individuos con expectativas altas de autoeficacia, son más saludables, más efectivos y generalmente más exitosos que los individuos que tienen expectativas bajas. En general, sentirse auto-eficaz tiene consecuencias benéficas para el bienestar general del individuo (Grembowski, et al., 1993; Klein-Hessling, et al., 2005; en Olivari & Urra, 2007).

Ahora bien, respecto a pacientes con cáncer, se sabe que el utilizar la RC contribuye a la disminución de la percepción de estrés (Ticona et al., 2015). Butler et al. (2011) sustentan que la reevaluación se asocia con mejores resultados fisiológicos, subjetivos, cognitivos y sociales que la supresión. Además, se acompaña de una mayor experiencia emocional positiva y menor experiencia emocional negativa.

En tanto que, el uso frecuente de la SE se ha asociado con resultados negativos para el BS (Gross & John, 2003; Silva, 2005) y con mayor riesgo en el inicio y la progresión de la enfermedad de cáncer (Garssen & Goodkin, 1999; McKenna, et al., 1999; Vinaccia, et al., 2006; Porro, et al., 2012).

Uso y autoeficacia en el ejercicio de la regulación emocional, edad, escolaridad, número de hijos y tiempo de diagnóstico: relación y efectos

De acuerdo con Gross y John (2002; en Gross et al., 2006), a lo largo del ciclo vital se producirán cambios en la forma en que los individuos regulan sus emociones, como producto de la experiencia que se va adquiriendo a lo largo de la vida sobre costos y beneficios de emplear una u otra estrategia. Por lo que, posiblemente a medida que el individuo crece, hará mayor uso de estrategias de RE saludables (como la RC); mientras que aquellos más jóvenes harán mayor uso de estrategias de RE menos saludables (como la SE). Dicha hipótesis es concordante con lo hallado por Helson y Klohnen (1998; Gross & John, 2004; en Gross et al., 2006), quiénes reportaron que de los 20 a los 60 aumentaba el uso de RC y disminuía el uso de SE. Además, los mayores reportaban un mayor uso de reapreciación cognoscitiva en comparación con los menores.

Respecto a la escolaridad, se sabe que quiénes tienen un nivel de escolaridad más alto, son quiénes regulan de forma más eficaz sus emociones, aunque podría variar de acuerdo con el contexto.

En general, en pacientes con cáncer es común utilizar la SE ante emociones desagradables; particularmente, en individuos de sexo masculino (Ticona et al., 2015) y en padres de familia diagnosticados con cáncer (ACS, 2021); los primeros obedecen a factores culturales, mientras que en los últimos se encuentra una preocupación desbordada por no mostrar emociones desagradables frente a sus hijos. Es posible que les preocupe asustar a su(s) hijo(s), pues es difícil no relacionar la enfermedad con la muerte, o que la expresión de sus emociones negativas afecte la capacidad de su(s) hijo(s) para lidiar con la situación (ACS, 2021; Osornio et al., 2021). No obstante, Gross et al. (2006) hallaron que es más usual hacer uso de la SE con extraños que con personas cercanas, que en este caso serían los hijos.

En cuanto al momento en que se utiliza, Fife et al. (2000; en Vinaccia et al., 2006) observaron que los pacientes utilizan en mayor medida la RC durante la fase de tratamiento y hospitalización, disminuyendo su uso en momentos posteriores. Es decir, hay más probabilidades de que los individuos desplieguen estrategias de RE a menor tiempo de diagnóstico. Un factor social que también incide en la manera en la que los(as) pacientes oncológicos lidian con su enfermedad y contexto es su tendencia a aceptar ayuda o apoyo de otros.

Disposición a recibir apoyo social en personas sanas y pacientes con cáncer

La disposición a recibir apoyo social (DRA) radica en proporcionar un escenario favorable para que las personas cercanas otorguen su ayuda; implica compartir, expresar y comunicar emociones, etc. A la vez, implica reconocer que no se cuentan con los recursos individuales suficientes para solucionar los problemas de manera individual, así como la percepción de fuentes de apoyo social (Sánchez & Calleja, 2021).

En tanto que el apoyo social es la existencia y disponibilidad de alguien para auxiliar, proteger, defender, cuidar y valorar a otra persona (Sarason et al., 1983). Las funciones del apoyo social son: otorgar sustento emocional y brindar asistencia tangible (Cutrona & Russell, 1987; en Sánchez & Calleja, 2021).

La DRA facilita que se enfrenten las situaciones problemáticas con más fuerza y con un abanico más amplio de recursos (Aragón, 2019). Es por ello que el apoyo social es de gran utilidad ante cualquier situación; sin embargo, es importante mencionar que hay una diferencia entre el apoyo recibido día a día —siendo a veces imperceptible— y el que se recibe ante una situación difícil (Thoits, 2011). Cuando se produce una adversidad, el apoyo social se convierte en un proceso visible y deliberado que se centra en hacer frente a la situación que se presenta, lo que valida la percepción de disponibilidad de apoyo cuando se necesita (Thoits, 2011).

Percibir apoyo y permitir que este sea otorgado, implica confiar en el otro, dando como resultado un fortalecimiento de los vínculos entre quien da y quien recibe la ayuda (Aragón, 2019).

Por el contrario, Zawadski et al. (2013) afirma que cuando se percibe que se carece de las conexiones sociales deseadas, puede convertirse en un factor estresante crónico que impedirá que se muestre disposición a recibir apoyo social, aun contando con fuentes de apoyo. Lo cual se ha encontrado asociado a experiencia emocional negativa.

Como se puede vislumbrar, no sólo es importante tener una red disponible, sino que el individuo sepa y esté dispuesto a extraer de modo efectivo el apoyo que necesita de otros (Dunkel-Schetter et al., 1987; en Vázquez et al., 2003).

Ahora bien, cuando la situación adversa es una enfermedad (como el cáncer), la DRA refuerza la capacidad de resistir y superar frustraciones, de resolver retos y contribuye al ajuste psicológico (Chi et al., 2011; en Sánchez Aragón & Calleja, 2021), actuando como factor protector a lo largo de la enfermedad. Adicionalmente, tiene un impacto positivo ante las dificultades de la vida cotidiana, como pueden ser la rutina, las cuestiones económicas y las dificultades personales (Chi et al., 2011; Stafford, 2003; Sullivan & Dávila, 2010; en Sánchez Aragón & Calleja, 2021).

Específicamente ante un diagnóstico de cáncer, para la familia y los(as) amigos(as) es una situación nueva y difícil ante la cual no saben muy bien cómo actuar, por lo que es importante que el(la) paciente les de estas pautas para recibir la ayuda y apoyo que desea (Yélamos, 2017), ya que, al representar una situación sumamente estresante, es importante contar con apoyo social, pues provee de recursos psicológicos para enfrentar el estrés (Chi et al., 2011; en Sánchez Aragón & Calleja, 2021) y brinda una protección necesaria para salir adelante de la situación, lo cual sería imposible si el propio individuo no muestra disposición para recibirlo (Sánchez Aragón, 2020).

Asimismo, se ha hallado que hay cierto grado de asociación entre recibir apoyo y una mejor función inmune, lo que en pacientes con cáncer resulta crucial para luchar contra la enfermedad (Abbas & Lichtman, 2003; en Uchino, 2006).

Relación entre la disposición a recibir apoyo social y BS

Al compartir, expresar y comunicar emociones, la DRA constituye una variable fuertemente asociada con el BS (Gable et al., 2006; en Sánchez Aragón & Calleja, 2021; Morelli et al., 2015), ya que, expresar y compartir las propias emociones —particularmente las negativas— permite al individuo liberarse de esa carga, y así disminuir los síntomas psicológicos de carácter desadaptativo, y con ello, la experiencia emocional negativa (Vázquez et al., 2003). De hecho, el comunicar las propias emociones ante situaciones difíciles es uno de los mecanismos que la gente valora como más eficaces para afrontar situaciones emocionales difíciles (Folkman et al., 1986; en Vázquez et al., 2003).

De manera similar, existe una asociación entre la DRA y un estado de ánimo positivo (Procidano & Walker-Smith, 1997; en Sánchez Aragón & Calleja, 2021), pues guarda una estrecha relación con la sensación de tranquilidad, con la experiencia de satisfacción, sensación de pertenencia, de ser querido y cuidado por otro, lo cual refuerza su autoestima (Fernández, 2020; Thoits, 2011). De este modo, reduce la angustia psicológica y la excitación fisiológica (Thoits, 2011).

En congruencia, Eisenberger (2013) encontró que dejarse ayudar puede beneficiar la salud a través de la activación de regiones neurales que responden a la seguridad e inhiben las respuestas fisiológicas relacionadas con la amenaza. Además, contribuye a disipar los efectos nocivos del estrés en la salud física y mental (Uchino, 2006), por ejemplo, moderando el efecto de la rumia sobre la calidad del sueño (Zawadski et al., 2013).

De modo similar, Navas et al. (2007) sostienen que la calidad del apoyo social recibido tiene un gran impacto en la salud; sin embargo, sin la DRA, todos estos esfuerzos serían poco útiles (Sánchez Aragón & Calleja, 2021). De este modo, no saber pedir ayuda, mediante la expresión de necesidades físicas y emocionales constituye un obstáculo importante para disfrutar de una buena calidad de vida (Fernández, 2020).

En lo que respecta a pacientes con cáncer, Vázquez et al. (2003) consideran que estar dispuesto a buscar y a recibir apoyo social es una estrategia positiva que contribuye a manejar mejor los síntomas de enfermedades físicas como el cáncer, ya que facilita que se vivencie el lado positivo de la experiencia estresante, manteniendo una actitud optimista y reduciendo la probabilidad de que se presenten rumiaciones obsesivas.

Por su parte, Flórez Rodríguez y Sánchez Aragón (2020) sustentan que dejarse apoyar está ligado a la capacidad de relacionarse socialmente, lo que genera más recursos interpersonales y mayor experiencia positiva que permiten librar satisfactoriamente el estrés generado por la enfermedad (García, 2002).

Adicionalmente, la DRA facilita que se clarifiquen ciertas metas y que se reconozcan límites propios, lo que permite que se alcancen objetivos y los individuos se perciban a sí mismos satisfechos con su vida (Aragón, 2019). Sin embargo, el individuo enfermo puede tender a rechazar el apoyo pues tratan de evitar que sus seres queridos pasen por situaciones desgastantes (Thois, 2011). No obstante, supervivientes de la enfermedad reportan que una de las lecciones más grandes que aprenden en el transcurso de su enfermedad es la importancia de pedir y aceptar ayuda (Infocáncer, 2019).

Asimismo, es relevante mencionar que la falta de apoyo social en circunstancias difíciles eleva el riesgo de vivir episodios depresivos en personas vulnerables —por ejemplo, enfermos de cáncer— (Brown & Harris, 1978; en Vázquez et al., 2003).

Disposición a recibir apoyo social, edad, escolaridad, número de hijos y tiempo de diagnóstico: relación y efectos

En cuanto a las variables de interés en el presente estudio, Gooding et al. (2012) y Sánchez Aragón (2020) indicaron que, respecto a la edad, los jóvenes (17 a 30 años) mostraron mayor resiliencia en el apoyo social en comparación con los adultos. Mientras que en el estudio de Sánchez Aragón (2020), el grupo de 31 a 44 años (adultos jóvenes) puntuaron más alto en apoyo familiar. Por otra parte, Jiang et al. (2018) encontró que los adultos mayores (de 60 años o más) muestran más disposición a recibir apoyo, en comparación con los adultos jóvenes (de 18 a 25 años), dicha diferencia esta mediada por los posibles costos sociales que los adultos perciben en la búsqueda de apoyo.

Al examinar el efecto de la escolaridad, se halló que aquellos con un nivel de escolaridad mayor, puntuaron más alto, es decir, el grupo de licenciatura mostró mayor disposición a recibir apoyo (Sánchez Aragón, 2020).

Cabe resaltar que no todo apoyo social es igualmente eficaz; se ha encontrado que el apoyo más eficaz es el que pueden ofrecer las relaciones más cercanas como la familia (Bodenmann, et al., 2008; Uchino, 2006), pues normalmente el grupo primario (familia, conyugue e hijos) es el que se espera que responda de manera inmediata cuando surge una situación difícil (Thoits, 2011). Steptoe et al. (2000; en Uchino, 2006), encontraron que cuando el papel de ser padre se combinó con altos niveles de apoyo funcional, se predijeron mejoras en la salud física.

Asimismo, Thoits (2011) afirma que la eficacia del apoyo recibido dependerá de quién brinde el apoyo y que tipo de apoyo proporcione.

Respecto al tiempo de diagnóstico, es más común que quienes llevan más tiempo de haber sido diagnosticados muestren más apertura a recibir apoyo, pues a lo largo de la

enfermedad aprenden la importancia de pedir y aceptar ayuda, según reportan los mismos pacientes (Infocáncer, 2019).

Influencia de variables psicosociales en la percepción de BS en personas sanas y pacientes con cáncer

Las variables revisadas hasta este punto (rumia, estrés, autoeficacia en el ejercicio de la regulación emocional y disposición para recibir apoyo) tienen gran influencia en el BS, que es el grado en que el individuo está a gusto con la vida que lleva.

Se le llama subjetivo porque comprende una evaluación personal sobre la satisfacción que tienen con su vida, es una experiencia personal; cada sujeto es el propio juez de su bienestar (Rojas, 2011). Sin embargo, en esta evaluación intervienen algunos factores culturales, ya que, para emitir tal juicio se parte de una perspectiva interna que se construye con base en las creencias (del grupo al que se pertenece), acerca de si vive correctamente y se disfruta de la vida, por lo tanto, comprende lo que otros(as) piensan acerca de cómo cada uno(a) está viviendo la vida y el sentido propio de realización (Sánchez Aragón, 2020).

A continuación, se hará una breve revisión de la relación que guardan las variables de interés (rumia, estrés, autoeficacia en el ejercicio de la regulación emocional y la disposición para recibir apoyo) con los elementos constituyentes del BS (experiencia emocional positiva o negativa, prosperidad y satisfacción emocional).

En primer lugar, se sabe que tanto la rumia como el estrés (en su versión de descontrol), tienen una estrecha relación con un incremento en la experiencia emocional negativa (Delgado et al., 2008; De Rosa & Keegan, 2018; Due et al., 2018; Malin & Littlejohn, 2015). En cuanto a la RE, cuando la manera de afrontar la enfermedad se corresponde con la SE, la experiencia también posee una carga emocional negativa (Schnoll et al., 1999; en García-Viniegras & González Blanco, 2007). Mientras que, el uso de la RC reduce la experiencia y expresión

emocional negativa (Sánchez Aragón & López Becerra, 2008) e incrementa la emocionalidad positiva. Además, para la experiencia emocional positiva, se encuentra que un fuerte predictor es el percibirse autoeficaz (Osornio et al., 2021; Sánchez Aragón, 2020).

Otra variable que se ha encontrado asociada a emociones positivas es la disposición a recibir apoyo social. Headey et al. (1985 en García, 2002) identificaron que las variables relativas al apoyo social (cantidad de contacto social, disponibilidad de apoyo o satisfacción con los amigos) tienden a corresponderse con emociones positivas (Sánchez Aragón, 2020), recordando que, para que el apoyo social sea otorgado, lo primero que se tiene que hacer es mostrarse dispuesto a recibirlo, de otro modo, se convertiría en problemático.

Así pues, el apoyo social es considerado un recurso social de alto valor que tiende a mejorar al ajuste psicológico, la salud, la autoestima (sentirse aceptado y valorado), el estado de ánimo positivo y la percepción favorable sobre la vida (Thoits, 2011; Uchino, 2006). Mientras que, la disponibilidad de apoyo social de otros(as), puede reducir las amenazas sobre el BS Rook (1984; en García, 2002).

Ahora bien, en cuanto al factor prosperidad, la rumia merma la capacidad de ver el futuro con optimismo, por lo que la prosperidad disminuye (Barroilhet et al., 2005; Sánchez Aragón, 2020); de modo similar ocurre con el estrés (distrés). El cáncer está caracterizado por la constante sensación de amenaza; por lo que, la calidad del vínculo establecido entre la persona enferma y sus cuidadores es particularmente relevante para su BS (Osornio et al., 2021).

Respecto a la satisfacción con la vida, los(as) pacientes que tienen niveles más altos de rumia, estrés y hacen un mayor uso de la SE, reportan más complicaciones en su salud y tienen más dificultades para realizar actividades diarias, por lo que hay una menor satisfacción con su vida (Flórez Rodríguez & Sánchez Aragón, 2020). Por el contrario, sentirse auto-eficaz para

lidar con la enfermedad guarda una estrecha relación con la autoeficacia que el individuo perciba tener (Pinquart & Fröhlich, 2009; Tov & Diener, 2009).

La importancia de estudiar la relación de dichas variables (rumia, estrés, uso y autoeficacia de la regulación emocional y disposición para recibir apoyo), radica en que padecer una enfermedad crónica está asociado con un bienestar afectivo significativamente reducido, comparado con un grupo de buena salud (Rojas et al., 2011) y se considera que las diferencias individuales en aspectos psicosociales podrían constituir una importante diferencia en cuanto a la adaptación al cáncer (Osornio et al., 2021) y la valoración que el individuo hace con respecto a su enfermedad (Pomares et al., 2019).

Y si bien es cierto, que se han estudiado factores como el optimismo, la esperanza y la autoestima como variables que fomentan el BS (Pinquart & Fröhlich, 2009; Pomares et al., 2019), se han dejado de lado ciertas variables que también se presentan frecuentemente en pacientes con cáncer.

Existe evidencia que muestra que el optimismo y la autoestima de los pacientes con cáncer se asocia con el BS y que el apoyo social y los propósitos en la vida predecían un incremento en el BS de los pacientes con cáncer (Pinquart & Fröhlich, 2009; Von Humboldt et al., 2017). Sin embargo, no hay evidencia de cómo se relacionan variables como la rumia o el uso de estrategias de regulación emocional (SE o RC) con el BS de pacientes con cáncer. Aun sabiendo que el experimentar BS ante una enfermedad como el cáncer favorece una mejor evolución de la enfermedad, la adherencia al tratamiento y se correlaciona con beneficios en diversas áreas, como satisfacción en las relaciones interpersonales, de rendimiento laboral y percepción de buena salud (Pomares et al., 2019). Además, favorece la salud mental y viceversa, la salud mental favorece que la persona experimente BS, actuando como un factor protector (Von Humboldt & Leal, 2014; Dear et al., 2002; Diener et al., 1997; en Osornio, 2021; Pomares et al., 2019).

Se puede concluir que el pensarse de manera constructiva ante una enfermedad tan agresiva como el cáncer, contribuye a la adaptación psicosocial del paciente (Novoa et al., 2010), lo que facilita que éste mismo se adhiera al tratamiento, viva la experiencia de manera más positiva y por tanto mejore su salud.

Finalmente, retomando la definición de salud emitida por la OMS (2021), es posible vislumbrar la importancia que adquiere el BS, ya que, tiene un papel protagónico en la salud del individuo y la satisfacción que tenga con su vida, elementos de vital importancia para lograr uno de los objetivos emitidos por la OMS (2021) en materia de cáncer: salvaguardar la calidad de vida del paciente oncológico.

Método

Objetivo General

Examinar los efectos de la rumia (R), estrés (E), el uso (URE) y auto eficacia en el ejercicio de las estrategias de regulación emocional (A-ERE) y la disposición para recibir apoyo (DRA) sobre el bienestar subjetivo (BS) de pacientes con cáncer, así como las diferencias por edad del paciente, su grado de escolaridad, el tiempo que haya pasado desde su diagnóstico y el número de hijos que tenga.

Objetivos Específicos

1. Explorar las diferencias por edad, escolaridad, tiempo de diagnóstico y el número de hijos en la rumia, el estrés, el uso y la autoeficacia en el ejercicio de las estrategias de regulación emocional y la disposición para recibir apoyo con el bienestar subjetivo de pacientes con cáncer.
2. Examinar la relación entre rumia, estrés, el uso y la autoeficacia en el ejercicio de las estrategias de regulación emocional y la disposición para recibir apoyo con el bienestar subjetivo de pacientes con cáncer.
3. Identificar el nivel de predicción de la experiencia emocional positiva, experiencia emocional negativa, la prosperidad y la satisfacción de vida con la rumia, estrés, el uso y la autoeficacia en el ejercicio de las estrategias de regulación emocional y la disposición para recibir apoyo.

Justificación

El cáncer es una enfermedad cuyo impacto no se limita al estado físico de la persona, también lo afecta en la esfera psíquica (Bravo, 2018). Esta última se ha centrado en atender mediante la intervención e investigación, variables de alta recurrencia en pacientes oncológicos, como lo

son la ansiedad, el estrés y la depresión, sin embargo se han dejado de lado muchas otras (R, UERE, A-ERE, DRA y BS), cuyo estudio podría aportar hallazgos significativos y relevantes que se puedan integrar al campo explicativo de la psicooncología, favoreciendo así una comprensión más completa del fenómeno, sentando así, las bases de una atención más integral para el paciente con cáncer.

Así, es importante traer a colación el hecho de que se ha dejado de ver al cáncer como una enfermedad necesariamente mortal, reconociendo así algunas variables psicológicas de tipo cognitivo, emocional y motivacional como factores protectores o de riesgo en el desarrollo y progresión de la enfermedad (Robert, 2021), variables que requieren conocerse y documentarse en esta población, ya que al ser una enfermedad altamente demandante, se hace necesario optimizar la eficacia y eficiencia de las intervenciones (Barroilhet et al.,2005) pues con ello se sientan las bases de un mejor curso de la enfermedad y por ende un pronóstico más favorable para el paciente con cáncer .

En el presente estudio, la única variable altamente estudiada ha sido el E, cuya integración atiende a ser una variable que se presenta a lo largo de la enfermedad, y causa gran malestar, debido a la gran variedad de efectos que se derivan de su presencia.

Así pues, se sabe que el diagnóstico de cáncer trae consigo múltiples estresores que producen un conjunto de pensamientos y emociones negativas, lo cual puede derivar en pensamientos rumiantes que obstaculizan la superación del estado de ánimo negativo (De Rosa & Keegan, 2018), produciendo una autopercepción de incapacidad para manejar dichos estados (Bravo, 2018), es decir, la rumia podría también actuar como precursor del estrés. Sin embargo, la investigación en este campo aun es escasa.

Ahora bien, en la literatura se reporta la presencia de múltiples y variadas emociones de manera desbordada y en ocasiones de manera conjunta (Alameda, 2020), por lo cual es común que se presenten alteraciones emocionales, ante las cuales es pertinente que los

pacientes autorregulen sus emociones mediante algunas estrategias (Navas et al., 2007) en pro del cumplimiento de objetivos individuales; dentro de las estrategias a utilizar se encuentra la supresión expresiva (SE), asociada a malestares emocionales, y la reapreciación cognoscitiva (RC), asociada con ser autoeficaz en el manejo emocional (Gros setal., 2006). La autoeficacia en el ejercicio de la regulación emocional (A-ERE) facilita que se muestre disposición a recibir apoyo (DRA), que se ha hallado asociada a un mejor ajuste psicológico (Marrero & Carballeria, 2002).

Por otro lado, se considera importante analizar la influencia que ejercen algunas variables socioculturales (edad, escolaridad, tiempo de diagnóstico y el número de hijos), a fin de identificar población en riesgo de presentar en mayor medida y con mayor frecuencia el malestar o bienestar propio de las variables de interés.

Es así que dichas variables pueden contribuir de manera potencial al malestar o bienestar subjetivo (BS), que se sabe es un componente de la calidad de vida –objetivo máximo impuesto por la OMS en cuanto a población oncológica–, y está altamente asociado a la mejora o progresión de la enfermedad.

El cáncer, al ser un problema de salud pública, estudiar dichas variables podría ejercer un impacto en el ejercicio de atención psicológica a pacientes oncológicos, quiénes cada vez más requieren de apoyo y atención para hacer frente de una mejor manera a la vida a pesar de su padecimiento.

Variables

Considerando el objetivo general de la investigación:

Intervinientes

- Rumia
- Estrés

- Estrategias de Regulación Emocional
- Auto-Eficacia en el ejercicio de las Estrategias de Regulación Emocional
- Disposición para Recibir Apoyo Social
- Bienestar Subjetivo

De Clasificación

- Edad
- Escolaridad
- Número de hijos
- Tiempo de diagnóstico

Definición Conceptual de las variables

Intervinientes

- **Rumia:** constante pensamiento repetitivo, de carácter negativo e incontrolable; suele aludir a eventos pasados o eventos estresantes actuales y tiene un impacto negativo en la salud y el bienestar psicológico (De Rosa & Keegan, 2018), ya que perpetúa el estrés incrementando las cogniciones negativas, deteriorando la solución de problemas y la conducta instrumental, y reduciendo el apoyo social (Eisma & Stroebe, 2017; en Flórez Rodríguez & Sánchez Aragón, 2020).
- **Estrés:** experiencia emocional negativa, resultado de desafíos, duelos y situaciones inesperadas que el individuo enfrenta a lo largo de su vida, implica un juicio, resultado de la evaluación cognoscitiva de los recursos internos y externos que el individuo posee para afrontar una situación y la capacidad que percibe para sobrellevarlos. Este juicio puede derivar en la sensación de control o descontrol ante la situación a afrontar. Si se percibe tener los recursos, se presenta como reto (eustrés); de lo contrario se percibe como amenazante (distrés). Ante una misma experiencia se pueden percibir ambos tipos de estrés (Flórez Rodríguez & Sánchez Aragón, 2020).

- **Estrategias de regulación emocional:** técnicas o mecanismos encaminados a modificar el curso, la intensidad, la calidad, la duración y la expresión de las experiencias emocionales en pro del cumplimiento de objetivos individuales. Estas pueden ser distinguidas en términos del momento del proceso de generación de la emoción en el que impactan, siendo reconocidos dos momentos: el antecedente y el consecuente. En el primero se ubica la estrategia de reapreciación cognoscitiva (RC), forma de cambio cognoscitivo que guía la reducción de la emocionalidad; en el segundo aparece la Supresión Expresiva (SE) que consiste en la represión de la expresión emocional (Gross, et al., 2006; en Flórez Rodríguez & Sánchez Aragón, 2020).
- **Autoeficacia en el ejercicio de las estrategias de regulación emocional:** percepción de dominio y/o control que las personas creen tener ante determinados eventos para regular, manejar y gestionar sus emociones y de esta manera evitar conductas poco adaptativas (Bandura, 1986; Sánchez Aragón et al., 2008).
- **Disposición para Recibir Apoyo:** inclinación individual-social de desplegar comportamientos facilitadores para que pueda ser brindado el apoyo, implica actitudes y disposiciones conductuales tales como: compartir los propios sentimientos, dejarse ayudar, expresar el propio sentir ante una preocupación, pedir ayuda, hablar de los problemas personales a otros, permitir que la familia y amigos brinden ayuda cuando se tienen dificultades y tener la disposición de recibir consejos ante una situación difícil (Sánchez Aragón & Calleja, 2021).
- **Bienestar Subjetivo:** evaluación individual de las emociones positivas y negativas experimentadas, prosperidad y satisfacción con la vida, los cuales de acuerdo con Diener (2009) dependen de múltiples factores psicosociales por lo que representa un juicio cultural desde una perspectiva interna (Sánchez Aragón, 2020). Por tanto, los componentes de BS se asientan en lo emocional y cognitivo, que a su vez están

directamente influenciados por la calidad en el contacto social, acontecimientos vitales, discrepancia entre aspiraciones y logros, percepción de autoeficacia y pensamientos negativo o positivos (Flórez Rodríguez & Sánchez Aragón, 2020).

De Clasificación

- **Edad:** periodo en términos de tiempo en que transcurre la vida de un individuo (Mendoza, 2010).
- **Escolaridad:** grado académico alcanzado por un estudiante dentro de una institución educativa (Mendoza, 2010).
- **Número de hijos:** condición de contar o no con descendencia, definida en términos de su cantidad (Deater-Deckard & Panneton, 2017).
- **Tiempo de diagnóstico:** periodo recorrido desde la fecha en que se confirmó el diagnóstico de cáncer por un especialista hasta el momento en que se contesta la batería (Infocán, 2019).

Definición Operacional de las variables

Intervinientes

- **Rumia:** puntaje obtenido en la Escala de Rumia (Flórez Rodríguez & Sánchez Aragón, 2020) en los factores malestar y reflexión obsesiva.
- **Estrés:** puntaje obtenido en la Escala de Estrés (Flórez Rodríguez & Sánchez Aragón, 2020).
- **Estrategias de Regulación Emocional:** puntaje obtenido en los indicadores que evalúan a las estrategias de RC y SE (Granillo Velasco & Sánchez Aragón, 2019).
- **Autoeficacia en el ejercicio de las Estrategias de Regulación Emocional:** puntaje obtenido en la Escala de Autoeficacia en la Ejecución de Estrategias de Regulación Emocional (Sánchez Aragón, et al. 2008).

- **Disposición para Recibir Apoyo:** puntaje obtenido en la escala de disposición para recibir apoyo (Sánchez Aragón & Calleja, 2021).
- **Bienestar Subjetivo:** puntaje obtenido en Escalas de Bienestar Subjetivo (Diener, et al. 1985; Diener, 2009; Granillo Velasco, et al. 2020): Experiencias emocionales, prosperidad y satisfacción de vida.

De Clasificación

La definición operacional de escolaridad, número de hijos y tiempo de diagnóstico estará dada por las respuestas que los participantes den en la sección de datos sociodemográficos.

Hipótesis

1. Para el objetivo uno, las hipótesis son:
 - **Edad:** Se presentan diferencias en cuanto a los niveles de estrés, rumia, uso y autoeficacia en el ejercicio de la regulación emocional, disposición para recibir apoyo y bienestar subjetivo entre pacientes con cáncer, según su grupo etario.
 - **Escolaridad:** Existe una relación entre escolaridad y estrategias de afrontamiento utilizadas, por lo que se hipotetiza que a nivel académico superior observan las situaciones estresantes, como lo es padecer cáncer, de una manera más positiva. De este modo, a mayor escolaridad se espera que los (as) pacientes presenten menores niveles de rumia, de la sensación de descontrol del estrés; mayor uso y auto-eficacia en el ejercicio de la regulación emocional, mayor apertura a recibir apoyo social y por tanto reporten niveles más altos de bienestar subjetivo.
 - **Número de hijos:** El ser padre o madre puede ser una etapa altamente estresante, en la que hay una serie de factores implicados, siendo el número de hijos uno de ellos, por lo

que se le considera un plus al estrés derivado de la enfermedad. Por lo que se espera que aquellos pacientes que tienen hijos presentan mayores niveles de rumia y estrés, menores niveles en la auto-eficacia en el ejercicio de la regulación emocional, en la disposición para recibir apoyo y en el bienestar subjetivo, en comparación con aquellos que no tienen hijos.

- Tiempo de diagnóstico: Los (as) pacientes presentan diferencia en la magnitud en que experimentan las variables de interés (rumia, estrés, uso y auto-eficacia en el ejercicio de la regulación emocional, disposición para recibir apoyo y bienestar subjetivo) de acuerdo con el tiempo que haya pasado desde su diagnóstico.

2. Para el objetivo dos:

Existe una correlación negativa y estadísticamente significativa entre el grado de rumia, estrés (en el factor descontrol) y uso y autoeficacia en el ejercicio de la supresión expresiva con el bienestar subjetivo de los (as) pacientes con cáncer. En este orden de ideas, se hipotetiza que existe una correlación positiva y estadísticamente significativa entre el uso y autoeficacia en el ejercicio de la regulación emocional (reapreciación cognoscitiva) y la disposición para recibir apoyo con el bienestar subjetivo de los (as) pacientes.

3. Para el objetivo tres:

La experiencia emocional positiva, la prosperidad y la satisfacción con la vida son predichas por la sensación de control del estrés, por el uso y autoeficacia en el ejercicio de la reapreciación cognoscitiva y la disposición para recibir apoyo. Mientras que la experiencia emocional negativa es predicha por la rumia, la sensación de descontrol del estrés y el uso y autoeficacia en el ejercicio de la supresión expresiva.

Participantes

Se utilizó un muestreo no probabilístico por cuota (Hernández, et al., 2010) de 197 pacientes diagnosticados(as) con cualquier tipo de cáncer (142 mujeres y 55 hombres) que además cumplieran con los siguientes criterios: ser mayores de edad y contar con una escolaridad mínima de secundaria.

El rango de edad de los participantes fue de 21-78 años ($M=46.487$, $Mo=50$, $Me=46.5$, $DE= 38.9$). El nivel de escolaridad que presentaron los participantes fue: 24.9% había concluido la secundaria, 29.4% había concluido la preparatoria y el 45.7% había concluido la licenciatura.

El tiempo de diagnóstico va desde un mes hasta 240 meses (20 años), encontrándose la mayor cantidad de participantes (13.2%) a dos años de su diagnóstico. Del total de participantes, solo el 15.2% no recibe ningún tipo de tratamiento, mientras que el 84.8% si lo recibe. Además, el 26.9% presenta una comorbilidad con el cáncer en tanto que el 73.1% solo padece cáncer.

En cuanto a la cantidad de hijos, el 12.2% no tenía ningún hijo, el 21.8% tenía un hijo, el 38.6% tenía dos hijos, el 18.3% tres hijos, el 6.6% tenía 3 hijos y solo el 2.5% tenía 5 hijos.

Instrumentos

Escala de Rumia (Flórez Rodríguez & Sánchez Aragón, 2020) que consta —en su versión corta — de 10 reactivos con formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos que indican grados de acuerdo (1= totalmente en desacuerdo y 5= totalmente de acuerdo), distribuidos en dos factores: 1) malestar (p.ej., “Le doy vuelta y vuelta a mi sufrimiento”) ($\alpha=.89$) y 2) reflexión obsesiva (“Pienso todo el tiempo en todas mis deficiencias, carencias, defectos y errores) ($\alpha=.84$).

Escala de Estrés (Flórez Rodríguez & Sánchez Aragón, 2020) consta de 14 reactivos con formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos que indican grados de acuerdo (1= totalmente en desacuerdo y 5= totalmente de acuerdo), distribuidos en los siguientes factores: 1) recursos internos (p.ej., “¿Ha sentido que las cosas sucedían como usted quería?”) y externos que se tienen para afrontar una situación (p.ej., “¿Ha estado triste por algo que sucedió de manera inesperada?”) y 2) la capacidad que se tiene de sobrellevarlos (p. ej., “¿Se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes de su vida?”).

Indicadores de Regulación Emocional (Granillo Velasco & Sánchez Aragón, 2019) 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 (1= totalmente en desacuerdo y 5= totalmente de acuerdo) y la frecuencia de uso (1= nada y 5= mucho). Ambos indicadores presentan validez de contenido otorgada por 10 jueces expertos en la temática con base en el acuerdo unánime de su pertinencia (aprobación del 100%).

Escala de Auto-Eficacia percibida en el ejercicio de las Estrategias de Regulación Emocional Sección Rasgo (Sánchez et al., 2008) compuesta por 10 reactivos con formato tipo Likert con 5 opciones de respuesta que van de sentirse nada capaz a muy capaz de manejar la situación. Tales reactivos conforman dos factores que explican el 57.61% de la varianza: 1) Supresión Expresiva con un $\alpha=.84$ (p.ej., “Me esfuerzo en no evidenciar cómo me siento”, “Me aferro a no demostrar mi estado emocional”) y 2) Reapreciación Cognoscitiva con un $\alpha=.84$ (p.ej., “Manejo mis emociones y me enfrento a la situación de una mejor manera”, “Reevalúo la situación y modifico mi reacción”).

Escala de Recepción de Apoyo (Sánchez Aragón, 2021) que consta de 7 reactivos con formato tipo Likert ($\alpha=.79$) en un solo factor (p.ej., “Comparto mis sentimientos con otras personas para ver si me ayudan”, “Dejo que las personas cercanas a mí me brinden su apoyo”, “Estoy dispuesto a recibir consejos cuando me enfrento a una situación difícil”).

Escalas de Bienestar Subjetivo (Diener, et al., 1985; Diener, 2009; Granillo Velasco, et al., 2020) que consta de un total de 25 ítems distribuidos en 3 factores: 1) Experiencias Emocionales con 12 reactivos Likert en dos factores: 1a) positiva (“Placer”, “Felicidad”) ($\alpha=.85$) y 2a) negativa (“Tristeza”, “Mal”) ($\alpha=.81$), 2) Prosperidad con 8 reactivos Likert en un factor: “Soy una buena persona y vivo una buena vida”, “Tengo una vida útil y significativa” ($\alpha=.89$) y 3) Satisfacción de Vida con 5 reactivos Likert en un factor: “Estoy satisfecho con mi vida”, “Las circunstancias de mi vida son buenas” ($\alpha=.84$).

Tipo de Investigación

Con base en los objetivos específicos, en primera instancia esta investigación es comparativa (Hernández et al., 2010), ya que se pretende identificar si hay diferencias en las variables: R, E, URE, A-ERE, DRA y BS en función de la edad, niveles de escolaridad, tiempo de diagnóstico y número de hijos de los pacientes con cáncer.

En segunda instancia, se tratará de un estudio correlacional (Hernández et al., 2010), ya que se pretende conocer el grado de asociación que hay entre R, E, UERE, A-ERE, DRA con el BS. Se eligió el estudio de tipo correlacional debido a que se pretende saber cómo se puede comportar una variable al conocer el comportamiento de otras variables vinculadas.

Por último, se trata de un estudio predictivo, ya que se busca identificar el grado en que las variables intervinientes predicen experiencia emocional positiva, experiencia emocional negativa, prosperidad y satisfacción de vida.

Procedimiento

Los cuestionarios fueron aplicados por estudiantes de psicología entrenados, que acudieron a lugares en donde se podían encontrar personas (clínicas, hospitales, centros comerciales, casas, escuelas, universidades, oficinas, etc.) que cumplieran con los criterios de inclusión: mayor a 18 años, escolaridad mínima de secundaria. Una vez que los(as) participantes fueron identificados(as), se les pidió su colaboración voluntaria, confidencial y anónima para responder al cuestionario. Contando con su autorización, se procedió a la aplicación, se dio respuesta a las preguntas que pudieran surgir durante ésta y se puso a su disposición los hallazgos de la investigación en un futuro mediato.

Resultados

Para cumplir con el primer objetivo encaminado a explorar las diferencias por edad, grado de escolaridad, tiempo de diagnóstico y número de hijos en el Estrés (E), Rumia(R), Uso de las estrategias de Regulación Emocional (UERE) y Autoeficacia de la Regulación Emocional (A-ERE), Disposición para Recibir Apoyo (DRA) y Bienestar Subjetivo (BS) de pacientes con cáncer, se utilizó el análisis de varianza de una vía (Oneway), con una prueba a posteriori de Scheffé en cada caso.

En cuanto a la variable de edad, no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables de interés (ver Tabla 1).

Tabla 1*Diferencias por Edad en torno a las Variables R, E, UERE, A-ERE, DRA y BS*

Factor	Edad			f	P
	21-44 años	45-51 años	52-78 años		
<i>Rumia</i>					
Malestar	2.4273	2.7180	2.2629	(2/197); 3.156	0.45
Reflexión obsesiva	2.2031	2.4885	2.0941	(2/194); 2.796	.064
<i>Estrés</i>					
Descontrol	3.1410	3.1351	2.9190	(2/193); 2.032	1.34
Control	3.3504	3.2857	3.5020	(2/194); 2.016	1.36
<i>Autoeficacia en el Ejercicio de la Regulación Emocional</i>					
RC acuerdo	3.67	3.69	3.75	(2/189); 0.64	.938
RC frecuencia	3.55	3.59	3.48	(2/176); .148	.862
SE acuerdo	3.48	3.58	3.28	(2/178); .903	.407
SE frecuencia	3.47	3.57	3.18	(2/164); 1.621	.201
<i>Regulación Emocional</i>					
RC	3.4762	3.4678	3.5652	(2/191); .378	.868
SE	3.3152	3.2441	3.2206	(2/193); .271	.763
<i>Disposición para Recibir Apoyo</i>					
DRA	3.7914	3.7482	3.8742	(2/189); .514	.599
<i>Bienestar Subjetivo</i>					
Experiencia positiva	3.7000	3.5869	3.6571	(2/197); .370	.691
Experiencia negativa	2.6402	2.7213	2.5037	(2/195); 1.191	.306
Prosperidad	3.9459	4.0047	4.1104	(2/193); .906	.406
Satisfacción de vida	3.5538	3.7148	3.8618	(2/194); 2.236	.110

En cuanto a la escolaridad (ver Tabla 2), se encontró una diferencia estadísticamente significativa en el factor reflexión obsesiva de la R, pues en este rubro aquellos con escolaridad de secundaria resultaron ser quienes más se preocupan por posibles errores del pasado, quiénes emplean más tiempo dándole vueltas a su sufrimiento y recuerdan constantemente las veces que han pasado por eventos negativos, en comparación con aquellos de escolaridad de preparatoria o de licenciatura. Estos últimos son quiénes menos experimentan la reflexión obsesiva.

Asimismo, se halló que aquellos pacientes con escolaridad de preparatoria —seguidos por los de licenciatura— usan con mayor frecuencia las estrategias de RC (tratan de entender las situaciones que les causan cambios emocionales a modo de tener un manejo más adecuado de la respuesta emocional que se dé ante dicha situación y recobrar el control sobre sí) y SE (hacer un esfuerzo por reprimir cuando sienten que sus emociones son tan desbordantes que se salen de control, intentando que no sea notorio para quiénes les rodean). Tras un análisis post hoc, se halló que esta experiencia de RC es aún más frecuente en pacientes con escolaridad de preparatoria ($p=.004$) que en aquellos con licenciatura ($p=.015$). Mientras que aquellos con secundaria lo experimentan con menor frecuencia que ambos grupos (preparatoria y licenciatura). En el caso de la SE la diferencia principal es entre los individuos con escolaridad de preparatoria con los de secundaria (ver Tabla 2). En tanto, en las demás variables no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los participantes de distintos niveles de estudios.

Tabla 2*Diferencias por Escolaridad en torno a las Variables E, R, UERE, AER-E, DRA y BS*

Factor	Escolaridad			f	p
	Secundaria	Preparatoria	Licenciatura		
<i>Rumia</i>					
Malestar	2.7265	2.4276	2.3333	(2/197); 2.276	.105
Reflexión obsesiva	2.5542	2.3193	2.0517	(2/194); 4.436	.013
<i>Estrés</i>					
Descontrol	3.1596	3.0175	3.0318	(2/193); .597	.552
Control	3.2828	3.2980	3.5008	(2/194); 2.642	.074
<i>Autoeficacia en el Ejercicio de la Regulación Emocional</i>					
RC acuerdo	3.53	3.85	3.70	(2/189); 0.856	.427
RC frecuencia	3.09	3.78	3.65	(2/176); 6.340	.002
SE acuerdo	3.52	3.49	3.36	(2/178); .299	.742
SE frecuencia	2.98	3.63	3.51	(2/164); 4.145	.018
<i>Regulación Emocional</i>					
RC	3.4833	3.4140	3.5791	(2/191); .957	.386
SE	3.2391	3.2586	3.2719	(2/193); .028	.973
<i>Disposición para Recibir Apoyo</i>					
DRA	3.6801	3.7569	3.9086	(2/189); 1.769	.173
<i>Bienestar Subjetivo</i>					
Experiencia positiva	3.4898	3.5862	3.7778	(2/197); 2.727	.068
Experiencia negativa	2.7872	2.5302	2.5861	(2/195); 1.432	.241
Prosperidad	3.9939	3.8645	4.1380	(2/193); 2.678	.071
Satisfacción de vida	3.7388	3.5579	3.7977	(2/194); 1.432	.241

Al considerar el tiempo de diagnóstico, se halló que los(as) pacientes que tienen cuatro o más años de diagnóstico (48-240 meses) son quienes experimentan en mayor medida la sensación de control, es decir, confían más en su habilidad para manejar las situaciones que se les presenten, en la forma en cómo utilizan su tiempo, además perciben que lidian de manera efectiva y exitosa con los problemas que se les anteponen y sienten que las cosas suceden como quieren, en comparación con quienes tienen menor tiempo de diagnóstico (1-23 meses). Del mismo modo, aquellos(as) con más tiempo de diagnóstico experimentan sentimientos más positivos (placer, felicidad, gozo, contento, etc.) en comparación con el grupo de menor tiempo de diagnóstico, en concordancia, estos(as) últimos(as) (con menor tiempo desde el diagnóstico) reportan experimentar más sentimientos implicados en la experiencia emocional negativa (displacer, tristeza, miedo, enojo, etc.) (ver Tabla 3). En cuanto al resto de los factores que operacionalizan las variables, no se identificaron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 3*Diferencias por Tiempo de Diagnóstico en torno a las Variables R, E, AER-E, DRA y BS*

Factor	Tiempo de diagnóstico			f	p
	1-23 meses	24-45 meses	48-240 meses		
<i>Rumia</i>					
Malestar	2.6308	2.3552	2.3892	(2/197); 1.313	.271
Reflexión obsesiva	2.2308	2.2000	2.3178	(2/194); .257	.774
<i>Estrés</i>					
Descontrol	3.1344	3.0316	3.0160	(2/193); .495	.610
Control	3.1964	3.4511	3.4990	(2/194); 4.412	.013
<i>Autoeficacia en el Ejercicio de la Regulación Emocional</i>					
RC acuerdo	3.61	3.84	3.67	(2/189); .545	.581
RC frecuencia	3.35	3.51	3.73	(2/176); 2.11	.124
SE acuerdo	3.48	3.33	3.49	(2/178); .280	.756
SE frecuencia	3.26	3.39	3.57	(2/164); 1.00	.370
<i>Regulación Emocional</i>					
RC	3.4290	3.5172	3.5634	(2/191); .601	.550
SE	3.3094	3.2105	3.2556	(2/193); .250	.779
<i>Disposición para Recibir Apoyo</i>					
DRA	3.8341	3.8722	3.7306	(2/189); .687	.504
<i>Bienestar Subjetivo</i>					
Experiencia positiva	3.4523	3.6414	3.8297	(2/197); 4.629	.011
Experiencia negativa	2.8164	2.6272	2.4392	(2/195); 3.804	.024
Prosperidad	3.9309	3.9950	4.1158	(2/193); 1.198	.304
Satisfacción de vida	3.6125	3.7088	3.8027	(2/194); .864	.423

Finalmente, en cuanto al número de hijos, se encontró que son los(as) pacientes con 0-1 hijos y con 3-5 quienes muestran mayor acuerdo con el uso de la SE lo que implica ocultar y dominar sus reacciones emocionales, haciendo un esfuerzo en repetidas ocasiones para manejar la situación; sin embargo, de acuerdo con los resultados post hoc, la tendencia a suprimir es aún más amplia en quienes tienen menos hijos (no tienen hijos o solo tienen uno) en comparación con los que tienen 2. En las demás variables y sus factores no se observaron diferencias estadísticamente significativas (ver Tabla 4).

Tabla 4*Diferencias por Número de Hijos en torno a las Variables R, E, AER-E, DRA y BS*

Factor	Número de hijos			f	p
	0-1	2	3-5		
<i>Rumia</i>					
Malestar	2.3343	2.4342	2.6481	(2/197); 1.366	.258
Reflexión obsesiva	2.1791	2.1816	2.4627	(2/194); 1.573	.210
<i>Estrés</i>					
Descontrol	2.9419	3.0889	3.1635	(2/193); 1.450	.237
Control	3.4044	3.3647	3.3908	(2/194); .070	.932
<i>Autoeficacia en el Ejercicio de la Regulación Emocional</i>					
RC acuerdo	3.73	3.78	3.56	(2/189); .518	.597
RC frecuencia	3.51	3.65	3.43	(2/176); .664	.516
SE acuerdo	3.65	3.09	3.63	(2/178); 4.025	.020
SE frecuencia	3.54	3.29	3.41	(2/164); .626	.536
<i>Regulación Emocional</i>					
RC	3.4871	3.4987	3.5370	(2/191); .077	.926
SE	3.1758	3.3316	3.2627	(2/193); .727	.485
<i>Disposición para Recibir Apoyo</i>					
DRA	3.7612	3.8952	3.7343	(2/189); .973	.380
<i>Bienestar Subjetivo</i>					
Experiencia positiva	3.6687	3.6579	3.6148	(2/197); .085	.919
Experiencia negativa	2.5485	2.6367	2.6792	(2/195); .412	.663
Prosperidad	4.0368	4.0116	4.0135	(2/193); .025	.975
Satisfacción de vida	3.7354	3.6587	3.7593	(2/194); .257	.774

Para cumplir con el segundo objetivo dirigido a examinar la relación entre R, E, UERE, A-ERE, DRA con el BS del(la) paciente con cáncer, se realizaron varios análisis de correlación producto-momento de Pearson.

De ello se obtuvo que en la medida en que los(as) pacientes con cáncer experimentan el malestar propio de la rumia, aumenta su experiencia emocional negativa (displacer, tristeza, miedo y enojo) y en concordancia disminuye la experiencia emocional positiva (bienestar, felicidad, gozo y contento), la satisfacción de vida (sentir que ha conseguido las cosas que considera importantes) y la prosperidad (percibir su vida, su persona y sus relaciones como buenas). De modo similar el reflexionar de manera obsesiva incrementa la experiencia emocional negativa y disminuye la satisfacción de vida, prosperidad y experiencia emocional positiva (ver Tabla 5).

Tabla 5
Correlaciones entre Rumia y Bienestar Subjetivo

Rumia	Bienestar Subjetivo			
	Experiencia	Experiencia	Prosperidad	Satisfacción de vida
	emocional positiva	emocional negativa		
Malestar	-.448**	.419**	-.402**	-.431**
Reflexión obsesiva	-.343**	.377**	-.436**	-.452**

Ahora bien, con respecto al E, se halló que en la medida en que los(as) pacientes se sienten incapaces de controlar los eventos que se les presentan (sensación de descontrol), tienen más experiencias emocionales negativas como la tristeza, el miedo y el enojo, etc. y menos satisfacción con su vida, experiencias emocionales positivas como la felicidad, el placer y el gozo; aunado al decremento en su percepción de prosperidad (ver Tabla 5).

Por el contrario, cuando sienten que tienen los recursos necesarios para lidiar con las situaciones detonadoras de estrés (sensación de control) perciben su vida como útil, significativa y se sienten capaces y competentes de lidiar con las situaciones que se les presentan (prosperidad), perciben que han conseguido las cosas que consideran importantes (satisfacción de vida) y de manera concordante disminuye su experiencia emocional negativa (ver Tabla 6).

Tabla 6

Correlaciones entre Estrés y Bienestar Subjetivo

	Bienestar Subjetivo			
	Experiencia emocional positiva	Experiencia emocional negativa	Prosperidad	Satisfacción de vida
Descontrol	-.383**	.533**	-.314**	-.413**
Control	.439**	-.375**	.458**	.447**

En cuanto a las relaciones encontradas entre el uso (acuerdo y frecuencia) de las estrategias de regulación emocional y el BS en los(las) pacientes con cáncer, se observó que cuando muestran acuerdo y frecuencia en el uso de la RC (cuando se enfocan más en la situación que en la emoción para recobrar el control de su respuesta), su experiencia emocional negativa (displacer, tristeza, miedo, enojo) disminuye, mientras que hay un aumento en la prosperidad (se sienten capaces y competentes de lidiar con las situaciones que se les presentan), satisfacción de vida (han conseguido las cosas que consideran importantes) y experiencia emocional positiva (placer, felicidad, gozo y contento). Por otro lado, los resultados arrojaron a que la supresión expresiva (SE) no tiene que ver con el BS (ver Tabla 7).

Tabla 7*Correlaciones entre el Uso y Ejercicio de la Regulación Emocional y Bienestar Subjetivo*

UERE	Bienestar Subjetivo			
	Experiencia	Experiencia	Prosperidad	Satisfacción de vida
	emocional positiva	emocional negativa		
RC acuerdo	.189**	-.284**	.263**	.247**
RC frecuencia	.197**	-.289**	.186*	.151*
SE acuerdo	-	-	-	-
SE frecuencia	-	-	-	-

En cuanto a la auto-eficacia en la ejecución de las estrategias de regulación emocional, se encontró que cuando los(las) pacientes con cáncer creen que tienen dominio sobre la estrategia de RC, se sienten más prósperos, experimentan más emociones positivas y consideran que han conseguido la mayoría de las cosas que quieren (satisfacción de vida). Además, reportan que sus emociones negativas disminuyen. Por otro lado, si los(as) pacientes consideran que son eficaces en el uso de la SE disminuye su experiencia emocional negativa, lo que implicaría que creen que por no expresar sus emociones no las sienten (ver Tabla 8).

Tabla 8*Correlaciones entre la Autoeficacia en el Ejercicio de la Regulación Emocional y Bienestar Subjetivo*

A-ERE	Bienestar Subjetivo			
	Experiencia emocional +	Experiencia emocional -	Prosperidad	Satisfacción de vida
RC	.484**	-.383**	.534**	.410**
SE	-	-.181*	-	-

Por último, se encontró que cuando los pacientes externalizan sus problemas a familiares o amigos y se muestran dispuestos a recibir consejos o apoyo ante una situación difícil (DRA) experimentan mayor prosperidad (se sienten capaces y competentes de lidiar con las situaciones que se les presentan), experiencia emocional positiva (placer, felicidad, gozo y contento) y satisfacción de vida (perciben que han conseguido la mayoría de las cosas que quieren) (ver Tabla 9).

Tabla 9

Correlaciones entre Disposición para Recibir Apoyo y Bienestar Subjetivo

DRA	Bienestar Subjetivo			
	Experiencia	Experiencia	Prosperidad	Satisfacción de
	emocional	emocional		
	positiva	negativa		vida
DRA	.342**	-	.429**	.256**

Como parte del último objetivo, se llevaron a cabo varios análisis de regresión múltiple con el fin de predecir al BS (experiencia emocional positiva, experiencia emocional negativa, prosperidad y satisfacción de vida). Los resultados muestran que, para tener una experiencia emocional positiva, resulta importante que los pacientes se sientan auto-eficaces en el uso de la RC, muestren disposición para recibir apoyo (permitir a familia y amigos acercarse ante situaciones difíciles, expresar sus preocupaciones y mostrar apertura a recibir consejos y apoyo), y no experimentar el malestar propio de la rumia (pensar constantemente en la poca motivación que se tiene, en las propias carencias y evaluar constantemente los errores) (ver Tabla 10).

Tabla 10*Análisis de Regresión de las Variables Criterio para Predecir Experiencia emocional positiva*

VARIABLES PREDICTORAS	B	p	R2
Malestar	-.176	.016	.408
RC	.256	.002	
DRA	.200	.006	

En cuanto a la experiencia emocional negativa, se encontró que era predicha por la sensación de descontrol (sentirse triste, nervioso, enojado y/o estresado por algo importante que sucedió de manera inesperada, y darse cuenta que no puede superarlo) y por no sentirse auto-eficaz en la ejecución de la RC (ver Tabla 11).

Tabla 11*Análisis de Regresión de las Variables Criterio para Predecir Experiencia emocional negativa*

VARIABLES PREDICTORAS	B	p	R2
Descontrol	.365	.000	.401
RC	-.152	.038	

Con respecto a la prosperidad, se encontró que ésta surge cuando el (la) paciente se siente auto-eficaz en la ejecución de la RC (reevaluar las situaciones y modificar la reacción para hacerle frente de modo más apropiado), tienen disposición para recibir apoyo (mostrar apertura para que las personas cercanas le otorguen apoyo), están de acuerdo con el uso de la SE y sienten control ante momentos de estrés (confianza en sí mismo para mantener las situaciones bajo control). Asimismo, no usar con frecuencia la SE y no reflexionar obsesivamente (emplear mucho tiempo pensando en problemas pasados y sentir preocupación) predicen a la prosperidad (ver Tabla 12).

Tabla 12*Análisis de Regresión de las Variables Criterio para Predecir Prosperidad*

Variables predictoras	B	P	R2
Reflexión obsesiva	-.303	.002	.510
Control	.151	.035	
SE acuerdo	.225	.006	
SE frecuencia	-.234	.005	
RC	.320	.000	
DRA	.261	.000	

Finalmente, se encontró que para que los(as) pacientes sientan satisfacción con su vida es porque se sienten auto-eficaces en el ejercicio de la RC (reevalúan las situaciones y modifican la reacción para hacerle frente de modo más apropiado), se muestran dispuestos a recibir apoyo (hablan de sus situaciones difíciles y permiten que les brinden ayuda) y evitan reflexionar sus problemas pasados de manera obsesiva (ver Tabla 13).

Tabla 13*Análisis de Regresión de las Variables Criterio para Predecir Satisfacción de Vida*

Variables predictoras	B	P	R2
Reflexión obsesiva	-.227	.032	.382
RC	.211	.009	
DRA	.191	.023	

Discusión

De acuerdo con el objetivo inicial que es examinar la relación entre la rumia (R), estrés (E), el uso (UERE) y auto eficacia en el ejercicio de las estrategias de regulación emocional (A-ERE) y la disposición para recibir apoyo (DRA) con el bienestar subjetivo (BS) de pacientes con cáncer, se desarrollaron los siguientes objetivos específicos:

1. Explorar las diferencias por edad, escolaridad, tiempo de diagnóstico y el número de hijos en R, E, UERE, A-ERE, DRA con el BS de los pacientes con cáncer.
2. Examinar la relación entre R, E, UERE, A-ERE y DRA con el BS de pacientes con cáncer.
3. Examinar el nivel en que R, E, UERE, A-ERE y DRA predicen el BS de los (las) pacientes con cáncer.

Siguiendo dicho orden, a continuación, se discuten los hallazgos obtenidos.

Para el primer objetivo, los resultados muestran que las personas entre 45-51 años, son quienes experimentan mayor malestar propio de la rumia (p.ej., pienso constantemente en mis defectos y las cosas que he hecho mal), seguidos de aquellos(as) de 21-44 y finalmente los(as) de 52-78. Lo cual podría deberse a que a mayor edad (52-78 años), las personas tienen más recursos cognoscitivos y afectivos para resolver sus problemas, producto de la experiencia que han adquirido a lo largo de su vida, por tanto, son capaces de utilizar estrategias supresivas de la rumia que les han resultado efectivas en el pasado y pueden reducir el malestar experimentado (Blanchard-Fields et al., 2007; Nolen Hoeksema & Aldao, 2011; Sánchez Aragón, 2020). Además, a esa edad hay una menor preocupación por cosas que se pudieron haber hecho diferentes en el pasado (Cova et al., 2009; Jaimes, 2013; en García et al., 2017),

en parte debido a que su círculo social se vuelve menor y deja de interesarles mantener relaciones sociales a toda costa (Nolen-Hoeksema & Aldao, 2012; Sutterlin, et al., 2012).

Además, se sabe que entre los 40-50 años, los(as) adultos(as) funcionan de manera independiente, lo que podría contribuir a que sientan más responsabilidad en su lucha contra el cáncer, lo que podría asociarse con la preocupación, el estrés y una mayor tendencia a rumiar (Blanchard-Fields et al., 2007). Adicionalmente, parece ser que, a esta edad, es más difícil modificar las metas que se tienen en la vida –metas alternativas que sean afines a lo que pueden hacer teniendo cáncer–, lo que Schroevers et al. (2008) encontraron relacionado con pensamientos recurrentes sobre el cáncer, enfatizando los aspectos negativos y viviendo el malestar propio de la rumia.

En cuanto a la escolaridad, se encontró que aquellos(as) con escolaridad de secundaria resultaron ser quienes presentan niveles más altos de reflexión obsesiva, en comparación con aquellos(as) de preparatoria o de licenciatura. Estos(as) últimos(as) son quienes menos experimentan la reflexión obsesiva. Dicho hallazgo es concordante con lo encontrado por Delgado et al. (2008) y García et al. (2017), quienes indican que, a mayor escolaridad, más diversidad de estrategias supresivas de la rumia, debido a que el estudiar brinda de ciertos recursos cognitivos que favorecen que se despliegue una respuesta más adaptativa ante una situación que pueda causar pensamientos repetitivos que se centren en el sufrimiento experimentado.

Asimismo, se halló que aquellos(as) pacientes con escolaridad de preparatoria –seguidos(as) por los de licenciatura– usan con mayor frecuencia las estrategias de RC (tratan de entender las situaciones que les causan cambios emocionales a modo de reconstruirla y tener un manejo más adecuado de su respuesta emocional, está centrada en reconstruir desde los antecedentes) y SE (hacen un esfuerzo por reprimir cuando sienten que sus emociones son

desbordantes, está se centra en inhibir la respuesta). Esto podría explicarse debido a que las estrategias de RE de carácter cognitivo, como lo son la RC y la SE son promovidas por el desarrollo cognitivo (Abarca, 2003), el cual se logra en gran parte por la escolarización. Asimismo, es de destacar que, además del desarrollo cognitivo, para desarrollar competencias en RE es indispensable la interacción con otros (Gross et al., 2006; Abarca, 2003), lo que también está íntimamente relacionado con la escolarización, ya que en un ambiente escolar es necesario convivir con pares, lo que dota de cierta práctica en la RE, aunado a que en las escuelas se brinda instrucción sobre cómo convivir armoniosamente, objetivo que se logra en gran medida aprendiendo a regularse emocionalmente.

Lo interesante, es que las estrategias analizadas, son muy distintas entre sí; sin embargo, a mayor escolaridad, incrementa el uso de ambas. Una posible respuesta ante esta polaridad, es que el lograr desenvolverse en torno a una u otra requiere partir de una meta, que generalmente se centra en modular la intensidad con que se experimenta una emoción y la expresión que se manifieste de dicha emoción (Gross et al., 2006). Es decir, para cualquiera de las dos que se emplee, el individuo requiere estar orientado hacia una meta y tener cierta planificación sobre qué acciones tiene que emprender para modular su emoción, además debe hacer su respectiva evaluación sobre los resultados de aplicar una u otra estrategia (Gross, 2014), lo que lleva a plantearse que al ser un proceso en que se requiere la capacidad de planificar y evaluar resultados, el desarrollo cognitivo juega una función importante. Es decir, independientemente de qué estrategia se utilice, si es adaptativa o no, si el individuo en su evaluación la encuentra funcional a pesar de los costos (en el caso de la SE), la va a seguir utilizando; lo que es de resaltar, es que para hacer uso de una u otra, el individuo requiere cierto desarrollo cognitivo –habilidad analítica y de planificación–, que le permita emprender el uso de una u otra estrategia de RE, lo que podría explicar porque los de mayor escolaridad (preparatoria y licenciatura), hacen más uso tanto de la RC como de la SE.

Seguendo bajo esta idea, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [(OECD), 2013], señala que estudiar, dota de una cantidad mayor de habilidades cognitivas –tales como planificar y analizar–, sociales y emocionales, así como un mayor acceso a redes, lo que es concordante con el despliegue de estrategias de RE de corte cognitivo.

Además, los objetivos de utilizar la RE están íntimamente ligados a la dimensión del BS, pues se orientan a reducir el malestar, hacer frente a las dificultades de manera más premeditada y conservar relaciones sociales sanas (Mauss & Tamir, 2014), dimensiones que también son tratadas y fortalecidas en la escuela (OECD, 2013), y que podrían explicar por qué a mayor escolaridad hay mayor uso de estrategias de RE, tanto RC como SE.

Respecto al tiempo de diagnóstico se obtuvo que los(as) pacientes que tienen cuatro o más años de diagnóstico (48-240 meses) son quienes experimentan en mayor medida la sensación de control del E, es decir, confían más en su habilidad para manejar las situaciones que se les presenten, lo cual parece lógico, ya que al haber enfrentado la enfermedad por más tiempo, es comprensible que hayan adquirido experiencia sobre cómo lidiar con situaciones que trae consigo la enfermedad, asimismo han aprendido más respecto a su condición, lo que les hace confiar en la actuación que pueden tener frente a las adversidades que devengan de la enfermedad, así Flórez Rodríguez y Sánchez Aragón (2019) mencionan que tener la percepción de control del E puede generar cierta sensación de placer y equilibrio, que motiven al individuo a emprender actividades que le representen un reto, que pueden ir en pro de un mejor curso de una enfermedad asociada al estrés (Rimmele et al., 2009), como lo es el cáncer. En contraparte quienes tienen menor tiempo de diagnóstico (1-23 meses), empiezan a asimilar la situación, y lidian más con sentimientos de incertidumbre ante el futuro e incapacidad para controlar y superar la situación (Instituto Nacional del Cáncer [INC], 2015). De acuerdo con Granillo y Sánchez-Aragón (2021) aquellos(as) pacientes que experimentan una mayor sensación de control del E, también experimentan más sentimientos de vitalidad y una menor percepción de

limitaciones en el rol emocional y social, mientras que aquellos(as) que experimentan una mayor sensación de descontrol del E también experimentan más dolor corporal, más problemas de rol físico y de función física.

Los resultados hallados son concordantes con lo hallado por Costa et al. (2011); Soung y Kim (2015), quienes han mostrado que el E afecta más a los(as) pacientes durante las etapas de pretratamiento y tratamiento que a aquellos(as) que ya están en remisión. De manera similar, hay quienes identifican que la etapa que conlleva más E es la etapa de diagnóstico (Navas et al., 2007; Ticona et al., 2015; Yélamos, 2017), ya que es cuando más se presentan los pensamientos de muerte (Yélamos, 2017), pensamientos que Balcazar et al. (2012) hallaron altamente correlacionados a reacciones de E en pacientes oncológicos, además mencionan que el simple hecho de recibir el diagnóstico produce un alto nivel de E, lo que apuntala a que quienes tienen menor tiempo de diagnóstico experimentan en menor medida la sensación de control del E.

Es importante mencionar que las investigaciones del impacto del E según el tiempo de diagnóstico son escasas; lo que sí es un hecho documentado es que dentro de los cursos que puede tomar el E en los(as) pacientes con cáncer, se encuentra la superación de la crisis, en que el (la) paciente logra superar la sensación de descontrol del E y se fortalece de dicha experiencia, haciéndose acreedor de recursos de afrontamiento ante la situación estresante, que en este caso es el cáncer (Mussi, 2006). Del mismo modo, aquellos con más tiempo de diagnóstico –más de cuatro años– experimentan más emociones positivas (placer, felicidad, gozo, contento, etc.) en comparación con el grupo de menor tiempo de diagnóstico, pues es muy posible que ya hayan atravesado las etapas más difíciles, por tanto se perciben con recursos para afrontar la presencia de la enfermedad, siendo un hecho más tolerable, pues ya se lidió con ella tiempo atrás (Hodges & Winstanley, 2012; Ochoa & Casellas, 2017), a su vez, hay más optimismo a futuro (Granillo & Sánchez-Aragón, 2021). En concordancia, aquellos(as)

pacientes con menor tiempo de diagnóstico reportan más sentimientos implicados en la experiencia emocional negativa (displacer, tristeza, miedo, enojo, etc.), ya que los estresores físicos y psicosociales predominan en las primeras etapas de diagnóstico de cáncer (Granillo & Sánchez-Aragón, 2021; Pulgar et al., 2009), dadas las características de estas primeras fases de la enfermedad. Iniciando con el diagnóstico, que está asociado una reacción de shock emocional, pérdida de control y presencia de múltiples temores ante la incertidumbre sobre el futuro de la propia vida (Yélamos, 2017), la sensación de pérdida, desesperanza y decepción (Navas et al., 2007). Además, la ira es otra emoción que predomina en los(as) pacientes con cáncer tras el diagnóstico, pues se presenta la sensación de injusticia (Navas et al., 2007; Melina & Moral, 2013; Yélamos, 2017).

Respecto a aquellos(as) que tienen más hijos(as) (3-5), se puede entender que, al ser figuras importantes para una cantidad significativa de personas, se esfuerzan más por regular la expresión de las múltiples emociones desbordantes que viven (Du et al., 2018), dado que es bien sabido que las madres y los padres juegan un papel muy importante en el desarrollo de RE de sus hijos(as), por lo que podría ser una estrategia totalmente intencionada (educar en la dimensión emocional) para que sus hijos(as) interioricen esta estrategia regulatoria, sin saber que en los(as) hijos(as) puede derivar en una sobrerregulación emocional, bloqueando así la expresión emocional (Ortiz, 2001; en Abarca, 2003). Asimismo, en nuestra cultura se resalta el papel protagónico de la familia en el desarrollo afectivo de un menor, destacando la actuación de los padres y madres de familia como modelos a seguir por sus hijos(as), por lo que se entiende que se esfuercen por no dejar ver sus verdaderas emociones ante la enfermedad de cáncer (Abarca, 2003), en la cultura mexicana se resalta el gran impacto de las relaciones familiares en el expresar o no expresar las verdaderas emociones. Posiblemente no haya una diferencia significativa entre los grupos de más (3-5) y menos hijos (0-1), debido a que la utilización de una u otra estrategia de RE en el plano de la familia, depende más de otros

factores —la manera en que interactúan padres/madres e hijos(as) o características personales—, que de la cantidad de hijos(as) que tenga el (la) paciente (Abarca, 2003).

Ahora bien, con respecto al segundo objetivo, dirigido a examinar la relación entre E, R, UERE, A-ERE, DRA con el BS del (la) paciente con cáncer, se obtuvo que en la medida en que los(as) pacientes experimentan la sensación de descontrol en el E, tienen niveles disminuidos de BS, primando en ellos la emocionalidad negativa; es claro que el padecer una enfermedad como el cáncer que conlleva múltiple y variada sintomatología, y que socialmente está fuertemente asociada con la muerte, causa malestar (Pulgar et al., 2009). De hecho, está altamente documentado que las emociones que priman en mayor medida en los(as) pacientes con cáncer son miedo, tristeza y enojo (Due et al., 2018). Adicionalmente, Bairero (2018) encontró asociación entre la sensación de descontrol y malestares físicos, lo que, en conjunto con los dolores propios del cáncer, empeoran la percepción de BS. Dichos datos son alarmantes, ya que los datos estadísticos arrojan que el 78% de pacientes con cáncer diagnosticados (as) y el 96% de los(as) que reciben algún tipo de tratamiento presentan indicios de E (Ramos et al., 2020). El E en su modalidad de descontrol, está ampliamente asociado a la desesperanza, a la tristeza, a la ira y a una actitud generalizada de decepción ante la vida. Dadas las características del descontrol en el E, los individuos presentan más dificultades para adaptarse a los cambios que trae consigo la enfermedad (Pereyra, 2006) dando como resultado un malestar generalizado, que se carga hacia lo emocional y fomenta que el individuo se perciba sin recursos, debilitado e inseguro, lo que habla de una alta presencia de experiencia emocional negativa entre quienes padecen cáncer y de bajos niveles de BS en éste mismo grupo, lo que evidentemente influye en el curso del proceso que los(las) pacientes atraviesan para recuperar su salud.

Por el contrario, cuando creen tener los recursos necesarios para controlar la situación generadora de estrés, experimentan mayor BS y hay un decremento de la emocionalidad

negativa; es así que experimentan más placer y equilibrio consigo mismos(as) (Flórez & Sánchez-Aragón, 2020), lo que deriva en que el (la) paciente se perciba próspero(a), más satisfecho(a) con su vida, y experimente más emociones positivas, lo que podría llevarlo(a) a realizar más acciones en pro de su salud (Rimelle et al., 2009). Asimismo, el percibir tener el control de la situación estresante favorece que los(as) pacientes presenten menos problemas emocionales, favoreciendo así que continúen desempeñando sus actividades cotidianas (Granillo & Sánchez-Aragón, 2021), sin experimentar una gran alteración en las esferas en que se desenvuelve. De igual manera, Cozzo y Reich (2016) resaltan que percibir control sobre las situaciones asociadas a la enfermedad favorece el BS y la calidad de vida.

Mientras que, en el caso de la R, se observan mermas en el BS cuando los(as) pacientes experimentan malestar y reflexión obsesiva, pues estar pensando una y otra vez en sus problemas favorece que se incremente la emocionalidad negativa. Múltiples estudios han resaltado la asociación de la R con emociones displacenteras y estados depresivos (De Rosa & Keegan, 2018; Due et al., 2018; Malin & Littlejohn, 2015; Delgado et al., 2008), lo que podría estar anclado a que los(las) pacientes no se sienten prósperos(as) ni satisfecho(as) con su vida, pues como Delgado et al. (2008) manifiestan, las personas con tendencia a rumiar son menos dadas a solucionar sus problemas de forma activa, lo cual se podría traducir como una merma en el factor prosperidad del BS, ya que al estancarse en la solución de problemas, los(as) pacientes oncológicos son más proclives a desencadenar una serie de conductas disfuncionales y experimentar síntomas depresivos y ansiosos e incluso más problemas relacionados con la enfermedad (Nezu, 1986; Touchet et al, 1993; Nezu et al, 1999; en Marrero & Carballeira, 2002), lo que hace más difícil que perciban utilidad o significancia de su propia vida, lo que evidentemente deriva en que no haya una apreciación ni satisfacción con la propia vida, lo que representa un factor de riesgo para la adaptación psicosocial ante la enfermedad.

En cuanto al uso de las estrategias de RE, los(as) pacientes que hacen más uso de la RC experimentan más BS en todas sus dimensiones (prosperidad, satisfacción con la vida y experiencia emocional positiva), por ende, disminuyen sus emociones negativas. Dicho resultado es congruente con lo reportado por Gross et al. (2006) y Gross y John, (2003), quienes dicen que hacer uso de la RC disminuye la respuesta subjetiva y fisiológica de la experiencia y expresión emocional, de lo que se entiende que disminuya la experiencia emocional negativa, e incremente la experiencia emocional positiva, como se ha documentado en otros estudios correlacionales (Drabant et al., 2009; Gross & John, 2003). Además, este mismo autor apunta que la RC se asocia positivamente con la función social y el incremento de la experiencia emocional positiva (Gross et al., 2006; Gross & John, 2003). Incluso ante la tristeza, la RC favorece que la información se procese a modo de que el individuo pueda disolver la fuente de tensión emocional y vislumbrar la realidad de manera más optimista (Eisenberg, 2004). Por tanto, si hacer uso de la RC favorece que los(as) pacientes evalúen su vida como más satisfactoria y próspera, parecería conveniente entrenar a los(as) pacientes en el uso de la RC, a fin de que experimenten mayor BS y se vean beneficiados(as) tanto en su salud durante su proceso de recuperación, como en su vida cotidiana ante interacciones sociales (Vinaccia et al., 2005).

Ahora bien, el que los(as) pacientes se perciban auto-eficaces en el uso de la RC, se correlaciona con la experiencia de BS, ya que está ampliamente documentado que percibirse auto eficaz ayuda a mantener pensamientos, emociones y comportamientos bajo control (Transforming Education, 2020) y se asocia con el establecimiento de metas y por ende con la motivación y puesta en marcha de acciones orientadas a la meta (Webb & Sheeran, 2008; en González et al., 2012), es así que incrementa la sensación de prosperidad; ahora bien, acotado a la RE y propiamente a la RC, uno de los elementos más importantes del proceso de RE es el establecimiento de metas, particularmente para alcanzar objetivos difíciles de conseguir —

como la recuperación tras un diagnóstico de cáncer—, ante los cuales, resulta de vital importancia percibirse auto-eficaz (Transforming Education, 2020).

Además, hay una estrecha relación entre el hacer el cambio cognitivo propio de la RC y el sentirse auto-eficaz, ya que hacer uso de la RC implica reevaluar la situación a manera de verla de modo más objetivo y hacer un manejo más adecuado de los pensamientos que surgen ante situaciones emocionales desafiantes (Gross et al., 2014) —como las que trae consigo el padecer cáncer— (Yélamos, 2017), pues es común que ante la serie de situaciones que trae consigo el diagnóstico y tratamiento oncológico, primen pensamientos desbordantes de maximización y catastrofización (Carballera & Marreiro, 2002), dificultando que la respuesta emocional realizada sea adaptativa, por lo que hacer uso de la RC implica un esfuerzo por parte del individuo por controlar el bombardeo de pensamientos catastróficos que trae consigo determinada emoción y por reconstruir en el plano cognitivo la situación, de tal modo que se perciba de modo más favorable; es decir, hacer la reevaluación y reconstrucción de la situación elicitoria de la emoción —propias de la RC— implica que el individuo ponga en marcha muchos de sus recursos individuales para lograrlo, por lo tanto, lograrlo representa percibir sus propias habilidades y hacer un juicio positivo acerca de ellas, es decir, fomenta el percibirse autoeficaz e incrementar la confianza que los(as) pacientes tengan en sí mismos(as) (Transforming Education, 2020; Webb & Sheeran, 2008). El uso de la RC en sí mismo trae consigo una disminución del malestar emocional y un aumento de la emocionalidad positiva, por lo que se entiende que ello incide en los niveles más altos de BS entre quienes hacen uso de la RC y se perciben auto-eficaces en ello.

Por otro lado, si los(as) pacientes consideran que son eficaces en el uso de la SE disminuye su experiencia emocional negativa, es decir, se halló una relación negativa entre la A-ERE en la SE con la emocionalidad negativa; sin embargo, es la única dimensión con la que se halla una relación, lo que resulta lógico por la naturaleza de la estrategia, que implica

reprimir la emoción y las manifestaciones que ésta última traiga consigo, lo que llama la atención es que precisamente se halle la relación negativa de SE con emocionalidad negativa, ya que la literatura indica que el suprimir las emociones conlleva un gran esfuerzo cognitivo (Gross & John, 2003) por aparentar que no se siente nada cuando en realidad se es una olla express a punto de explotar, lo que ocasiona aún más malestar pues el uso de la SE está asociado a mayor activación fisiológica y mayor angustia (Vinaccia et al, 2006), específicamente se ha encontrado asociado a dolor de cabeza, pecho, espalda y cuello, problemas gástricos, dermatológicos e incluso cardiacos (Bairero, 2018), y una menor sensación de adaptación psicosocial, que incluye menor percepción de relaciones cercanas (Butler et al., 2003) etc., todas estas manifestaciones que devienen de hacer uso de la SE están cargadas hacia lo negativo, por lo que resulta curioso que en este estudio hacer uso de la SE se encuentre asociado a una disminución de la emocionalidad negativa, este hallazgo indicaría que los(as) pacientes con cáncer creen que por no expresar sus emociones —particularmente aquellas que conllevan una carga negativa— no las experimentan. No obstante, Gross y Levenson (1993) hallaron algo similar, concluyendo que la SE disminuye con éxito la experiencia de las emociones. Sin embargo, habría que revisar, si realmente estos efectos son perdurables, ya que la mayoría de las investigaciones han concluido que, aunque la SE disminuye la expresión emocional, no disminuye la experiencia emocional negativa interna (Hosogoshi et al., 2020). Al respecto, otros estudios (Kleck et al., 1976) han hallado que hacer uso de la SE puede ser funcional en un contexto social pues aparentar en ciertas situaciones y contextos puede resultar en interacciones sociales más exitosas y prevenir de juicios y conflictos de otros; sin embargo, en el plano individual, la SE conlleva mucho malestar psicofisiológico (Hosogoshi et al., 2020).

Quizá el hecho de que la SE favorezca que las personas mantengan sus relaciones interpersonales, fomenta que particularmente los(as) pacientes con cáncer —para quienes las redes de apoyo cobran especial relevancia— tengan una percepción de una disminución de las

emociones negativas, ya que conservan su red de apoyo, y extrapolan estos beneficios al plano individual.

Las diferencias que se presentan entre la asociación de la RC y la SE con el BS, podrían deberse a que la RC implica una modificación que se hace a nivel cognitivo en los pensamientos automáticos, por ende, el cambio cognitivo también se refleja en la experiencia, no sólo en la expresión emocional. Mientras que, en la SE el (la) paciente únicamente se centra en no expresar la emoción conductual, aun cuando a nivel cognitivo la evaluación de la situación siga siendo desfavorable (Webb et al., 2012), lo que explicaría que no muestre una asociación clara con el BS, pues la única dimensión con que mostró una relación negativa fue con emocionalidad negativa. Sin embargo, al lograr su meta de no mostrar sus verdaderas emociones puede que disminuya su experiencia emocional negativa, al menos a nivel perceptivo.

Por último, se encontró que cuando los(as) pacientes externalizan sus problemas a familiares o amigos(as) y se muestran dispuestos a recibir consejos o apoyo ante una situación difícil (DRA), experimentan mayor prosperidad (se sienten capaces y competentes de lidiar con las situaciones que se les presentan), mayor emocionalidad positiva –que incrementa su autoestima– (Fernández, 2020) y mayor satisfacción de vida (perciben que han conseguido las cosas que quieren), lo cual es congruente con lo encontrado en investigaciones previas, que reportan que el compartir emociones positivas o negativas, tiene un impacto positivo en la creación de relaciones cercanas (Marreo y Carballera, 2002; Gross & John, 2003). Además, se argumenta que al mostrar DRA, el BS incrementa ya que la DRA refuerza la capacidad de resistir y superar frustraciones, de resolver retos y contribuye al ajuste psicológico (Chi et al., 2011; en Sánchez Aragón & Calleja, 2021), lo que resulta de gran relevancia al padecer una enfermedad potencialmente mortal como lo es el cáncer. Además, como se mencionó anteriormente, el ajuste psicológico está íntimamente ligado a que los (las) pacientes se sientan

prósperos(as), y satisfechos(as) con su vida. Finalmente, es de destacar que el mostrar DRA reduce los síntomas psicológicos de carácter desadaptativo (desesperanza, rumia, estrés, tristeza, ira y decepción) y con ello, la experiencia emocional negativa (Vázquez et al., 2003).

Finalmente, para el tercer objetivo, que consiste en conocer el grado en que las variables intervinientes (R, E, URE, A-ERE y DRA) predicen el BS, los resultados señalan que para tener una experiencia emocional positiva resulta importante que los pacientes se sientan auto-eficaces en el uso de la RC, lo cual podría deberse a que el sentirse auto-eficaz en un dominio tan importante como la RE –y más aún de una estrategia que ha resultado dar resultados tan favorables ante situaciones estresantes (RC)– favorece que se establezcan metas en pro de la adaptación psicosocial (Webb & Sheeran, 2008; González et al., 2012), ya que, uno de los elementos de la RE consiste en saber qué es lo que se quiere lograr, y una vez que se tenga claro, se procede a la decisión de reevaluar y reconstruir la situación, como medio para lograr la meta de regularse, y por último, se evalúan los resultados de haber puesto en marcha la RC –qué generalmente tienden a una evaluación positiva–, y en función de dicha evaluación y la funcionalidad de la RC se decide seguir empleando ésta estrategia tan funcional, implicando cada vez menos esfuerzo (Gross, 2014). Ahora bien, las metas impulsadas por la percepción de autoeficacia favorecen que se dé un mayor esfuerzo por lograr la meta de regularse, y por tanto que las metas se cumplan (Bandura, 1995; en Olivari & Urrea, 2007), –gradualmente con mayor facilidad–, y de este modo se inicie un ciclo de percepción de autoeficacia y logro de metas como un continuo, que favorece que se incremente la emocionalidad positiva (contento, gozo y bienestar). Asimismo, los resultados arrojan que mostrar DRA predice la experiencia emocional positiva, lo que se explica porque permitir que brinden ayuda da la sensación de pertenencia, de ser querido y cuidado por otro (Fernández, 2020; Thoits, 2011), lo cual otorga la sensación de tranquilidad (Thoits, 2011). Adicionalmente, es un hecho que existe una asociación entre la DRA y un estado de ánimo positivo puesto que al facilitar las condiciones

para que se brinde apoyo, las probabilidades de recibirlo incrementan potencialmente, y esto a su vez amplía los recursos disponibles para hacer frente a la enfermedad, dotando de una percepción especial de mayor fortaleza, lo que resulta vital para incrementar las conductas de adaptación psicosocial en el (la) paciente oncológico (Aragón, 2019; Procidano & Walker-Smith, 1997; en Sánchez Aragón & Calleja, 2021).

Otro predictor de la experiencia emocional positiva es no experimentar el malestar propio de la rumia (pensar constantemente en la poca motivación que se tiene, en las propias carencias y evaluar constantemente los errores), cuyo resultado era esperado dada la incompatibilidad de ambas experiencias, pues los pensamientos rumiantes traen consigo muchas decepciones o desilusiones de acontecimientos pasados. En los(as) pacientes con cáncer aparecen de manera intrusiva y constante con temas relativos a la enfermedad o la muerte (Bresó, 2020), lo que dificulta que el malestar emocional cese y dificulta la adaptación psicosocial. Por tanto, se entiende que al no experimentar pensamientos rumiantes que dificulten el proceso de adaptación al cáncer, sea más fácil experimentar emociones positivas como placer, felicidad, gozo y contento, dado que al menos el factor cognitivo de la R no está obstaculizando que se vivencien éstas emociones, pues como se puede observar, la R es un claro obstáculo para experimentar emociones positivas.

En cuanto a la experiencia emocional negativa, se encontró que era predicha por la sensación de descontrol del E, y por no sentirse auto-eficaz en la ejecución de la RC. La predicción del E es coherente con las características propias de sentir que no se puede hacer nada para superar las situaciones estresantes, pues conlleva emociones que ocasionan malestar, como la tristeza el enojo, e incluso el nerviosismo, lo cual también ocasiona más complicaciones en la salud (Navas et al., 2007; Pulgar et al., 2009), mermando así el BS de la persona en cuestión. Mientras que no sentirse auto-eficaz en la ejecución de la RC, también predice la experiencia emocional negativa, ya que la RC funge como una estrategia que permite

regular las emociones que surgen durante las distintas etapas que vive un (una) paciente con cáncer, disuadiendo así, la experiencia emocional negativa, y uno de los dominios más importantes para poner en marcha dicha estrategia (RC) es la auto-eficacia (Vinaccia & Orozco, 2005), pues influye en la realización de determinada conducta, en el grado de esfuerzo empleado y en el tiempo que podrían perseverar frente a la emoción que estén intentando regular (Bandura, 1958; en Sánchez Aragón et al., 2008). Además, hacer uso de la RC disminuye la respuesta subjetiva y fisiológica, lo que también contribuye a disminuir la experiencia de emociones desagradables (Lazarus & Alfert, 1964; en Gross et al., 2006).

Ahora bien, se encontró que la prosperidad se presenta cuando el (la) paciente se siente auto-eficaz en la ejecución de la RC, lo cual es congruente con lo hallado en investigaciones que reportan los efectos de la auto-eficacia en que las personas se sientan útiles, optimistas y competentes con la vida que llevan –dominios propios de la prosperidad– (Vinaccia et al., 2005; Transforming Education, 2020). Asimismo, la prosperidad tiene lugar cuando los(las) pacientes muestran DRA, ya que al mostrarse dispuestos(as) a recibir apoyo, y recibirlo, podría estar reforzando la idea de que son prósperos(as) –son buenas personas y han hecho cosas significativas–, por ello cuentan con relaciones de apoyo gratificantes a las cuáles pueden mostrarles DRA. En este sentido, el percibir que cuentan con recursos (como los sociales) para hacer frente a la enfermedad (sensación de control del E) también dota al individuo de prosperidad, pues se sienten más optimistas con su futuro. Un hallazgo curioso es que cuando los(las) pacientes hacen uso de la SE pero no con mucha frecuencia también experimentan prosperidad, posiblemente porque les da la sensación de que están manejando la emoción como ellos(as) desean (Gross et al., 2006), favoreciendo que se sientan competentes y comprometidos(as) con sus actividades diarias.

En tanto que la satisfacción con su vida se presenta porque se sienten auto-eficaces en el ejercicio de la RC y muestran DRA. Para el primer caso, podría explicarse que el contenido

de ambas variables está íntimamente interrelacionado, al sentirse auto-eficaz se fortalece la idea de que su vida es cómo quiere que sea, que ha conseguido lo que quiere y que las circunstancias de su vida son buenas; pensamientos propios de alguien que está satisfecho con la vida que lleva (Tov & Diener, 2009; Pinquart & Fröhlich, 2009). Mientras que, lo encontrado respecto al apoyo social, es congruente con lo hallado en investigaciones previas, en las que se encontró que el apoyo social predecía un incremento en el BS de los(as) pacientes con cáncer (Pinquart & Fröhlich, 2009; Von Humboldt et al., 2017).

Es de destacar que evitar reflexionar de manera obsesiva predice tanto experiencia emocional positiva como prosperidad y satisfacción con la vida, lo cual reafirma el carácter tan negativo para el BS que tiene rumiar de manera obsesiva (Delgado et al., 2008; De Rosa & Keegan, 2018; Due et al., 2018; Malin & Littlejohn, 2015).

Conclusiones

A partir de la presente investigación, se puede concluir que el estudiar variables asociadas al BS en pacientes oncológicos, es de suma importancia, pues se considera que el experimentar BS podría constituir una importante diferencia en cuanto a la adaptación al cáncer (Osornio et al., 2021), por lo que esta investigación aporta conocimiento al basamento teórico del que se podrían desprender intervenciones psicológicas.

En primer lugar, se concluye que las intervenciones psicológicas dirigidas a los(as) pacientes con cáncer resultarían más oportunas tras el diagnóstico y al inicio del tratamiento, pues es cuando los(as) pacientes manifiestan experimentar más E y emocionalidad negativa, la importancia radica en que tanto el E como la emocionalidad negativa son variables que podrían complicar la recuperación, pues se han hallado asociadas a un peor curso de la enfermedad. Asimismo, se halló que particularmente en México son escasos los estudios que evalúan la R en personas que han pasado por eventos altamente estresantes (Flórez Rodríguez & Sánchez Aragón, 2019), esta variable (R), se encontró íntimamente ligada a impactar de manera negativa en el BS del (la) paciente oncológico, por lo que se vislumbra como una importante área de atención en las intervenciones.

Por último, uno de los hallazgos más significativos, refiere a la fuerte asociación que se encontró entre el uso y la auto-eficacia en el ejercicio de la RC, pues si bien es una estrategia de RE que ha mostrado resultados muy positivos entre quienes la usan, no se había documentado claramente la incidencia que tiene en todas las dimensiones del BS. Por lo que, se considera, que sería muy apropiado que las intervenciones fueran en pro de orientar y fomentar el uso de la RC, pues además de los beneficios ya documentados (disipar la fuente de tensión emocional y vislumbrar la realidad de manera más objetiva y optimista, afrontar de manera más adaptativa, etc.) incrementa los niveles de BS en pacientes oncológicos.

Finalmente, una limitación puede radicar en la población estudiada, dado que todos(as) los(as) participantes cuentan con pareja, y se ha documentado que la pareja funge como un factor protector ante la enfermedad de cáncer (Santiago-Silva & Sánchez Aragón, 2021), lo que podría influir en los niveles registrados de las variables estudiadas (R, E, UERE, AE-ERE, DRA y BS). Por último, es de resaltar que en el análisis de la presente investigación se registraron los niveles de las variables estudiadas, como resultado de padecer cáncer como una enfermedad global, sin hacer una distinción de los tipos de cáncer ni del tipo de tratamiento recibido, lo que podría añadir una variación a los valores reportados. En cualquier caso, y a pesar de estas limitaciones, los resultados del estudio sugieren que se investigue si los tipos de cáncer y de tratamientos producen diferencias significativas en las variables psicológicas estudiadas. Por otro lado, uno de los objetivos de investigaciones futuras tendría que ir sobre la línea de incorporar otras variables que aporten evidencia sobre lo que los(as) pacientes experimentan en su transitar por la enfermedad, a fin de hallar focos de intervención que son importantes y no han sido tratados, y de este modo desarrollar intervenciones que vayan en pro de incrementar el BS de estos(as) pacientes y que cada vez satisfagan con mayor éxito sus necesidades.

Referencias

- Abarca, M. (2003). *La educación emocional en la educación primaria: currículo y práctica*. (Tesis inédita de doctorado). Universidad de Barcelona. Madrid.
- Alameda, E. (2020). Psiconcología: El mundo emocional del paciente. Noticias en Salud. <https://www.noticiasensalud.com/psicologia/2020/06/05/psicooncologia-el-mundo-emocional-del-paciente/>
- American Cancer Society. (ACS). (2021). *Apoyo a los niños cuando alguien en la familia tiene cáncer*. <https://www.cancer.org/es/tratamiento/los-ninos-y-el-cancer/cuando-alguien-en-la-familia-tiene-cancer.html>
- American Cancer Society. (ACS). (2019). *Cambios físicos a medida que se aproxima el final de la vida*. <https://www.cancer.org/es/tratamiento/atencion-en-la-etapa-final-de-la-vida/cuando-el-final-de-la-vida-esta-cerca/sintomas-fisicos.html>
- American Society of Clinical Oncology. (ASCO). Efectos secundarios de la radioterapia. <https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/c%C3%B3mo-se-trata-el-c%C3%A1ncer/radioterapia/efectos-secundarios-de-la-radioterapia>
- Aragón, R. (2019). *Pedir ayuda es un acto de valentía*. La mente es maravillosa. <https://lamenteesmaravillosa.com/pedir-ayuda-es-un-acto-de-valentia/>
- Bairero A., M.E. (2018). El estrés y su influencia en la calidad de vida. *Revista Médica Multimed*, 21(6), 971-982. <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/688/1054>
- Balcázar, P., Esteban, J.M.L., Gurrola, M., Garay, J. y Moysén, A. (2012). Acontecimientos productores del estrés y manejo en pacientes con cáncer. *Psicología Iberoamericana*, 20(1),63-70. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133924623007>
- Blanchard-Fields, F., Mienaltowski, A., & Baldi, R. (2007). Age differences in everyday problem-solving effectiveness: Older adults select more effective strategies for interpersonal problems. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62, 61–64.
- Blanchard-Fields, F., Stein, R., & Watson, T. L. (2004). Age differences in emotion regulation strategies in handling everyday problems. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59, P261–P269.
- Barroilhet, S., Forjaz, M.J. y Garrido, E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Esp Psiquiatr*, 33(6), 390-397.
- Bravo, R.A. (2018). *La influencia de las emociones y su afrontamiento en pacientes con cáncer*. (tesis inédita de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología, CDMX. <http://132.248.9.195/ptd2018/junio/0775471/Index.html>

- Bresó, M.L. (25 de diciembre del 2020). *Rumia mental: preocupación excesiva por nuestro pasado, presente y futuro*. Topdoctors. <https://www.topdoctors.es/articulos-medicos/rumia-mental-preocupacion-excesiva-por-nuestro-pasado-presente-y-futuro>
- Butler, E.A. (2011). *Three Views of Emotion Regulation and Health*. *Social and Personality Compass*, 5(1), 563-577. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2011.00372.x>
- Cancer Quest. (CQ). (2021). *Definiendo el cáncer*. <https://www.cancerquest.org/es/para-los-pacientes/que-es-el-cancer>
- Carballeira, M. & Marrero, R.J. (2002). Terapia de solución de problemas en enfermos de cáncer. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2(1),23-39. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56020102>
- Carrillo-González G.M. (2017). Los grupos de síntomas en personas con cáncer: una revisión integrativa. *Aquichan*, 17(3), 257-269. <https://doi.org/10.5294/aqui.2017.17.3.3>
- Charles, S. T., Reynolds, C. A., & Gatz, M. (2001). Age-related differences and change in positive and negative affect over 23 years. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 136–151
- Cozzo, C., y Reich, M.M.M. (2016). Estrés percibido y calidad de vida relacionada con la salud en personal sanitario asistencial. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 8(1), 1-15. <http://dx.doi.org/10.5872/psiencia.v8i1.186>
- Centers for Disease Control and Prevention. (CDC). (2021). *Side Effects of Cancer Treatment*. <https://www.cdc.gov/spanish/cancer/survivors/patients/side-effects-of-treatment.htm>
- Contreras-Mollinedo, N., Alvarado-Aguilar, S. y Molina-Sólis, R. (2013). Insomnio en el paciente oncológico. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 12(2), 101-107. <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-insomnio-el-paciente-oncologico-X1665920113025789>
- Corona, F. (2020). *Cáncer de mama, deterioro cognitivo, calidad de vida, depresión y ansiedad*. (tesis inédita de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología, CDMX. <http://132.248.9.195/ptd2021/marzo/0810360/Index.html>
- Cruzado, J. A. (2010). Evaluación psicológica en pacientes con cáncer. En J.A. Cruzado. (Ed.), *Manual de psiconcología* (pp. 17-59). Piramide. https://books.google.com.mx/books/about/Manual_de_psicooncolog%C3%ADa.html?id=LYKUBQAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=
- Deater-Deckard, K. & Panneton, R. (2017). Unearthing the Developmental and Intergenerational Dynamics of Stress in Parent and Child Functioning. En K. Deater

- Deckard (Ed.), *Parental Stress and Early Child Development* (pp. 1-14). Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-3-319-55376-4>
- Delgado, J., Herrera, L.F. & Delgado, Y. (2008). La mediatización del pensamiento rumiativo en el accidente cerebrovascular. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 5(1), 15-23. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156329004>
- De la Barra & Gaytan (2020).
- De la Cruz E., Feu, S. & Vizúete, M. (2013). El nivel educativo como factor asociado al bienestar subjetivo y la salud mental en la población española. *Universitas Psychologica*, 12(1), 31-40.
- De Rosa, L. y Keegan, E. (2018). Rumiación: Consideraciones teórico-clínicas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22(1), 36-43.
<https://doi.org/10.24205/03276716.2017.1032>
- Delgado, J., Herrera, L.F. & Delgado, Y. (2008). La mediatización del pensamiento rumiativo en el accidente cerebrovascular. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 5(1), 15-23. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156329004>
- Denovan, A. & Macaskill, A. (2016). Stress and Subjective Well-Being Among First Year UK Undergraduate Students. *Journal of Happiness Studies*, 18(1), 505-525.
<https://doi.org/10.1007/s10902-016-9736-y>
- De Rosa, L. y Keegan, E. (2018). Rumiación: Consideraciones teórico-clínicas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22(1), 36-43.
<https://doi.org/10.24205/03276716.2017.1032>
- Díaz, G. (2001). El bienestar subjetivo: Actualidad y perspectivas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(6), 572-579.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000600011&lng=es&tlng=es.
- Diener, E. (2009). Culture and Well-being Works of Ed Diener. En E. Diener (Ed.), *Culture and Well-being: The Collected Works* (pp.1-8). Springer.
- Drabant, E. M., McRae, K., Manuck, S. B., Hariri, A. R., & Gross, J. J. (2009). Individual differences in typical reappraisal use predict amygdala and prefrontal responses. *Biological Psychiatry*, 65, 367-373.
- Du, J., Huang, J., An, Y. y Xu, W. (2018). The relationship between stress and negative emotion: The mediating role of rumination. *Clinical Research and Trials*, 4(1), 1-5.
<https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2713>
- Eisma, M. y Stroebe, M. (2017). *Rumination following bereavement: an overview*. *Bereavement Care*, 36(2), 58-64. <https://doi.org/10.1080/02682621.2017.1349291>
- Eisenberg, N. & Spinrad, T. L. (2004). Emotion-related regulation: sharpening the definition. *Child Development*, 75, 334-339. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00674.x>

- Fernández, V. (1 de diciembre de 2020). *Aprende a pedir ayuda*. Revista de salud y bienestar. <https://www.webconsultas.com/mente-y-emociones/emociones-y-autoayuda/la-importancia-de-saber-pedir-ayuda>
- Fernández-Abascal, E. (2002). *Psicología de la motivación y la emoción*. México: Mc Graw Hill.
- Fife, B., & Wright, E. (2000). The Dimensionality of Stigma: A Comparison of Its Impact on the Self of Persons with HIV/AIDS and Cancer. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(1), 50-67. <https://doi.org/10.2307/2676360>
- Flórez Rodríguez, Y.N. y Sánchez Aragón, R. (2020). El Estrés Visto como Reto o Amenaza y la Rumia. Factores de Riesgo a la Salud. *Revista Salud y Administración*, 7(20), 17-27. https://www.researchgate.net/publication/350158792_El_Estres_Visto_como_Reto_o_Amenaza_y_la_Rumia_Factores_de_Riesgo_a_la_Salud
- García, R., Valencia, A. I., Hernández, A., & Rocha, T. E. (2017). Pensamiento rumiativo y depresión entre estudiantes universitarios: repasando el impacto del género. *Interamerican Journal of Psychology*, 51(3), 406-416.
- García, C.R.V. y González, M. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(1), 72-80. <https://www.redalyc.org/pdf/799/79902508.pdf>
- Gómez, O. y Calleja, N. (2016). Regulación emocional: definición, red nomológica y medición. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 8(1), 96-112. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexinvpsi/mip-2016/mip161g.pdf>
- Gross, J.J & Thompson, R.A. (2007). Emotion regulation. En J.J Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-20). The Guilford Press.
- Gross, J.J., Richards, J. M. & John, O. P. (2006). Emotion Regulation in Everyday Life. In D. K. Snyder, J. A. Simpson & J. N. Hughes (Eds.), *Emotion Regulation in Couples and Families: Pathways to Dysfunction and Health* (pp. 13-36). Washington, DC: American Psychological Association.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- 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. <https://doi.org/10.1002/smi.2471>.
- Hosogoshi, H., Takebayashi, Y., Ito, M., Fujisato, H., Kato, N., Nakajima, S. & Horikoshi, M. (2020). Expressive suppression of emotion is a moderator of anxiety in a unified protocol for transdiagnostic treatment of anxiety and depressive disorders: A

- secondary analysis. *Journal of Affective Disorders*, 277, 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.132>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2017). *Su imagen propia y su sexualidad*. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/imagen-propia>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2015). *¿Qué es el cáncer?* <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>
- Infocáncer. (2019). *Emociones y cáncer*. Secretaría de Salud de México., Instituto Nacional de Cancerología. <https://www.infocancer.org.mx/?c=emociones-y-cancer>
- Jiang, I., Drolet, A. & Kim, H. S. (2018). Age and support seeking: understanding the role of perceived social costs to others. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 44(7), 1104-1116. <https://doi.org/10.1177%2F0146167218760798>
- Lawton, M. P. (2001). Emotion in later life. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 120-123
- Ledón, L. (2011). Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(4), 488-499. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000400013&lng=es&tlng=es
- Malin, K. y Littlejohn, G. (2015). Rumination modulates stress and other psychological processes in fibromyalgia. *European Journal of Rheumatology*, 2(4), 143-148. <https://www.oatext.com/the-relationship-between-stress-and-negative-emotion-the-mediating-role-of-rumination.php>
- Mauss, I.B. & Tamir, M. (2014). Emotion goals: How their content, Structure, and operation Shape Emotion Regulation. En J. Gross. (Ed.). *Handbook of emotion regulation* (pp 361-376). The Guildford Press.
- Melina, M.A. y Moral de la Rubia, J. (2013). El significado psicológico de las cinco fases de duelo propuestas por KÜBLER-ROSS mediante las redes semánticas naturales. *Psiconcología*, 10(1). https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v10.41951
- Milena, A., Vinaccia, S., Rivero, F. y Quiceno, 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*. Vol.20, pp. 50-75.
- Milenio Digital. (5 de julio de 2018). Estrés: no es lo mismo a los 20 que a los 50 años. <https://www.milenio.com/ciencia-y-salud/estres-no-es-lo-mismo-a-los-20-que-a-los-50-anos>
- Morelli, S. A., Lee, I. A., Arnn, M. E., & Zaki, J. (2015). Emotional and instrumental support provision interact to predict well-being. *Emotion*, 15(4), 484-493. <https://doi.apa.org/doi/10.1037/emo0000084>
- Moreno, C. (2016). *Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en el paciente oncológico*. (tesis inédita de literatura). Universidad Internacional de Cataluña. Facultad de

Medicina y Ciencias de la Salud, Barcelona.

https://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/263843/TFG_Carmen_Moreno_Fern%C3%A1ndez.pdf?sequence=1

- Morris, A.B., Shakespeare-Finch, J. (2010). Rumination, post-traumatic growth, and distress: structural equation modelling with cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 20 (11), 1176-1183. <https://doi.org/10.1002/pon.1827>
- Moyano, E., y Ramos, N. (2007). Bienestar subjetivo: Midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. *Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*, 2(22),184-200.
https://www.researchgate.net/publication/250374162_Bienestar_subjetivo_Midiendo_satisfaccion_vital_felicidad_y_salud_en_poblacion_chilena_de_la_Region_Maule
- Mussi, C.M. (2006). Enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes y cáncer. En L.A. Oblitas. (Ed.). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida* (pp 127-147). Cengage Learning.
- Naranjo M. Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Educación*. 2009;33(2):171-190.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44012058011>
- Navas, C., Villegas, H., Hurtado, R., y Zapata, E. (2007). Programa de intervención psicoeducativo para el apoyo del paciente con cáncer. *Revista Venezolana de Oncología*, 19(1), 84-93. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375635123012>
- Nolen-Hoeksema, S. & Aldao, A. (2011). Gender and age differences in emotion regulation and their relationship to depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 51,704-708. doi: 10.1016/j.paid.2011.06.01
- Novoa, M.M., Vargas, R.M., Obispo, S.A., Pertuz, M., y Rivera, Y.K. (2010). Evaluación de la calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes postquirúrgicos con cáncer de tiroides. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2),315-329. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56017095008>
- Olivari, C. & Urra, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y enfermería*, 13(1). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532007000100002>
- OMS. (2021). *Cáncer 2021*. Organización Mundial de la Salud.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD), 2013. Education indicators in focus.
- Osornio, A. K., Medina, B., & Gómez, M. I. (2021). La expresión de sentimientos como promotor de bienestar subjetivo en una paciente de cáncer. *Revista Iberoamericana De Las Ciencias De La Salud*, 10(20), 1-24. <https://doi.org/10.23913/rics.v10i20.105>
- Pereyra, M. (2006). Estrés y salud. En L.A. Oblitas. (Ed.). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida* (pp 213-246). Cengage Learning.

- Pérez, A., Fleer, J., Schroevers, M., Alanís, P., Sánchez, J. J., Eulenburg, C., & Ranchor, A. (2018). Course and predictors of supportive care needs among Mexican breast cancer 89 patients: A longitudinal study. *Psycho-Oncology*, 27(9), 32-2140. <https://doi:10.1002/pon.4778>
- Pinquart, M., & Fröhlich, C. (2009). Psychosocial resources and subjective well-being of cancer patients. *Psychology & Health*, 24(4), 407–421. <https://doi.org/10.1080/08870440701717009>
- Pomares, A.J., Jorge, R., Alfonso, Y. & Vázquez, M.A. (2019). Adherencia terapéutica y bienestar subjetivo en pacientes con diabetes mellitus tipo II. *Revista Finlay*, 9(3), 221-225. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342019000300221&lng=es&tlng=es
- Porro, M.L., Andrés, M.L. y Rodríguez-Espínola, S. (2012). Regulación emocional y cáncer: utilización diferencial de la expresión y supresión emocional en pacientes oncológicos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30(2), 341-355. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79924881010>
- Priede, A., González-Blanch, C., Herrán, A. y Hoyuela, F. (2013). Asociaciones entre rumiaciones y malestar emocional en pacientes recién diagnosticados de cáncer. *Psicooncología*, 10(1), 132-138. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v10.41952
- Pulgar M, Garrido C, Muela J, Reyes del Paso G. Validación de un inventario para la medida del estrés percibido y las estrategias de afrontamiento en enfermos de cáncer (ISEAC). *Psicooncología*. 2009;6(1):167-190.
- Ramos, V. M., Caudillo, L., De la Roca, J. M., Hernández, M. A., Barbosa, G., y García Rocha, M. (2020). Correlación entre estrés, niveles de cortisol y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer sometidos a tratamiento. *Enfermería Global*, 19(4), 196–219. <https://doi.org/10.6018/eglobal.410951>
- Rimmele, R., Marti, B., Wirtz, H., Ehlert, U. & Heinrichs, M. (2009). The level of physical activity affects adrenal and cardiovascular reactivity to psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*, 34(2), 190-198. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2008.08.023>
- Robert, K.Y. (2021). *Validación de una psicoeducación para pacientes con cáncer de mama y sus cuidadores primarios informales*. (tesis inédita de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología, CDMX. <http://132.248.9.195/ptd2021/enero/0806229/Index.html?fbclid=IwAR3UmWo6kL2z8gStv0nFB8rouEsV3AiWrvsuSJ2fl4tf3vx0A4TGrrt-S8c>
- Rojas, M. (2011). El bienestar subjetivo: su contribución a la apreciación y la consecución del progreso y el bienestar humano. *Revista Internacional de Estadística y Geografía*, 2(1), 64-75.

- Sánchez Aragón, R. (2020). Bienestar subjetivo: el papel de la rumia, optimismo, resiliencia y capacidad de recibir apoyo. *Ciencias Psicológicas*, 14(2), 1-14.
<https://doi.org/10.22235/cp.v14i2.2222>
- Sánchez, R., Muñoz, S.I. y Gómez, M.F. (2018). Diferencias en estrés, afrontamiento y emociones entre dos grupos etarios de hombres que tienen sexo con hombres. *Revista puertorriqueña de psicología*, 29(1), 74-85.
<http://www.ojs.repsasppr.net/index.php/reps/article/view/347>
- Sánchez Aragón, R. y López Becerra, C. (2008). Midiendo a las estrategias de regulación emocional: rasgo y estado. En R. Díaz Loving, S. Rivera Aragón, R. Sánchez Aragón e I. Reyes Lagunes (Eds.), *La Psicología Social en México* (pp. 643-648). AMEPSO.
- 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*, 40(1), 37-59. <https://doi.org/10.22544/rcps.v40i01.03>
- Sánchez Aragón, R., Díaz Loving, R. y López Becerra, C. (2008). Medición de la Auto-Eficacia en el Uso de Estrategias de Regulación Emocional. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 11(31), 1-24.
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2012). Rumination: relationships with physical health. *Innovations in clinical neuroscience*, 9(2), 29–34.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22468242/>
- Schroevers, M., Kraaij, V. & Garnefski, N. (2008). How do cancer patients manage unattainable personal goals and regulate their emotions? *British Journal of Health Psychology*, 13(3), 551–562. <https://doi.org/10.1348/135910707x241497>
- Silva, P. (2006). Agentes carcinogénicos. En P. Silva (Ed.), *Agentes carcinogénicos* (pp. 177-183). Eusalud. http://eusalud.uninet.edu/apuntes/tema_17.pdf
- Sociedad Española de Oncología Médica. (SEOM). (2019). ¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla? <https://seom.org/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla>
- Soto-González, M., Da Cuña-Carrera, I., Gutiérrez-Nieto, M. & Barreira-Salgado, Á. (2018). Nivel educativo de los progenitores como factor mediador del estrés académico. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*, 21(1), 23-29.
<https://dx.doi.org/10.33588/fem.211.929>
- Sütterlin, S., Paap, M. C. S., Babic, S., Kübler, A., & Vögele, C. (2012). Rumination and Age: Some Things Get Better. *Journal of Aging Research*, 1–10.
<https://doi.org/10.1155/2012/267327>
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145-161.
<https://doi.org/10.1177%2F0022146510395592>

- Ticona, S. B., Santos, E. M., Siqueira, A. L. (2015). Diferencias de género en la percepción de estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer colorrectal que reciben quimioterapia. *Aquichan*, 15(1), 9-20.
<https://www.redalyc.org/comocitar.ou?id=74137151002>
- Transforming Education, (2020). The importance of self-efficacy. [Video de YouTube].
<https://www.youtube.com/watch?v=3e7Fp3D3YL8>
- Tov, W. & Diener, E. (2009). Culture and Subjective Well-Being. In: Diener E. (eds) *Culture and Well-Being. Social Indicators Research Series*, vol 38. Springer, Dordrecht.
https://doi.org/10.1007/978-90-481-2352-0_2
- Thayer, J.F. & Lane, R.D. (2000). A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation. *Journal of Affective Disorders*. 61(3), 201-216.
[https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00338-4](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00338-4)
- Webb, T. L., Miles, E., & Sheeran, P. (2012). Dealing with feeling: A meta - analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. *Psychological Bulletin*, 138(4), 775–808.
- Vázquez, C., Crespo, M., y Ring, J.M. (2003). Estrategias de afrontamiento. En C. Vázquez (Ed.), *Clínica en Psiquiatría y Psicología*, (pp.425-431). Elsevier-Masson.
http://www.psicosocial.net/historico/index.php?option=com_docman&view=download&alias=94-estrategias-de-afrontamiento&category_slug=trauma-duelo-y-culpa&Itemid=100225
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S. y Zapata, M. (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y Salud*, 15(2), 207-220.
<https://doi.org/10.25009/pys.v15i2.805>
- Vinaccia, S. y Orozco, L.M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 1(2), 125-137. <https://www.redalyc.org/articulo.ou?id=67910202>
- Von Humboldt, S., Carneiro, F., y Leal, I. (2017). Más allá del cáncer de mama en la edad avanzada: Bienestar subjetivo en mujeres mayores con cáncer de mama en remisión. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(2), 167-174.
<https://www.redalyc.org/articulo.ou?id=281952112003>
- Yélamos, C. y Fernandez, B. (2011). *Necesidades emocionales en el paciente con cáncer*. *Revista cáncer*, 20(1), 14-21.
- Yélamos, C. (2017). El diagnóstico del paciente del cáncer. *GenésisCare*.
<https://www.genescare.com/es/bienestar-emocional-clave-vida-paciente-cancer/>
- Zawadzki, M.J, Graham, J.E. & Gerin, W. (2012). Rumination and Anxiety Mediate the Effect of Loneliness on Depressed Mood and Sleep Quality in College Students. *Health Psychology*. *Health Psychology*, 32(2), 212-222.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0029007>

ANEXO



La Universidad Nacional Autónoma de México y la Facultad de Psicología, a través de la línea de investigación en Relaciones de Pareja y Salud está interesada en conocer el impacto de algunas características de las personas y de sus relaciones de pareja con el bienestar físico y psicológico. En las siguientes hojas, usted encontrará varias series de oraciones y preguntas relativas a dichos temas, por favor complete cuidadosamente todas ellas, sin ser descuidado(a), utilizando la primera impresión que venga a su mente. No existen respuestas **correctas o incorrectas** por lo que le pedimos responda con completa honestidad. Toda la información que proporcione será **anónima** y tratada **confidencialmente**, por lo que solo se usará un número de referencia para su captura.

Queremos agradecerle –de antemano-- por participar en este estudio ya que su ayuda y tiempo contribuyen de manera **muy importante** a la comprensión de cómo son las personas y las relaciones humanas, así como para atender –con conocimiento proveniente de la investigación- las necesidades de las personas sanas y con algún padecimiento a través de intervenciones oportunas en temas de salud.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

DATOS GENERALES

1. Sexo: Femenino () Masculino ()
2. Edad: _____ Años. 3. ¿Cuánto pesa? _____ Kgs.
4. Escolaridad: Secundaria () Preparatoria () Licenciatura ()
5. Tiempo en la Relación: _____ Años _____ Meses 6. ¿Cuánto mide? _____ Mts.
7. Estado Civil: Unión Libre () Casados ()
8. Número de Hijos: _____ Edades: _____
9. Tiempo de vivir juntos: _____ Años, _____ Meses
10. ¿Tiene usted alguna enfermedad? ¿Cuál? (sea lo más específico posible):

11. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde el diagnóstico? _____
12. ¿Recibe algún tratamiento? _____ ¿Toma medicamentos? _____
13. ¿Tiene algún otro padecimiento además del señalado en la pregunta 10? ¿Cuál?

14. ¿Su pareja tiene alguna enfermedad? ¿Cuál? (sea lo más específico posible):

15. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde el diagnóstico? _____

INSTRUCCIONES. Ahora encontrará otras oraciones sobre cómo somos las personas. Por favor, **marque con una X** en el recuadro de la derecha, **la respuesta que mejor refleje qué tan de acuerdo está usted** con cada afirmación. No deje de contestar ninguna de ellas.

	Totalmente de Acuerdo			
	Acuerdo			4
	Ni de Acuerdo ni Desacuerdo		3	
	Desacuerdo			2
	Totalmente en Desacuerdo			
	1	2	3	4
16. Empleo mucho tiempo pensando en problemas pasados	1	2	3	4
17. Me pone preocupado(a) o ansioso(a) sobre posibles errores en problemas pasados	1	2	3	4
18. Le doy vuelta y vuelta a mi sufrimiento	1	2	3	4
19. Le doy vuelta en mi mente una y otra vez a las cosas malas que me han pasado	1	2	3	4
20. Recuerdo todas las veces en que me pasan cosas malas	1	2	3	4
21. Pienso constantemente en cuan poco motivado me siento	1	2	3	4
22. Pienso todo el tiempo en todas mis deficiencias, carencias, defectos y errores	1	2	3	4
23. Paso mucho tiempo pensando en mis momentos embarazosos o decepcionantes	1	2	3	4
24. Me es difícil acallar los pensamientos acerca de mis defectos	1	2	3	4
25. A menudo me encuentro evaluando de manera constante las cosas que he hecho mal	1	2	3	4

INSTRUCCIONES. Aquí se le presentan algunas preguntas sobre cómo se ha sentido durante el **mes pasado**. En cada caso, **indique con una X qué tan frecuente usted sintió o pensó así.**

	Muy frecuentemente				5
	Frecuentemente			4	
	A veces		3		
	Casi nunca			2	
	Nunca				1
En el último mes, ¿qué tan frecuentemente usted...					
26. Ha estado triste por algo que sucedió de manera inesperada?	1	2	3	4	5
27. Se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes de su vida?	1	2	3	4	5
28. Se ha sentido nervioso(a) y estresado(a)?	1	2	3	4	5
29. Se ha sentido confiado acerca de su habilidad para manejar sus problemas personales?	1	2	3	4	5
30. Ha sentido que las cosas sucedían como usted quería?	1	2	3	4	5
31. Se dio cuenta de que NO podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	1	2	3	4	5
32. Ha podido controlar las cosas que irritan su vida?	1	2	3	4	5
33. Ha sentido que tenía todo bajo control?	1	2	3	4	5
34. Se ha enojado por cosas que estaban fuera de su control?	1	2	3	4	5
35. Ha sentido que las dificultades se acumulaban tanto que no podía superarlas?	1	2	3	4	5
36. Se encontró pensando acerca de las cosas que tiene que lograr?	1	2	3	4	5
37. Fue capaz de controlar la manera en la que utiliza su tiempo?	1	2	3	4	5
38. Lidió exitosamente con problemas irritantes de la vida?	1	2	3	4	5
39. Sintió que efectivamente estaba haciendo frente a cambios importantes que estaban ocurriendo en su vida?	1	2	3	4	5

INSTRUCCIONES. A continuación, se presentan una serie de conductas que las personas hacemos con cierta regularidad. Por favor, **indique con una X con qué frecuencia usted realiza** cada una de las actividades que se mencionan

	Siempre hago esto				5
	Casi siempre hago esto			4	
			3		
	Casi nunca hago esto		2		
	Nunca hago esto		1		
40. Pido ayuda a otras personas cuando sé que no puedo hacer algo solo	1	2	3	4	5
41. Permito que mi familia y amigos me apoyen cuando me encuentro en problemas	1	2	3	4	5
42. Hablo de mis problemas con los demás para abrir la posibilidad de recibir apoyo	1	2	3	4	5
43. Estoy dispuesto a recibir consejos cuando me enfrento a una situación difícil	1	2	3	4	5
44. Dejo que las personas cercanas a mí me brinden su apoyo	1	2	3	4	5
45. Expreso mi sentir cuando algo me preocupa	1	2	3	4	5
46. Comparto mis sentimientos con otras personas para ver si me ayudan	1	2	3	4	5

INSTRUCCIONES. A continuación, se te presentan un par de párrafos en los que se describen las dos maneras básicas en las cuales las personas respondemos ante situaciones emocionales de la vida diaria que pueden ser conocidas por usted (como la felicidad, el enojo, la tristeza, el miedo y el amor) o no, pues llegan en forma sorpresiva y únicamente "se siente algo".

Estas emociones que surgen en usted generan cambios a nivel de pensamiento, afectos, conductas y en su cuerpo y eso provoca que actúe ya sea de una manera o de otra principalmente. **Por favor lea cuidadosamente, elija la que predomina en su forma de reaccionar (449 o 450) y responda qué tan de acuerdo está con el texto que se presenta y qué tan frecuentemente lo usa.**

47. Cuando me doy cuenta de que empiezo a sentir una emoción que crea cambios en mí, trato de enfocarme en lo que está pasando y ver las cosas más claramente y analizar los hechos, no tanto las emociones. Pienso en lo que pasó para que la situación me provocara la emoción para poder entender sus razones y así, no responder emocionalmente a ella. Así, recobro el control sobre mí mismo(a) y lo que sucede a mi alrededor.

Totalmente en desacuerdo _____ Totalmente de acuerdo _____
 Nada _____ Mucho _____

48. Cuando siento que mis emociones se desbordan y que estoy perdiendo el control de la situación, trato rápidamente de dominar mis impulsos para que no sea notorio, respiro e incluso aparento que no pasa nada. Para lograr dominar mis reacciones emocionales u ocultarlas, me esfuerzo mucho y repetidamente para poder manejar la situación. Cuando veo la situación es incontrolable lo mejor es que me aleje para no involucrarme.

Totalmente en desacuerdo _____ Totalmente de acuerdo _____
 Nada _____ Mucho _____

INSTRUCCIONES. Ahora, a partir del texto con el cual mostró usted más acuerdo y mayor frecuencia en la manifestación de lo que describen, por favor responda **marcando con una X** las siguientes oraciones, mencionando qué tan eficaz o efectivo o capaz se siente cuando lo hace. Recuerde que es importante que responda según el texto con el que estuvo más de acuerdo.

SIEMPRE QUE EXPERIMENTO UNA EMOCIÓN, YO ME SIENTO...						
	Muy capaz de manejar la situación				5	
	Bastante capaz de manejar la situación				4	
	A veces capaz y a veces incapaz de manejar la situación				3	
	Poco capaz de manejar la situación				2	
	Nada capaz de manejar la situación				1	
49.	Re-evalúo la situación y modifico mi reacción	1	2	3	4	5
50.	Manejo mis emociones y me enfrento a la situación de una mejor manera	1	2	3	4	5
51.	Domino mis reacciones y me doy cuenta de que lo resuelvo mejor	1	2	3	4	5
52.	Disminuyo mi sentir con el fin de comportarme mejor en dicha situación	1	2	3	4	5
53.	Aminoró lo que siento y eso ayuda a comportarme más apropiadamente a la situación.	1	2	3	4	5
54.	Me domino y trato de que no se note como me siento	1	2	3	4	5
55.	Finjo y controlo cualquier señal de ella	1	2	3	4	5
56.	Me aferro a no demostrar mi estado emocional	1	2	3	4	5
57.	Me esfuerzo mucho en no evidenciar cómo me siento	1	2	3	4	5
58.	Hago un gran esfuerzo para no expresar lo que estoy sintiendo	1	2	3	4	5

INSTRUCCIONES. Por favor piense acerca de lo que ha estado haciendo y viviendo durante las últimas cuatro semanas. Después indique qué tanto ha experimentando los siguientes sentimientos, **marcando con una X** la respuesta que refleje su sentir.

	Muy frecuentemente o Siempre					5
	Frecuentemente					4
	A veces					3
	Raramente					2
	Muy raramente o Nunca					1
59.	Positivo	1	2	3	4	5
60.	Negativo	1	2	3	4	5
61.	Bien	1	2	3	4	5
62.	Mal	1	2	3	4	5
63.	Placer	1	2	3	4	5
64.	Displacer	1	2	3	4	5
65.	Felicidad	1	2	3	4	5
66.	Tristeza	1	2	3	4	5
67.	Miedo	1	2	3	4	5
68.	Gozo	1	2	3	4	5

69. Enojo	1	2	3	4	5
70. Contento	1	2	3	4	5

INSTRUCCIONES. A continuación, se presentan algunas oraciones. Por favor, **marque con una X** su grado de acuerdo con dichos enunciados.

	Totalmente de Acuerdo					5
	Acuerdo				4	
	Ni de Acuerdo ni Desacuerdo			3		
	Desacuerdo		2			
	Totalmente en Desacuerdo	1				
71. Tengo una vida útil y significativa.	1	2	3	4	5	
72. Estoy comprometido(a) e interesado(a) en mis actividades diarias	1	2	3	4	5	
73. Mis relaciones sociales son de apoyo y gratificantes	1	2	3	4	5	
74. Soy una buena persona y vivo una buena vida.	1	2	3	4	5	
75. Contribuyo activamente a la felicidad y el bienestar de los demás	1	2	3	4	5	
76. Soy optimista sobre mi futuro	1	2	3	4	5	
77. Soy competente y capaz en las actividades que son importantes para mí	1	2	3	4	5	
78. La gente me respeta	1	2	3	4	5	
79. En la mayoría de los aspectos mi vida es como quiero que sea	1	2	3	4	5	
80. Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes	1	2	3	4	5	
81. Estoy satisfecho(a) con mi vida	1	2	3	4	5	
82. Si pudiera vivir mi vida otra vez, la repetiría tal y como ha sido	1	2	3	4	5	
83. Las circunstancias de mi vida son buenas	1	2	3	4	5	
	Totalmente de Acuerdo					5
	Acuerdo				4	
	Ni de Acuerdo ni Desacuerdo			3		
	Desacuerdo		2			
	Totalmente en Desacuerdo	1				
84. Tengo una vida útil y significativa.	1	2	3	4	5	
85. Estoy comprometido(a) e interesado(a) en mis actividades diarias	1	2	3	4	5	
86. Mis relaciones sociales son de apoyo y gratificantes	1	2	3	4	5	
87. Soy una buena persona y vivo una buena vida.	1	2	3	4	5	
88. Contribuyo activamente a la felicidad y el bienestar de los demás	1	2	3	4	5	
89. Soy optimista sobre mi futuro	1	2	3	4	5	
90. Soy competente y capaz en las actividades que son importantes para mí	1	2	3	4	5	
91. La gente me respeta	1	2	3	4	5	
92. En la mayoría de los aspectos mi vida es como quiero que sea	1	2	3	4	5	
93. Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes	1	2	3	4	5	
94. Estoy satisfecho(a) con mi vida	1	2	3	4	5	
95. Si pudiera vivir mi vida otra vez, la repetiría tal y como ha sido	1	2	3	4	5	
96. Las circunstancias de mi vida son buenas	1	2	3	4	5	

¡¡Muchas Gracias!!