

Supresión Emocional y Habilidades Resilientes en Pacientes con Enfermedad Oncológica

Emotional Suppression and Resilient Skills in Patients with Oncological Disease

Andrea De la Sancha-Aragón^a, Marisol Morales-Rodríguez^a

Resumen

Introducción. El cáncer es una enfermedad que afecta no solo físicamente al paciente, sino también psicológicamente, de tal forma que la persona requiere poner en marcha una serie de estrategias y recursos para minimizar su impacto y adaptarse a la nueva condición.

Objetivo. Determinar si existe relación entre supresión emocional y habilidades resilientes en pacientes adultos con enfermedad oncológica e identificar los niveles de las variables de estudio. **Metodología.** El estudio se basó en una metodología cuantitativa, diseño no experimental, alcance descriptivo-correlacional. Participaron 210 pacientes de un Centro de Oncología de Morelia, Michoacán. Los instrumentos utilizados fueron la Escala Courtauld de control emocional y el Cuestionario de Resiliencia, los cuales fueron aplicados individualmente, previo consentimiento informado del paciente. **Resultados.** Los hallazgos mostraron que no existe relación entre supresión emocional y resiliencia, ésta se ubica en niveles altos; en supresión emocional, enfado y preocupación se sitúan predominantemente en nivel bajo, mientras que tristeza se ubica en un nivel medio. **Conclusiones.** Los participantes han desarrollado habilidades resilientes para enfrentarse a la enfermedad, y expresan sentimientos de enfado y preocupación ante el cáncer, no obstante, tienden a suprimir la tristeza; sin embargo, sus emociones no se asocian con su capacidad para sobreponerse a la enfermedad.

Palabras clave: pacientes con cáncer, supresión emocional, resiliencia.

Abstract

Introduction. Cancer is a disease that affects the patient not only physically, but also psychologically, in such a way that the person needs to implement a series of strategies and resources in order to minimize its impact and adapt to the new condition. **Objective.** To determine if there is a relationship between emotional suppression and resilience abilities in adult patients with oncological disease and to identify the levels of the study variables. **Methodology.** The study is based on a quantitative methodology, non-experimental design, descriptive-correlational scope. The sample was 210 patients from an Oncology Center in Morelia, Michoacán. The instruments used were the Courtauld Emotional Control Scale and the Resilience Questionnaire, which were applied individually with the patient's prior informed consent. **Results.** The findings show that there is no relationship between emotional suppression and resilience, which is located at high levels. In emotional suppression, anger and preoccupation are predominantly situated at a low level, while sadness is at a medium level. **Conclusions.** Participants have developed resilience skills to cope with the disease and express feelings of anger and concern about the cancer; however, they tend to suppress sadness. Their emotions are not associated with the ability to overcome the disease.

Keywords: cancer patients, emotional suppression, resilience.

^a Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Facultad de Psicología, Francisco Villa 450, Dr. Miguel Silva, C.P. 58120, Morelia, Michoacán, México.

Correspondencia: Marisol Morales Rodríguez
Universidad Michoacana de San Nicolás Hidalgo
Correo electrónico: marisolmoralesrodriguez@gmail.com

Introducción

En las últimas décadas, el cáncer se ha convertido en un problema de salud pública evidenciado por un repunte en su incidencia en todos los sectores poblacionales, lo cual pone en alerta no solo a los profesionales de la salud, sino a la población en general. Diversas investigaciones llevadas a cabo a través del Institute for Health Metrics and Evaluation reportan que a pesar de que México tiene las tasas más bajas de mortalidad por cáncer (Ca) en América (70 por 100 mil habitantes), en los próximos años se espera que haya un incremento y alcance tasas superiores a las observadas en Europa debido al estilo de vida de la población, lo cual pone en alerta al sector salud (Reynoso & Torres, 2018).

El Ca se concibe como una enfermedad crónica debido a que la gama de síntomas que presenta el paciente son identificados desde el diagnóstico. Estos alteran los patrones de comportamiento y algunos rasgos de personalidad (Bueno, 2016, citado en Romero, Guevara, Zambrano, Mero & Ríos, 2018).

La presencia del Ca tiene efectos sistémicos en la vida del paciente, no solo por los síntomas físicos asociados al dolor, sino por la conmoción que se experimenta a nivel individual, familiar, económico y social. Lleva implícito un quiebre del bienestar como resultado del significado que se le atribuye ya que por lo regular, es considerado como sinónimo de muerte. A esto se le suman los procedimientos de diagnóstico y tratamiento que alteran los hábitos, las capacidades y las actividades cotidianas. Por ello, el proceso de afrontamiento al Ca requiere de un esfuerzo integral de la persona, colocándose inevitablemente en una condición vulnerable y dependiente, con necesidad de apoyo emocional para resistir los síntomas y los cambios en las diversas áreas de la vida (Hermosilla & Sanhueza, 2015).

Para llevar a cabo dicho proceso, la persona pone en marcha una serie de recursos y

estrategias personales que le permitirán salvaguardar además de la integridad física, el equilibrio psicológico, aceptando la enfermedad como parte de su vida y adaptándose a una nueva realidad.

Un estudio realizado por Montiel, Guerra y Bartuste (2019) reportó que los procesos de afrontamiento a la enfermedad y las emociones son determinantes en la manera en que se conducirá el paciente, debido a que se conjugan elementos cognitivos, afectivos y conductuales.

En la misma línea, resultados de una investigación a cargo de Moreno, Krikorian y Palacio (2015) concluyeron que posterior al diagnóstico, el Ca se instituye en la cotidianidad de la persona alterando su vida y la de los demás, y con el transcurrir del tiempo, debe aceptar la idea de que forma parte de su vida, lo que implica una serie de pérdidas para lo cual requiere adaptarse. Este proceso de ajuste se acompaña de una gama de emociones como irritabilidad, desesperanza, miedo, ansiedad, tristeza, entre otras, provocando malestar emocional.

Es un hecho que algunos pacientes en su intento de regular sus emociones, en particular aquellas que se les concibe como desagradables y que producen malestar, las inhiba pretendiendo no solo protegerse, sino también en resguardar la salud psicológica de personas cercanas e incluso del personal de salud. De ahí, diversas investigaciones se han centrado en el estudio de la supresión emocional o también denominada control emocional en la enfermedad.

Hermosilla y Sanhueza (2015) definen el control emocional como una supresión de sentimientos relevantes en el conocimiento de sí mismo y en la aceptación de la condición de salud lo cual a su vez, lleva a la inhibición de emociones.

Para efectos del presente trabajo, se utilizó el término de supresión emocional por consi-

derarse más preciso, debido a que el control emocional se le confunde con regulación que resulta ser un término totalmente distinto a lo que se pretende abordar.

En un estudio realizado en España, sobre supresión emocional y su relación con el pronóstico del Ca, se llegó a la conclusión de que influye positivamente en el uso de estrategias para afrontar el dolor, lo cual es resultado de un patrón en el que las emociones se neutralizan principalmente en fases avanzadas de la enfermedad, como estrategia para atenuar el sufrimiento de los demás (Hermosilla & Sanhueza, 2015).

Es así, que cuando el Ca se instaura en la vida de la persona, los cambios no solo son en detrimento de la calidad de vida, sino también propician el desarrollo de recursos personales que le permitirán al paciente lidiar con la enfermedad, entre estos destaca la resiliencia.

Un concepto clásico sobre resiliencia, es aquel que propuso Rutter (2006) al definirla como la habilidad para continuar adelante a pesar de las difíciles experiencias de la vida.

Por otra parte, la resiliencia en palabras de Fernandes de Araújo, Teva y Bermúdez (2015) constituye un elemento que actúa como factor protector ante el estrés, depresión, ansiedad y eventos traumáticos, vinculándose con un afrontamiento más efectivo ante las enfermedades físicas.

Se puede evidenciar que el Ca puede experimentarse como un suceso trágico o como una oportunidad para el fortalecimiento de factores protectores, lo cual dependerá del paciente y su capacidad de resistir en el proceso de curación. Por lo tanto, la capacidad de resiliencia beneficia el proceso de la enfermedad, ya que promueve el ajuste emocional y el afrontamiento (Calero, Manrique & Obrero, 2019).

Son limitadas las aportaciones que se han hecho en torno a la relación entre resiliencia y supresión emocional en el contexto de la enfermedad, ya que la mayoría se ha orientado de manera independiente hacia la regulación emocional, o bien hacia el papel de la resiliencia en enfermedades crónicas como el Ca.

Con base en lo anterior, el objetivo del presente estudio se centró en determinar si existe relación entre supresión emocional y habilidades resilientes en pacientes adultos con enfermedad oncológica e identificar los niveles en el que se sitúan las variables de estudio. La hipótesis central plantea que existe una relación inversa entre la supresión emocional y las habilidades resilientes en pacientes con Ca.

Metodología

La investigación se ciñe en la metodología cuantitativa, diseño no experimental, de alcance descriptivo-correlacional. La muestra del estudio se constituyó por 210 pacientes adultos de ambos sexos, con diagnóstico de enfermedad oncológica afiliados a un Centro de Atención Oncológica en Morelia, Michoacán, México, los cuales participaron de manera voluntaria en la investigación, atendándose en el servicio de consulta externa. Se excluyó a aquellos pacientes que además de la enfermedad oncológica tuviesen otra condición de salud asociada de gravedad como enfermedad renal, diabetes avanzada, entre otras. Así mismo, se descartó a aquellos que dada su condición física se vieran imposibilitados de contestar las escalas y pacientes que se negaron a participar en la investigación. Se eliminó a los pacientes que no contestaron completamente los instrumentos. Para evaluar la supresión emocional se utilizó la Escala Courtauld de control emocional (CECS) de Watson y Greer (1983), adaptado al castellano por Anarte, Esteve, Ramírez, López y Amorós, (2001); consta de 21 ítems de respuesta tipo Likert con cuatro opciones de respuesta

(desde 1= casi nunca hasta 4 = casi siempre), que evalúan el control emocional del sujeto ante el enfado, la preocupación y la tristeza que son las tres subescalas medidas, una por cada emoción. El índice de confiabilidad Alfa de Cronbach general es de .90. Cabe mencionar que cuando se señala que evalúa el control ante el enfado, la preocupación y tristeza, se hace alusión a la supresión de tales emociones.

Las habilidades resilientes fueron medidas a través del Cuestionario de Resiliencia (González-Arratia & Valdez, 2011). Es una escala que se compone de 32 ítems con cinco opciones de respuesta tipo Likert (de 1 = nunca a 5 = siempre), los cuales están organizados en tres dimensiones: factores protectores internos, factores protectores externos y empatía. El índice de consistencia interna de la escala total es de 0.89. Así mismo, se utilizó un breve cuestionario para identificar algunas variables sociodemográficas y clínicas, el cual identificó además de la edad y sexo de los participantes, su ocupación, tipo de cáncer y fecha de diagnóstico de la enfermedad.

Para llevar a cabo el proceso del trabajo empírico, se estableció el contacto con autoridades sanitarias para entregar el protocolo de la investigación, el cual fue aprobado por el Comité de Ética de la institución, cumpliendo con las normas que la misma establece (Derecho de los pacientes), y con las que señala la Secretaria de Salud Federal y Estatal, así como el protocolo de cuidado y atención a los pacientes.

El Departamento de Psicología determinó la manera en que se llevó a cabo la obtención de la información, partiendo de un muestreo no probabilístico-intencional en función del objetivo del estudio y los criterios de inclusión. Los pacientes fueron informados en consulta médica sobre la investigación que se llevaría a cabo, invitándolos a participar de manera voluntaria. Posteriormente los investigadores informaron detalladamente el propósito del estudio a cada uno de los pacientes, y una vez

que aceptaron participar, firmaron el consentimiento informado, se les informó sobre el carácter confidencial de la información aportada, y el respeto al anonimato. Seguido, se procedió a la aplicación individual de los instrumentos, lo cual se llevó a cabo en la sala de espera del servicio de consulta externa.

Una vez llevado a cabo los análisis correspondientes y obtener las conclusiones del estudio, se solicitó la aprobación del documento por parte del Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la UMSNH, cuyo dictamen fue favorable.

Los datos obtenidos fueron se analizaron a través del Programa SPSS 21.0 (IBM, 2012) aplicando el análisis de frecuencia y las pruebas estadísticas t de Student, Anova y Coeficiente de correlación de Pearson para la comprobación de la hipótesis.

Resultados

De los 210 participantes, el 13.6 % son hombres y el 86.4% mujeres. La distribución por tipo de cáncer fue de la siguiente manera: con el 54.1 % con Ca de mama, 14.5% presentó Ca del sistema reproductor femenino, 10.9% tienen Ca de cabeza y cuello, 7.7% Ca digestivo-gastrointestinal; con un 6.8% padecen Ca de riñón y aparato genito-urinario; de igual forma con un 2.7% se ubica el Ca de piel, de cerebro y sistema nervioso, finalmente con 0.5% se encuentran aquellos con Ca de aparato respiratorio y tórax.

Por edad se establecieron 7 categorías, de los 20-29 años corresponde al 2.3%, de los 30 a 39 años el 11.4%, de 40 a 49 años el 24.5%, de 50 a 59 años equivale al 21.8% de los participantes, en la categoría de los 60 a los 69 se ubica el 23.2%, de 70 a 79 años el 16.8% y de 80 años y más el 3.2%. El estado civil de los participantes se distribuyó en 4 categorías, los que están casados representan el 56.5%, seguido de quienes viven en unión libre con un 26.3%, los solteros constituyen el 16.5 % y los viudos el 9.8%.

Con base en el objetivo del estudio, en torno a la descripción de las variables los hallazgos destacan que particularmente la supresión emocional se encuentra en un nivel de medio a bajo.

Con respecto a cada uno de los factores, como se muestra en la Tabla 1, en enfado, existe una predominancia en el nivel bajo, lo cual indica que un mayor porcentaje de pacientes con cáncer, con más del 60% expresan emociones negativas ante la enfermedad, como sentimientos de frustración y de molestia, lo cual es positivo ya que no inhiben sus estados afectivos.

En el factor preocupación, el mayor porcentaje se ubica en el nivel bajo, promediando los niveles bajo y muy bajo que suman el 47%; lo anterior significa que casi la mitad de los participantes son capaces de expresar su preocupación ante la enfermedad, de aceptar reacciones de ansiedad como una respuesta esperada ante dicha condición, compartiendo sus sentimientos con otras personas en búsqueda de apoyo social. Mientras que una tercera parte de los pacientes manifiestan sentir ansiedad, experimentan estrés y miedo, sin embargo buscan minimizar sus efectos.

Tabla 1. Niveles en porcentaje de Supresión emocional.

	Enfado %	Preocupación %	Tristeza %
Muy bajo	16.6	12.4	3.7
Bajo	48.8	34.6	11.1
Promedio	20.3	37.3	70.9
Alto	7.4	11.0	8.3
Muy alto	7.3	4.6	6.0

Fuente: Elaboración propia.

En tanto, en el factor tristeza predomina el nivel medio, que equivale a que casi tres cuartas partes de los pacientes al mostrar un control de sus emociones, es decir, reflejan tristeza por la presencia de la enfermedad, pero no constituye un obstáculo para afrontar la enfermedad.

En cuanto a las habilidades resilientes, las dimensiones que las conforman son factores protectores internos, factores protectores externos y empatía.

En la Tabla 2, se reporta que, con respecto a los factores protectores internos, predomina un nivel alto, lo que equivale a que los participantes refieren habilidades para la solución

de problemas, lo cual tendría un impacto favorable para lidiar con la enfermedad.

Los factores protectores externos, se ubican predominantemente en el nivel alto, que significa que los participantes manifiestan contar con apoyo de su familia y de otras personas significativas como podrían ser amistades y personal de salud en su condición de enfermedad.

En cuestión de la empatía, el resultado es muy similar a factores protectores externos, predominando los niveles altos; lo cual indica que los participantes se muestran más dispuestos a ayudar a otros, comprenden la situación que viven otras personas, teniendo un comportamiento más prosocial.

Tabla 2. Niveles en porcentaje de Habilidades resilientes.

	Enfado %	Preocupación %	Tristeza %
Muy bajo	4.2	3.7	3.3
Bajo	7.3	13.8	6.8
Promedio	5.9	15.0	14.6
Alto	17.2	36.6	37.3
Muy alto	63.7	31.5	37.7

Fuente: Elaboración propia.

En torno a la relación entre las variables de estudio, como se observa en la Tabla 3, no existe correlación entre estas, lo cual significa

que si varía la supresión emocional, no varían las habilidades resilientes y viceversa.

Tabla 3. Correlación entre supresión emocional y habilidades resilientes.

	Factores Protectores Internos	Factores Protectores Externos	Empatía
Enfado	.075	.042	.022
Preocupación	.088	.094	.093
Tristeza	.069	.098	-.037

Nota: ** La correlación es significativa al nivel 0,01

Fuente: Elaboración propia.

Para el análisis de diferenciación entre grupos, se tomaron diversas variables contextuales como género, edad, estado civil y ocupación de los participantes.

En supresión emocional, con respecto al género de los participantes, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas; tampoco por su ocupación. Por estado civil se registran diferencias estadísticamente significativas únicamente en

tristeza lo cual indica que los pacientes que viven en unión libre inhiben la tristeza, a diferencia de los casados (Ver Tabla 4).

En relación a la edad de los participantes, se encontraron diferencias estadísticamente significativas únicamente en preocupación $F(39, 16)=2.45, p=.026$, siendo los pacientes de 40 a 49 años quienes presentan los niveles más altos de supresión emocional.

Tabla 4. Diferencias en supresión emocional por estado civil.

	Estado civil						Anova	
	Unión libre	Viudo	Divorciado	Soltero	Casado	F	P	
	M	M	M	M	M			
Enfado	14.5	16.3	15	16.3	15.9	.258	.905	
Preocupación	23	17.7	16.3	17.5	17.5	1.03	.393	
Tristeza	22.5	15.5	15	15.1	14.4	3.46	.009	

Nota: $p \leq .01$

Fuente: Elaboración propia.

Para analizar la existencia de diferencias por tipo de cáncer se utilizó la clasificación del Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de Estados Unidos de América cuya categorización se realiza de acuerdo a su ubicación en el cuerpo; no obstante no se presentan diferencias estadísticamente significativas.

Tomando como referencia las habilidades resilientes, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por ninguna de las variables contextuales.

Discusión

Los hallazgos encontrados muestran que los pacientes con cáncer se ubican entre los niveles medio y bajo en supresión emocional y se distingue que en su repertorio de recursos personales, han desarrollado habilidades resilientes que les permiten lidiar con la enfermedad.

Las emociones desempeñan un papel fundamental en los procesos de afrontamiento ante condiciones adversas. De manera que una supresión emocional adecuada y la capacidad de analizar las situaciones antes de

actuar, influirá favorablemente en la adaptación ante una enfermedad (García & Navarro, 2017).

Partiendo de los componentes de la supresión emocional, el enfado en particular, es predominantemente bajo, lo cual favorece respuestas adaptativas, ya que los participantes evitan inhibir el enojo y más bien, han aprendido a manejarlo a su favor, promoviendo una respuesta más eficaz ante el cáncer.

El enojo es una emoción de una agudeza y perspicacia extraordinarias que se dispara cuando alguna necesidad básica no está siendo satisfecha, incluidas las necesidades de ser visto, oído, valorado, conectar con otros, tener un impacto en ellos y ser útil (Gómez, Hernández, Romero & Zamora, 2017, p.31)

Un adulto puede dudar de su habilidad para sobrevivir solo, y por consecuencia temer que la expresión de su enojo afecte negativamente sus relaciones importantes, optando por desarrollar formas diversas a través de las cuales evite expresar esta situación, y con ello aumentar la probabilidad de que estará acompañado para lidiar con la enfermedad, de la cual está padeciendo.

En el mismo orden de ideas, la preocupación se sitúa predominantemente en un nivel bajo con el 48% y una tercera parte en el nivel medio, lo que refleja que los participantes expresan su inquietud y temor ante la enfermedad y su evolución. Desde la perspectiva de Caycho et al., (2018) la preocupación se define como el conjunto de pensamientos indeseados e incontrolables sobre la amenaza que significa el cáncer en la vida de la persona, lo cual puede resultar benéfico debido a que activa comportamientos encaminados al autocuidado, buscar información y pedir ayuda.

Diversas investigaciones confirman los resultados obtenidos, reportando que la preocupación, el nerviosismo y la tensión son reacciones esperadas durante la evolución del cáncer (Guerrero, Prepo & Loyo 2016).

Con respecto a tristeza prevalece un nivel medio, lo cual si representa un riesgo relativo ya que el 70% de los participantes muestran dificultades para expresarla, mientras que un 14 % evitan por completo manifestar sentimientos de aflicción, de pena, desesperanza, reacciones propias de la tristeza. El riesgo se debe a que se asocia con la pérdida, y no solo de la salud, sino de la vida que se tenía antes de la aparición de la enfermedad.

La tristeza disminuye la energía y el interés por las actividades cotidianas, surge como resultado de una pérdida. "Una de las funciones de la expresión de la tristeza es enriquecer la experiencia de lo que ha significado la pérdida" (p. 32), lo que permitirá planificar un comienzo diferente cuando la energía se restablezca (Gómez, Hernández, Romero & Zamora, 2017).

La experiencia del cáncer afecta significativamente la vida de las personas y trae consigo muchos sentimientos que surgen del sufrimiento como la tristeza, lo cual lleva finalmente a la aceptación (Azevedo et al., 2017). La tristeza se convierte en un sentimiento que acompañará al paciente durante todo el

proceso de la enfermedad, y llevará tiempo reintegrarla, aún después de concluir los tratamientos; lo fundamental es evitar que se intensifique y se convierta en depresión.

Investigaciones como las de Ayala de Calvo y Sepúlveda (2017) confirman los resultados obtenidos, al señalar que los pacientes con enfermedad oncológica omiten diversos aspectos psicosociales ya que conciben que el dolor y el sufrimiento son inevitables en dicha condición y se resignan, por lo que a pesar de experimentar pena, ansiedad y temer que la enfermedad se expanda, prefieren suprimirlas.

Por otro lado, con respecto a los niveles de las habilidades resilientes destaca que en factores protectores internos, predomina un nivel alto lo que equivale a que los participantes refieren tener habilidades para la solución de problemas, mismas que proporcionan una forma positiva de lidiar con la enfermedad. Resultados de un estudio respaldan que frente a la enfermedad, las estrategias de resolución de problemas son beneficiosas para el bienestar psicológico (Alonso, Ezama & Fontanil, 2018).

En la misma línea, los factores protectores externos, se ubican predominantemente en niveles altos, esto es, los participantes perciben apoyo de su familia, de sus compañeros de trabajo, de amistades, e incluso del personal de salud que participa en el proceso de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Cuando una persona concibe poseer redes de apoyo social, asume una actitud más positiva, y en particular cuando se trata de lidiar con la enfermedad favorece la adopción de estilos de vida más saludables a pesar de la condición de salud.

El apoyo social en sus diferentes niveles llámese emocional, afectivo o instrumental, se asocia con una mayor capacidad para superar la adversidad e incluso poder salir transformado de la condición de enfermedad, debido a que el apoyo brindado no solo por la familia

y amigos, sino también por el personal sanitario, da respuesta a las demandas del paciente con cáncer (Baca, 2014).

La empatía, al igual que las anteriores, se sitúa predominantemente en un nivel alto; lo cual indica que los pacientes suelen ponerse en el lugar del "otro" y esperan que se pongan en su lugar, favoreciendo una actitud más solidaria y comprometida con el bien común.

Se define la empatía como la "capacidad de captar lo que otro piensa y necesita y la conexión sincera con su sentir como si fuera propio... sintiendo a la vez el deseo de consolar y de ayudar" (Carpena, 2016, p. 24). De esta manera, constituye una fortaleza cuando se vive la experiencia del cáncer, haciéndose mucho más sensible a las necesidades de otros.

En torno al objetivo que guió el estudio y la hipótesis derivada de ello, los resultados refutan la hipótesis de trabajo, ya que no se encontró correlación entre las variables de estudio, a diferencia de lo que han reportado diversos teóricos sobre la relación entre componentes emocionales y resiliencia, como Cerezo (2014) quien afirma que las emociones positivas generan adaptabilidad, lo que puede prevenir la aparición de enfermedades o complicaciones en enfermedades crónico-degenerativas, entre ellas, el cáncer. Experimentar emociones positivas lleva a modos de comportamiento que indirectamente, preparan al individuo para enfrentarse a la adversidad, contrario a ello, cuando prevalece el malestar emocional, se inhiben las habilidades resilientes.

En otro orden de ideas, se reportan diferencias en supresión emocional por estado civil, particularmente en tristeza, observándose que los pacientes que viven en unión libre suprimen la tristeza que experimentan, se guardan dichos sentimientos para sí mismos y no los comparten, a diferencia de los casados quienes expresan sus sentimientos de tristeza y aflicción.

Como lo señalan Di Marco, Keegan y Valentini (2015), el hecho de tener apoyo real cuando están casados favorece una respuesta más adaptativa, contrario a ello cuando existe cierta inestabilidad puede convertirse en una variable generadora de estrés. Esta circunstancia puede asociarse a la percepción de los pacientes que viven en unión libre de sentirse inseguros de la reacción de la pareja ante la aceptación de la enfermedad, con el miedo añadido de que su compañero pueda terminar con la relación por la enfermedad cuando no existe un compromiso legal de por medio.

La edad es otra de las variables contextuales que diferencia la supresión emocional, específicamente la preocupación, observándose que los pacientes en un rango de edad de los 40 a los 49 años tienden a suprimir sus sentimientos de temor y preocupación, lo cual podría obedecer a hecho de que son personas en edad productiva y con mayores compromisos a nivel familiar, social y económico, por lo que requieren asumir una actitud de fortaleza frente a la enfermedad, recurriendo a neutralizar la preocupación como mecanismo de protección para quienes le rodean.

No cabe duda que el estilo de vida se ve alterado cuando ocurren hechos impredecibles, y más aún cuando se trata de la salud. El cáncer sigue siendo una enfermedad que genera angustia, tristeza, miedo, incertidumbre y desesperanza, no obstante, también se ha demostrado que constituye la oportunidad para fortalecer capacidades adaptativas como la resiliencia.

Conclusiones

Los resultados muestran que los pacientes con cáncer expresan enfado y preocupación principalmente, lo cual representa una conducta adaptativa como respuesta ante la enfermedad ya que el enojo permite poner límites y la preocupación prepara para actuar en situaciones de amenaza, no obstante la tercera parte

de los participantes se les dificulta expresar abiertamente sentimientos de preocupación; en cuanto a la tristeza, el 70% tiene dificultades para expresarla, lo que a la larga se puede convertir en un factor de riesgo si los pacientes continúan intentando neutralizar una reacción emocional esperada ante el cáncer.

La presencia de una enfermedad de tal naturaleza, puede generar una serie de respuestas a nivel afectivo que podrían alterar el equilibrio psicológico, no solo del paciente, sino de la familia y de otras redes sociales importantes como amigos, compañeros y otros. La valoración del suceso como una pérdida lleva a la aparición de una gama de emociones, lo cual es esperado y los resultados del presente estudio lo demuestran, sin embargo se encontró fallas en la expresión de la tristeza, reacción que permanece a lo largo de los distintos estadios de la enfermedad.

En cuanto a las habilidades resilientes, están han sido desarrolladas lo cual les permite afrontar y adaptarse a los cambios como resultado de la enfermedad, dando solución a problemas, buscando apoyo y fortaleciendo las redes y siendo más sensibles a las necesidades de los demás.

Con base en el objetivo del estudio, no se encontró relación entre supresión emocional y resiliencia, lo cual demuestra que en esta población de estudio, el suprimir los estados afectivos, no se asocia con la presencia de fortalezas personales para enfrentar los obstáculos propios de la enfermedad. Las habilidades resilientes conjugan elementos cognitivos, afectivos y conductuales, no obstante quedan fuera los mecanismos de supresión emocional.

Dentro de las limitaciones del estudio, se hace referencia al proceso de obtención de información, ya que las condiciones no fueron las más idóneas, debido a que los participantes se encontraban en la sala de consulta externa esperando pasar a consulta médica y en algunos casos a sesión de tratamiento; y,

aunque habían sido invitados a participar previamente, faltó mayor privacidad y un espacio adecuado para ello. Así mismo, la condición misma de la enfermedad puede ser un elemento que altere las respuestas, ya que si el paciente está próximo a pasar a consulta, el preguntar sobre aspectos psicológicos asociados a su condición, puede interferir en la veracidad de la información.

Una de las preguntas del cuestionario sobre variables sociodemográficas hizo referencia a la fase en la que se encontraba la persona con respecto a la evolución de la enfermedad, fuera diagnóstico, tratamiento, seguimiento; sin embargo, se les dificultó dar respuesta a tal reactivo, confundiendo los datos, y dado que no se autorizó el acceso a los expedientes, tal información no fue considerada para analizarla.

Con base en lo anterior, se propone para futuras investigaciones profundizar en el tema de estudio utilizando además de escalas objetivas, una entrevista, lo cual se había previsto pero dado el tiempo disponible se descartó. Hacer uso de una entrevista semi estructurada permite triangular la información obtenida con la de instrumentos objetivos, de tal manera que se tendrían datos más completos que describan con mayor fidelidad el constructo en cuestión.

En este sentido, categorizar la información por fases del proceso de la enfermedad e incluso por estadios del cáncer, permitiría tener una visión más precisa sobre en qué etapa se presentan reacciones emocionales particulares y respuestas adaptativas.

Lo trascendental de estudios de esta índole, es que, el hecho de enfrentarse a una enfermedad como el cáncer, obliga al individuo a reconocer y poner en acción sus recursos personales y redes de apoyo social, a fin de lidiar con dicha condición, además de darle valor a la expresión de las emociones como un recurso adicional, los resultados obtenidos dan muestra de dicha aseveración.

Referencias

- Alonso, Y., Ezama, E., & Fontanil, Y. (2018). Emotional coordination in coping with cancer: alexithymia, attachment and coping styles as predictors of emotional well-being in women undergoing radiotherapy. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 9(1), 17-26. doi: 10.23923/j.rips.2018.01.012.
- Anarte, M., Esteve, R., Ramírez, C., López, A., y Amorós, F. (2001). Adaptación al castellano de la escala Courtauld de control emocional en pacientes con cáncer. *Psicothema*, 13(4), 633-642. Disponible en <http://www.psicothema.es/pdf/491.pdf>.
- Ayala de Calvo, L., & Sepúlveda, C.G. (2017). Necesidades de cuidado de pacientes con cáncer en tratamiento ambulatorio. *Enfermería Global*, 45, 353-383. doi:10.6018/eglobal.16.1.231681.
- Azevedo, K., Conceição, M., Costa, K., Lago, S., Lua, I., & Sousa, D. (2017). Feelings of women with breast cancer after mastectomy. *Journal of Nursing*, 11(7), 2788-2794. doi: 10.5205/reuol.10939-97553-1-RV.1107201719.
- Baca, D. (2014). Resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un hospital de Trujillo. *Revista de Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 3(1), 107-124. Disponible en https://www.uigv.edu.pe/fileadmin/facultades/psicologia/documentos/Rev_Peruana_PTS_5_FINAL.pdf#page=107.
- Calero, N., Manrique, A.M., y Obrero, A.M. (2019). Papel de la resiliencia en la evolución de los pacientes con cáncer. *Enfermería oncológica*, 21(2), 52-57. Disponible en <https://revista.proeditio.com/enfermeriaoncolologica/article/view/1358/2125>.
- Carpena, A. (2016). *La empatía es posible*. Desclée De Brouwer.
- Caycho, T., Ventura, J., Noe, M., Barboza, M., Arias, W., Reyes, M., y Rojas, C. (2018). Evidencias psicométricas iniciales de una medida breve sobre preocupación por el cáncer. *Psicooncología*, 15(2), 315-325. doi:10.5209/PSIC.61438.
- Cerezo, M. (2014). Variables psicológicas positivas en pacientes con cáncer. *Información Psicológica*, 106, 17-27. Disponible en <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/126>.
- Di Marco, P., Keegan, A., y Valentini, A. (2015). Factores Protectores y Vulnerables en Pacientes Oncológicos, Candidatos al Autotrasplante de Medula Ósea (TAMO). *Anuario de investigación de la Facultad de Psicología*, 2(1), 276-290. Disponible en <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/13186>.
- Fernandes de Araújo, L., Teva, I., y Bermúdez, M. (2015). Resiliencia en adultos: una revisión teórica. *Terapia Psicológica*, 33(3), 257-276. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/785/78543221009.pdf>.
- García, L., y Navarro, V. (2017). Factores moduladores de resiliencia en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama. *Revista Finlay*, 7(4), 250-259. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000400004.
- Gómez, A., Hernández, M., Romero, R., y Zamora, Y. (2017). El cáncer de mama: somatización y la resiliencia en mujeres diagnosticadas. *Revista de Ciencias de la Salud*, 4(12), 27-41. Disponible en https://www.ecorfan.org/bolivia/researchjournals/Ciencias_de_la_Salud/vol4num12/Revista_Ciencias_de_la_Salud_V4_N12_3.pdf.
- González, A. N., y Valdez, J. (2011). Resiliencia y personalidad en adultos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 295-316. Disponible en <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol14num4/Vol14No4Art16.pdf>.
- Guerrero, J., Prepo, A., y Loyo, J. (2016). Autotranscendencia, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer en tratamiento. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(2), 297-309. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/1804/180445640017.pdf>.
- Hermosilla, A., & Sanhueza, O. (2015). Control emocional, felicidad subjetiva y satisfacción vital relacionados

- al afrontamiento y adaptación en personas con cáncer avanzado. *Ciencia y Enfermería*, 21(1), 11-21. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/3704/370441818002.pdf>.
- IBM Corp (2012). *IBM SPSS Statistics para Windows, Versión 21.0*. Armonk, Nueva York: IBM Corp.
- Montiel, V., Guerra, V., & Bartuste, D. (2019). Estrés y emociones displacenteras en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. *Revista cubana de medicina general integral*, 35(2). Disponible en <http://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/544/251>.
- Moreno, A., Krikorian, A., y Palacio, C. (2015). Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos colombianos y su relación con la competencia percibida. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 517-529. doi:10.12804/apl33.03.2015.10.
- Reynoso, N., & Torres, J. (2018). Epidemiología del cáncer en México: carga global y proyecciones 2000-2020. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 8(1), 9-15. Disponible en <http://revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/65111/57119>.
- Romero, H., Guevara, M., Zambrano, K., Mero, M., & Ríos, O. (2018). Análisis del tipo de personalidad en el cáncer de mama. *Revista Ciencia e Investigación*, 3(10), 21-26. doi: 10.26910/issn.2528-8083vol3iss10.2018pp21-26p.
- Rutter, M. (2006). Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding. *Annals New York Academy of Sciences*, 1094, 1-12. doi:10.1196/annals.1376.002.
- Watson, M., & Greer, S. (1983). Development of a questionnaire measure of emotional control. *Journal of Psychosomatic Research*, 27, 299-305. Disponible en <https://psycnet.apa.org/record/1984-13931-001>.
- Recibido:** 5 de febrero de 2020
Corregido: 1 de agosto de 2020
Aceptado: 31 de agosto de 2020
- Conflicto de interés:** No existe conflicto de interés