

Regulación emocional en personas con y sin diagnóstico de cáncer: relaciones con ansiedad y depresión

Andrés, María Laura & Porro-Conforti, María Laura

Resumen

El objetivo de este trabajo es comparar la frecuencia de uso de dos estrategias de regulación emocional - reevaluación cognitiva y supresión de la expresión emocional- en un grupo de pacientes oncológicos y en un grupo control; así como explorar asociaciones con la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en cada grupo. Para esto se evaluó a un grupo de 38 pacientes oncológicos y a otro de 44 personas no pacientes; comparables en cuanto a las variables de control edad, sexo, nivel socioeducativo y niveles de ansiedad y depresión. Los resultados muestran que los grupos se diferencian significativamente en su frecuencia de uso de la supresión de la expresión emocional, en el sentido de que los pacientes oncológicos utilizan más esta estrategia que el grupo control. No se hallaron diferencias significativas en cuanto a la reevaluación cognitiva. Finalmente, se observó una relación negativa y significativa entre la reevaluación cognitiva y los indicadores de ansiedad y depresión en el grupo control y una tendencia de relación que no llega a alcanzar la significación estadística entre la reevaluación cognitiva y la depresión en los pacientes oncológicos. Se discuten las implicancias de estos resultados.

Palabras clave: regulación emocional – cáncer – reevaluación cognitiva - supresión de la expresión emocional – ansiedad - depresión.

Emotion regulation in individuals with and without a diagnosis of cancer: relations with anxiety and depression

Abstract

The aim of this study is to compare the frequency of use of two emotion regulation strategies - cognitive reappraisal and suppression of emotional expression in a group of cancer patients and a control group; and explore associations with the presence of symptoms of anxiety and depression in each group. For this we evaluated a group of 38 cancer patients and another 44 people not patients, comparable for the control variables of age, sex, socioeducational level and levels of anxiety and depression. The results show that the groups differ significantly in their frequency of use of expression suppression, in the sense that cancer patients used this strategy more often than the control group. There were no significant differences in terms of cognitive reappraisal. Finally, we observed a significant negative relationship between cognitive reappraisal and indicators of anxiety and depression in the control group and a tendency of relation does not reach statistical significance between cognitive reappraisal and depression in cancer patients. We discuss the implications of these results.

Key words: emotion regulation– cancer – cognitive reappraisal – expressive suppression –anxiety - depression.

El cáncer en la actualidad representa una de las principales causas de muerte y discapacidad. La relación entre la regulación emocional y el bienestar constituye un tema actual de investigación para la ampliación del conocimiento de los procesos implicados en la salud (Cardenal-Hernández, 2001; Gross & John, 2003; John & Gross, 2004; Lieberman & Goldstein, 2006; Sirgo, Díaz-Ovejero, Cano-Vindel & Pérez Manga, 2001). Ciertos modos específicos de manejar las emociones predisponen en mayor medida al inicio y/o progresión de una enfermedad (Gross, 1989a; Rodríguez-Parra, Esteve-Zarazaga y López-Martínez, 2000). La regulación emocional ha sido definida como la activación y utilización de determinadas estrategias que los individuos ponen en marcha para modificar el curso, la intensidad, la calidad, la duración y la expresión de las experiencias emocionales en pos del cumplimiento de objetivos individuales (Cole, Martin & Dennis, 2004; Garber & Dodge, 1991; Gross, 1998b; John & Gross, 2007; Thompson, 1994). Dos han sido las estrategias de regulación emocional han recibido notable investigación empírica y experimental. La *reevaluación cognitiva (RC)* es una estrategia focalizada en el antecedente que hace referencia a la construcción de significados positivos alternativos a un evento con el objeto de disminuir el impacto emocional negativo. Se ha asociado su uso frecuente con el bienestar psicológico (John & Gross, 2004). Por otra parte, la *supresión de la expresión emocional (SEE)* es una estrategia focalizada en la respuesta destinada a inhibir la expresión comportamental de la experiencia emocional. Su uso frecuente se ha asociado con resultados negativos para el bienestar psicológico (Gross & John, 2003; Silva, 2005).

Los hallazgos de investigaciones sobre regulación y expresión emocional en pacientes oncológicos indican que RC o reinterpretación cognitiva y la SEE juegan un rol predominante en la salud física y mental de estos pacientes (Bageley, 1979; Bleiker & Van der Ploeg, 1999; del Valle, González-Tablas, Díez, Vilda & Llorca, 2003; Giese-Davis & Spiegel, 2003; Nyklícek, Vingerhoets & Denollet, 2002). Se ha relacionado la reinterpretación positiva con la mayor controlabilidad de las situaciones estresantes presentes en las complicaciones médicas (Rodrigue, Boggs, Weiner & Behen, 1993) y la supresión e inhibición de la expresión emocional con mayor riesgo en el inicio y la progresión de la enfermedad (Garssen & Goodkin, 1999; McKenna, Zevon, Corn & Rounds, 1999; Vinaccia, Arango, Cano, Tobón, Moreno & López, 2006).

En cuanto a la RC, Gaviria, Vinaccia y Quicenos (2007) indican que las estrategias de regulación emocional más utilizadas por los pacientes se corresponden con la reinterpretación positiva de las situaciones, en tanto que las menos utilizadas son aquellas que guardan relación con expresión abierta de las emociones. Fife et al. (2000), observa que los pacientes utilizan en mayor medida la reinterpretación positiva durante la fase de tratamiento y hospitalización, disminuyendo su uso en momentos posteriores.

Varios estudios han demostrado que la reevaluación cognitiva positiva es una de las estrategias más utilizadas en pacientes oncológicos (Carver et al., 1993; Miller, Manne, Taylor, Keates, & Dougherty, 1996; Stanton, Danoff-Burg & Huggins, 2002; Thomas & Marks, 1995;). Sin embargo, del Valle, González-Tablas, Díez, Vilda y Llorca (2003) indican que la reevaluación cognitiva positiva tiene una alta frecuencia de uso en el momento del ingreso al tratamiento y a los tres y seis meses posteriores al mismo, en tanto la menor frecuencia de uso fue observada durante el tratamiento de aplasia en curso. Sebastián, León y Hospital (2009) en un estudio del que participan mujeres con cáncer de mama encuentran que el este grupo no presenta mayor frecuencia de uso de la reinterpretación positiva ni de evitación emocional que otros grupos control.

En cuanto a la SEE, Derogatis, Abeloff & Melisaratos (1979) concluyeron que los pacientes con cáncer que habían mostrado un estilo de afrontamiento que facilitaba la expresión externa, abierta y consciente de las emociones negativas y del estrés psicológico sobrevivían más que aquellos que no lo hacían. Temoshok (1985) mostró una sorprendente correlación positiva entre la presencia de características de la personalidad Tipo C con el grosor del tumor. La personalidad Tipo C se caracteriza por un estilo cooperativo, poco asertivo y de supresión frecuente de la expresión de emociones negativas. Greer y Morris (1975) mostraron que la supresión extrema del enojo y otros sentimientos se encontraron significativamente más en grupos de pacientes con cáncer que en grupos de pacientes con tumores benignos tomados como controles. En el citado estudio de Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno (2007), los resultados obtenidos también mostraron que la expresión emocional abierta resulta una de las estrategias de afrontamiento menos utilizada por este grupo.

La mayor parte de los estudios, demuestran algún tipo de evidencia en términos de asociación entre la supresión de emociones y el cáncer, sin embargo, una proporción menor de investigaciones han

evidenciado resultados contrarios. Taylor, Abrams y Hewstone (1988) mostraron que el grupo de pacientes oncológicos obtuvo puntuaciones más elevadas que el grupo control en las escalas que exploraban la presencia de eventos vitales negativos y menores puntuaciones en las escalas que exploraban la supresión de la expresión emocional. Anarte-Ortiz, Esteve-Zarazaga, Ramírez-Maestre, López-Martínez y Amorós-Vicario (2001) encontraron que el grupo de pacientes presenta un estilo caracterizado por la tendencia al control de las emociones negativas como enfado, preocupación y tristeza y a la supresión de la expresión de la tristeza que los diferencia significativamente del grupo control, sin embargo, estos autores no encuentran diferencias significativas entre ambos grupos con respecto a la supresión del enfado y la preocupación. En el citado estudio de Sebastián, León y Hospital (2009) el grupo de pacientes con cáncer de mama no utilizan en mayor medida que el resto la inhibición emocional.

Varios autores reconocen que este es un tópico que aún requiere mayor cantidad de investigaciones empíricas (Graves, Schmidt, Bollmer, Fejfar et al., 2005; Márquez-González, et al., 2008; Rodríguez-Parra, Esteve-Zarazaga & López-Martínez, 2000; Sebastián, León y Hospital, 2009; Taylor, Abrams & Hewstone, 1988) ¿Existe un patrón característico en el uso de estrategias de regulación emocional en las personas que poseen diagnóstico de cáncer? ¿Este patrón característico guarda relación con el bienestar autoinformado de los individuos? El objetivo de este trabajo es comparar la frecuencia de uso de la RC y la SEE en un grupo de pacientes diagnosticados con cáncer y en una muestra de no pacientes tomados como grupo control y relacionar el uso de estas estrategias con los niveles de ansiedad y depresión reportados por los participantes.

Método

Participantes

La muestra estuvo constituida por un total de 82 participantes que se los dividió en dos subgrupos. El primer grupo estuvo integrado por 38 participantes diagnosticados de cáncer de ambos sexos. Las pruebas se administraron durante la sesión de quimioterapia de los pacientes. El 52,6% (N= 20) fueron adultos de mediana edad entre 30 y 55 años de edad y su tiempo promedio desde que se anunciaron del diagnóstico es de 1 año y 5 meses. El otro 47,4% (N= 18) fueron adultos mayores de 65 a

79 años de edad y el tiempo medio desde que se anoticiaron del diagnóstico es de 2 años. El 47,4% (N=18) del total de la muestra clínica fueron mujeres y el 52,6% (N= 20) varones. Respecto del nivel socioeducativo (NSE) de los pacientes, se utilizó el Índice de Hollingshead (1957; 1975) para su clasificación; el 34,2% (N=13) posee un NSE bajo; el 31,6% (N=12) un NSE medio-bajo; el 15,8% (N=6) NSE medio y el 18,4% (N=7) NSE medio-alto. En relación a la presencia de indicadores de ansiedad y depresión utilizando los criterios de la Escala HAD (Zigmond & Snaith, 1983), el 76,3% (N=29) presentaba niveles de ansiedad normales o dudosos y el 23,7% restante (N=9) presentó un nivel de ansiedad clínico. En cuanto a los niveles de depresión, el 89,5% (N=34) presentó niveles normales o dudosos y el 10,5% (N=4) restante presentó un nivel de depresión clínico.

La muestra control estuvo compuesta por 44 adultos sin diagnóstico de cáncer. El 56,8% (N= 25) fueron adultos de mediana edad de entre 30 y 55 años de edad y el 43,2% (N= 19) fueron adultos mayores con edades comprendidas entre 65 y 79 años de edad. El 54,5% (N= 24) fueron mujeres y el 45,5% (N= 20) varones. Respecto del NSE el 22,7% (N=10) poseía NSE bajo; el 20,5% (N=9) NSE medio-bajo; el 22,7% (N=10) NSE medio y el 34,1% (N=15) NSE medio-alto. En relación a la presencia de indicadores de ansiedad y depresión, el 79,6% (N=35) presentó niveles de ansiedad normales o dudosos y el 20,5% (N=9) restante presentó un nivel de ansiedad clínico. En cuanto a los indicadores de depresión ninguno de los participantes de este grupo presentó un nivel clínico de depresión (Tablas 1 y 2)

Instrumentos de recolección de datos

- *Cuestionario de Regulación Emocional* –ERQ, por sus siglas en inglés- (Gross & John, 2003; traducido y adaptado al español por Rodríguez-Carvajal, Moreno-Jiménez & Garrosa, 2006). Este instrumento evalúa el uso de RC y SEE. Se trata de un cuestionario de 10 afirmaciones con 7 opciones de respuesta en formato escala Likert que van desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 7 (totalmente de acuerdo). Se realizó una adaptación del instrumento a nuestro contexto que consistió en re-narrar en un formato coloquial las expresiones de algunos ítems, indagar por la frecuencia de uso en lugar de grado de acuerdo y ofrecer 5 opciones de respuesta posibles en la escala Likert en lugar de 7 como supone la versión original ya que facilita la emisión de respuestas por parte del participante y afecta en grado leve la estructura y consistencia interna (Denegri, 2006). Se comprobó que la matriz fuera factorizable (Prueba

de Barlett $p < .001$ y $KMO = .666$) y se procedió al análisis factorial mediante el método de Ejes Principales, rotación Varimax, solución de dos factores; el análisis permitió observar una agrupación de los ítems que evalúan RC en un factor que explica el 23,99% de la varianza y de los ítems que evalúan SEE en un factor que explica el 20,93% de la varianza. El *alpha* de Cronbach fue de 0.67 y de 0.64 respectivamente.

- *Cuestionario de Expresividad de Berkeley* –BEQ, por sus siglas en inglés- (Gross, 2000; traducido y adaptado al español por Moreno & Jorge, 2006). Se trata de un cuestionario de 16 ítems en formato Likert con 7 opciones de respuesta que van desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 7 (totalmente de acuerdo) que evalúa la expresividad emocional tanto negativa como positiva. Se realizó una adaptación del instrumento a nuestro contexto en el mismo sentido que la adaptación del cuestionario anterior: se volvieron a narrar algunos ítems para volverlos más coloquiales, se indagó por la frecuencia de uso en lugar de grado de acuerdo y se ofrecieron 5 opciones de respuesta posibles en la escala Likert en lugar de 7. Se comprobó que la matriz fuera factorizable (Prueba de Barlett $p < .001$ y $KMO = .763$) y se procedió al análisis factorial mediante el método de Ejes Principales y rotación Varimax. El análisis permitió observar una agrupación de los ítems que evalúan expresión de emociones positivas en un factor común que explicó el 29.82% de la varianza, obteniendo un *alpha* de Cronbach de 0.603.

- *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria* -HAD, por sus siglas en inglés- (Zigmond & Snaith, 1983). La Escala HAD fue diseñada para evaluar el estado emocional de los sujetos atendidos en servicios hospitalarios de consulta externa no psiquiátricos. La traducción y adaptación al castellano fue realizada por Herrero, Blanch, Peri, De Pablo, Pintor y Buelbena (2003). La escala consta de 14 ítems divididos en dos subescalas, una que mide ansiedad y otra depresión, cada una con 7 ítems. El contenido de los ítems hace referencia a la percepción subjetiva de aspectos psicológicos relacionados con la presencia de síntomas de ansiedad y depresión durante la última semana. Cada ítem consta de cuatro alternativas de respuesta, que se valoran conforme a una escala Likert con puntuaciones comprendidas entre 0 (Nunca) y 4 (Muy a menudo), que miden la intensidad del malestar percibido por el paciente. Los autores (Zigmond & Snaith, 1983) establecieron los siguientes puntos de corte: entre 0 y 7 puntos

“normal”, entre 8 y 10 “dudoso”, y, más de 11 puntos “problema clínico”. Posee un coeficiente *alpha* de Cronbach de 0.80 para cada una de las subescalas. El análisis de fiabilidad en nuestra muestra arrojó un *alpha* de Cronbach de 0.762 para la escala de ansiedad y de 0.749 para la escala de depresión.

- Adicionalmente, se utilizó una entrevista semiestructurada construida ad-hoc para conocer los datos sociodemográficos de edad, género, nivel educativo y tipo de ocupación de todos los participantes; así como tiempo transcurrido desde la noticia del diagnóstico hasta el momento de la evaluación en el grupo de pacientes oncológicos. Para determinar el NSE de cada participante se analizó el factor educativo y ocupacional mediante la clasificación propuesta en el Índice de Dos Factores de Estatus Social de Hollingshead (1957; 1975).

Procedimiento

Se evaluó a todos los participantes de forma individual. Si bien las escalas son instrumentos autoadministrables el evaluador permaneció junto al participante mientras completaba los cuestionarios para contestar posibles dudas. El grupo de pacientes oncológicos fue evaluado durante la sesión de quimioterapia en el Servicio de Oncología del hospital. El grupo control fue evaluado durante el descanso de su turno laboral o en el hogar del participante. La toma de los instrumentos duró un tiempo aproximado de 20 minutos y los participantes dieron su consentimiento para participar de la investigación. Los datos derivados de esta investigación se utilizaron con fines exclusivamente científicos y siguiendo los procedimientos de protección de datos personales y resguardo de la confidencialidad.

Análisis de los datos

Se realizaron estadísticos descriptivos para todas las variables bajo estudio. Se utilizaron medidas de asociación Chi cuadrado para explorar la equivalencia entre las muestras. Se realizaron análisis de varianza para explorar la existencia de diferencias en las variables bajo estudio según la pertenencia al grupo de pacientes oncológicos y al grupo control. Se realizaron correlaciones parciales para explorar la relación entre estrategias de regulación emocional y los indicadores de ansiedad y depresión controlando el efecto de las variables sociodemográficas.

Resultados

Análisis de las características de los participantes

En primer lugar, se presentan los estadísticos descriptivos para cada una de las variables bajo estudio en cada uno de los grupos de estudio.

 Insertar Tabla 1. aproximadamente aquí

En segundo lugar, para explorar la equivalencia entre las muestras en cuando a las variables sociodemográficas se realizaron análisis de asociación entre la presencia del diagnóstico y la pertenencia a un determinado nivel de variables sociodemográficas. Adicionalmente, se realizaron análisis de asociación entre la presencia del diagnóstico y la pertenencia a un determinado nivel de ansiedad o depresión. La razón fue que el diagnóstico de cáncer es considerado como un evento vital estresante que puede generar reacciones emocionales intensas de ansiedad y de depresión (Cano-Vindel & Miguel-Tobal, 1999) y que la posible eliminación del análisis de aquellos casos que dificultaran la equivalencia entre ambas muestras nos permitiría mayor exactitud en las conclusiones. Los análisis se realizaron mediante pruebas de asociación Chi cuadrado. No se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre la presencia o no del diagnóstico y sexo, $X^2(1, N=82) = 0.420, p=0.517$; grupo de edad, $X^2(1, N=82) = 0.144, p=0.704$; NSE, $X^2(3, N=82) = 4.313, p=0.23$; nivel de ansiedad, $X^2(2, N=82) = 1.55, p=0.46$ y nivel de depresión $X^2(2, N=82) = 5.05, p=0.08$.

En tercer lugar, para explorar la existencia de diferencias significativas entre el grupo de pacientes oncológicos y el grupo control en las variables dependientes de estudio, se realizaron análisis de varianza factorial multivariante introduciendo covariables sociodemográficas de sexo, edad y NSE. Ninguna de las covariables presentó una influencia significativa sobre las variables dependientes, exceptuando la covariable sexo para EN y EP ($F_{(1)}=7.17; p<.05$; $F_{(1)}=11.7; p<.05$, respectivamente). Sin embargo, al comparar con un ANOVA sin el control de estas variables, se observa que su influencia no modifica los efectos del factor diagnóstico de cáncer sobre las mismas. En síntesis, el diagnóstico de cáncer resultó un factor con efecto significativo para la SEE ($F_{(1)}=3.67; p<.05$) (*Eta cuadrado parcial*=.046). Las comparaciones de medias permiten observar que los pacientes diagnosticados de cáncer utilizan en mayor

frecuencia la SEE que el grupo control. No se observó un efecto significativo del diagnóstico de cáncer sobre las variables RC ($F_{(1)}=0.10$; $p=.74$) (*Eta cuadrado parcial*=.001).

Finalmente y en cuarto lugar, para explorar si la utilización de las estrategias de regulación emocional RC y SEE guardaban relación con la presencia de indicadores de ansiedad y depresión en cada uno de los grupos se realizaron pruebas de correlación parcial controlando las variables sociodemográficas anteriores. Para el grupo control se observa la existencia de una asociación negativa significativa entre la RC y la presencia de indicadores de ansiedad ($r= -.40$; $p<.05$) y depresión ($r= -.36$; $p<.05$). Para el grupo de pacientes oncológicos, se observa una relación negativa entre la RC y la presencia de indicadores de depresión, aunque dicha relación no llega a alcanzar la significación estadística ($r= -.31$; $p=.06$).

 Insertar Tabla 2. aproximadamente aquí.

Discusión

El objetivo de este trabajo fue indagar y comparar la frecuencia de uso de la RC y la SEE en un grupo de pacientes diagnosticados con cáncer y en una muestra de no pacientes tomados como grupo control, así como explorar la relación de estas variables con la presencia de indicadores de ansiedad y depresión. Respecto de la RC, no se observó un efecto significativo del diagnóstico de cáncer. Sí observamos una tendencia en las medias, en el sentido, de que los pacientes oncológicos poseen medias más altas de frecuencia de uso de esta estrategia pero estas diferencias no alcanzan la significación estadística. Otros estudios han reportado que durante la fase de tratamiento u hospitalización la frecuencia de uso de esta estrategia disminuye debido a la dificultad que podría conllevar interpretar de forma más positiva las complicaciones médicas (del Valle, González-Tablas, & Díez, 2003); en tanto otros estudios han encontrado que dicha frecuencia aumenta como una forma de obtener mayor control sobre la situación estresante (Fife, et al. 2000; Rodrigue, Boggs, Weiner & Behen, 1993). Otras investigaciones han reportado la ausencia de diferencias significativas para la frecuencia de uso de esta estrategia entre el grupo de pacientes y el grupo control (Sebastián, León & Hospital, 2009) en un sentido similar al nuestro.

Por otro lado, al interior de cada uno de los grupos, la RC es utilizada por ambos grupos en mayor medida que la SEE. Otros estudios (Gaviria, Vinaccia, Riveros, et al., 2007) reportan resultados semejantes cuando evalúan a pacientes oncológicos con diferentes diagnósticos durante el tratamiento quimioterapéutico y observan que una de las estrategias más utilizadas es la reinterpretación positiva y la menor utilizada la expresión emocional abierta. En este punto, nuestros resultados estarían en la misma dirección. Sin embargo, el mismo patrón de resultados puede observarse, como se mencionó, en el grupo control de nuestro estudio; por lo que resta explorar si se trata o no de un patrón característico. Nuestros resultados muestran ausencia de diferencias significativas en la frecuencia de uso de la RC entre el grupo de pacientes oncológicos durante el tratamiento quimioterapéutico y un grupo de personas sin diagnóstico tomadas como control aunque sí muestran una tendencia de medias superiores para el grupo clínico.

Respecto de la expresión emocional, el diagnóstico de cáncer posee un efecto sobre la SEE. Los pacientes oncológicos utilizan más esta estrategia de regulación emocional que el grupo control. Los resultados de numerosos estudios indican que la inhibición de la expresión emocional en general guarda relación con el comienzo y progreso de la enfermedad de cáncer (Grossarth-Maticek, Kanazir, Schmidt, & Vetter, 1982). Nuestros resultados están en consonancia con estos estudios, en el sentido que mostraron una asociación significativa entre la SEE y el grupo de pacientes diagnosticados de cáncer durante su tratamiento oncológico. La interpretación de nuestros resultados sin embargo, debe considerar que el grupo de pacientes oncológicos presenta una media de entre un año y un año y medio desde que recibieron la noticia de su diagnóstico y realización de tratamiento de quimioterapia al momento de la evaluación, lo cual –como ya se ha reportado en la literatura- afecta a la calidad de vida de los pacientes y a sus estilos de afrontamiento particulares (Fernández-Ballesteros, Zamarron, Ruiz, et al., 1997). Debido a esto, las conclusiones que podemos extraer en relación a esta asociación encontrada son moderadas. Por un lado, se ha reportado la existencia de ciertos rasgos de personalidad que se agrupan en un patrón que se caracteriza por la tendencia a inhibir intencionadamente la expresión de emociones negativas tales como la ansiedad, agresividad e ira y a expresar de manera acentuada emociones y conductas consideradas positivas y deseables socialmente. Este patrón se ha asociado con un mayor riesgo y evolución del cáncer (MacCaffery & Beebe, 1989). No obstante, debe considerarse que la tendencia a la inhibición de la expresión negativa es un aspecto socialmente valorado del comportamiento donde las reglas culturales generalmente promueven la expresión positiva y restringen la expresión negativa

(Wallbott & Scherer, 1989). Por otro lado, el anoticiarse de un diagnóstico de cáncer, puede en sí mismo influir en la capacidad de reconocer y expresar las emociones (Servaes, Vingerhoets, Vreugdenhil, *et al.* 1999).

Con respecto a las relaciones entre las estrategias de regulación emocional y la presencia de síntomas de ansiedad y depresión, nuestros resultados mostraron relaciones negativas y significativas entre la RC y la ansiedad y depresión para el grupo control y una tendencia de relación negativa que no alcanza la significación estadística por poco entre la RC y la depresión en los pacientes oncológicos. Como se ha mencionado, el uso frecuente de la reevaluación cognitiva en población no clínica se ha relacionado con una mayor capacidad de reparación del ánimo (Salovey, Mayer, Golman, Turvey, & Palfai, 1995), de experimentar emociones positivas, satisfacción vital y autoestima; y con una reducción en la experiencia de emociones negativas (Gross & John, 2002, 2003; John y Gross, 2007) y en la presencia de síntomas depresivos (John y Gross, 2004); así como una forma de ayudar al manejo de situaciones estresantes como complicaciones médicas en pacientes oncológicos (Fife, *et al.* 2000; Rodrigue, Boggs, Weiner & Behen, 1993). En este sentido, las relaciones negativas encontradas con indicadores de depresión y ansiedad en el grupo control y una tendencia marcada entre RC y depresión en el grupo clínico están en consonancia con los resultados de estas investigaciones. Podríamos suponer que la RC se constituye en un factor protector de la ansiedad y depresión incluso cuando las personas están atravesando una situación altamente estresante como es el diagnóstico y tratamiento de un cáncer. Sin embargo, esta última relación debería explorarse con muestras mayores a la nuestra para posibilitar confirmación o no de esta tendencia y la generalización de los resultados.

En síntesis, de acuerdo a los objetivos del presente trabajo hemos hallado diferencias significativas en la frecuencia de uso de la SEE, en el sentido de que los pacientes oncológicos utilizaron más esta estrategia de regulación emocional que el grupo control. Por otro lado, los participantes no se diferenciaron significativamente en cuanto a la frecuencia de uso de la RC, si bien el grupo de pacientes oncológicos presentó medias mayores que el grupo control estas diferencias no resultaron significativas en términos estadísticos. Finalmente, se observó una relación negativa y significativa entre la RC y los indicadores de ansiedad y depresión en el grupo control y una tendencia de relación que no alcanza la significación estadística entre la RC y la depresión en los pacientes oncológicos.

Una limitación de nuestro trabajo es la no consideración de diferencias específicas entre tipos de emociones, reduciendo la clasificación a categorías generales como emociones positivas y emociones

negativas. Otra limitación, es la consideración de múltiples diagnósticos de cáncer en el mismo grupo clínico y finalmente, no se establece una comparación de la frecuencia de uso de las estrategias de regulación emocional entre el momento anterior a recibir el diagnóstico y los momentos posteriores de tratamiento, reduciendo las posibilidades de interpretación de nuestros resultados. Futuras investigaciones deberían responder cuál es el rol que las estrategias de regulación emocional juegan en el desarrollo de una enfermedad de tipo canceroso o si por el contrario, es el cáncer el que posee un rol facilitador para el desarrollo de formas específicas de regulación emocional. Se espera que el presente estudio contribuya al conocimiento sobre los estilos de regulación en pacientes oncológicos y a su relación con variables de ansiedad y depresión y pueda favorecer el posible diseño futuro y validación de tratamientos y/o intervenciones preventivas en el campo de la salud física y mental.

Referencias

- Anarte-Ortiz, M. T.; Esteve-Zarazaga, R.; Ramírez-Maestre, C.; López-Martínez, A. E. & Amorós-Vicario, F. J. (2001) Adaptación al castellano de la escala Courtauld de control emocional en pacientes con cáncer. *Psicothema*, 13(4), 636-642.
- Bageley, C. (1979). Control of the emotions, remote stress, and the emergence of breast cancer. *Indian Journal of Clinical Psychology*. 6, 213–220.
- Bleiker, E. M. A. & Van Der Ploeg, H. M. (1999). Psychosocial factors in the etiology of breast cancer: Review of a popular link. *Patient Education and Counseling*, 37, 201–214.
- Cano-Vindel, A. & Miguel-Tobal, J. J. (1999). Valoración, afrontamiento y ansiedad. *Ansiedad Estrés*. 5 (2-3), 129-43.
- Cardenal-Hernández, V. (2001). Estilos psicológicos y enfermedad física: variables psicosociales-el estilo de evitación emocional y su influencia en el cáncer. *Escritos de Psicología*, 5, 36-52.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S.D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F. L. y Kimberley, C. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.
- Cole, P. M., Martin, S. E. & Dennis, T. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development*, 75, 317-333.
- del Valle, C., González-Tablas, M. del M., & Díez, M. Á. (2003). Estudio de las estrategias de afrontamiento a través de las diferentes fases del proceso de Trasplante de Médula Ósea Autólogo. *Psicología Conductual*, 11(2), 293-306.
- Denegri, U. K. (2006). Efecto del número de opciones de respuesta sobre las propiedades psicométricas de los cuestionarios de personalidad. *Programa de Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud. Tesis Empírica*, Universidad de Barcelona, Barcelona.
- Derogatis, L., Abeloff, M. & Melisaratos, N. (1979). Psychological coping mechanisms to breast cancer and survival time in metastatic breast cancer. *Journal of the American Medical Association*, 242, 1505 – 1508.
- Fernández-Ballesteros, R.; Zamarron, M.; Ruiz, M.; Sebastian, J. & Spielberger, C. (1997). Assessing emotional expression: Spanish adaptation of the rationality/emotional defensiveness scale. *Journal of Personality and Individual Differences*, 22 (5), 719-729.
- Fife, B.L., Huster, G.A., Cornetta, K. G., Kennedy, V. N., Akard, L. P., & Broun, E.R. (2000). Longitudinal study of adaptation to the stress of bone marrow transplantation. *Journal of Clinical Oncology*, 18, 1539-1549.

- Garber, J. & Dodge, K. A. (Eds.) (1991). *The development of emotion regulation and dysregulation*. New York: Cambridge University Press.
- Garsen, B. & Goodkin, K. (1999). On the role of immunological factors as mediators between psychological factors and cancer progression. *Psychiatry Research*, 85, 51–61.
- Gaviria, A. M., Vinaccia, S., Riveros, M. F., & Quiceno, J. M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, 20, 50-75.
- Gaviria, A. M., Vinaccia, S.; Riveros, M. F. & Quiceno, J. M (2007) Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, 20, 50-75.
- Giese-Davis, J. & Spiegel, D. (2003) Emotional expression and cancer progression. En R. J. Davison, K. R. Scherer & H. H. Goldsmith (Eds), *Handbook of affective sciences* (pp. 1053–1082). Oxford: Oxford University.
- Goldsmith H.H. & Davidson, R. J. (2004). Disambiguating the components of emotion regulation. *Child Development*; 75, 361-365.
- Graves, K. D.; Schmidt, J. E.; Bollmer, J.; Fejfar, M.; Langer, S.; Blonder, L. X. & Andrykowski, M. A. (2005). Emotional expression and emotional recognition in breast cancer survivors: A controlled comparison. *Psychology and Health*, 20 (5), 579- 595.
- Greer, S. & Morris, T. (1975). Psychological attributes of women who develop breast cancer: a controlled study. *Journal of Psychosomatic*. 19, 147- 153.
- Gross, J. J. & John, O. P. (1998). Mapping the domain of emotional expressivity: Multi-method evidence for a hierarchical model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 170-191.
- Gross, J. J. & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotional regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
- Gross, J. J. (1998a). Antecedent- and response- focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224-237.
- Gross, J. J. (1998b). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Gross, J. J. (2000). The Berkeley Expressivity Questionnaire. En J. Maltby, C.A. Lewis, & A.P. Hill (Eds.), *Commissioned reviews on 300 psychological tests* (pp. 465-467). Lampeter, Wales: Edwin Mellen Press.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291

- Gross, J. J. Y John, O. P. (2002). Wise emotion regulation. En L. F. Barrett y P. Salovey (Eds.) *The wisdom in feeling: Psychological process in emotional intelligence* (pp. 297-319). New York, NY: Guilford Press.
- Grossarth-Maticek, R. & Eysenck, H. J. (1990). Personality, stress and disease. Description and validation of a new inventory. *Psychological Reports*, 66, 355- 373.
- Grossarth-Maticek, R., Siegrist, J. & Vetter, H. (1982). Interpersonal repression as a predictor of cancer. *Social Science. Medicine*. 16, 493- 498.
- Herrero, M. J.; Blanch, J.; Peri, J. M.; De Pablo, J.; Pintor, L. & Buelbena, A. (2003) A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry*, 25(4), 277-283.
- Hollingshead, A.B. (1957). Two Factor Index of Social Position. New Haven. (Privately printed.)
- Hollingshead, A.B. (1975). Four Factor Index of Social Status. New Haven, CT: Unpublished manuscript, Yale University.
- Hollingshead, A. B. (2011). Four Factor Index of Social Status. *Yale Journal of Sociology*, 8, 21-51.
- John, O. P. & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life-span development. *Journal of Personality*, 72, 1301-1333.
- John, O. P. & Gross, J. J. (2007) Individual Differences in Emotion Regulation. En J. J. Gross (Ed.) *Handbook of emotion regulation*. New York: The Guilford Press.
- Lieberman, M. A. & Goldstein, B. A. (2006). Not all negative emotions are equal: the role of emotional expression in online support groups for women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 160-168.
- MacCaffery, M. & Beebe, A. (1989). *Psychological factors in the development of cancer and in the response to treatment. Pain Clinical Manual for Nursin Practice*. St. Louis: CV Mosby.
- Márquez-González, M; Izal-Fernández De Trocóniz, M.; Montorio-Cerrato, I.; Losada Baltar, A. (2008). Experiencia y regulación emocional a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital: análisis comparativo en tres grupos de edad. *Psicothema* 20, vol. 4, 616 - 622.
- McKenna, M. C., Zevon, M. A., Corn, B. & Rounds, J. (1999). Psychosocial factors and the development of breast cancer: A meta-analysis. *Health Psychology*, 18, 520–531.
- Miller, D. L., Manne, S. L., Taylor, K., Keates, J. y Dougherty, J. (1996). Psychological distress and well-being in advanced cancer: The effects of optimism and coping. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 3, 115-130.
- Moreno, P. & Jorge, A. (2006). *Cuestionario de Expresividad de Berkeley*. Versión española. Autorizado por los autores de la versión original en Inglés (Gross, 2000). Los Ángeles: Universidad de California.
- Nyklíček, I., Vingerhoets, A. & Denollet, J. (2002). Emotional (non-)expression and health: Data, questions, and challenges. *Psychology & Health*. 17, 517–528.

- Rodrigue, J.R., Boggs, S.R., Weiner, R.S., & Behen, J.M. (1993). Mood, coping style and personality functioning among adult bone marrow transplant candidates. *Psychosomatics*, 34, 159-165.
- Rodríguez-Carvajal, R.; Moreno-Jiménez, B. & Garrosa, E. (2006). *Cuestionario de Regulación Emocional*. Versión española. Autorizado por los autores de la versión original en Inglés (Gross y John, 2003). Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Rodríguez-Parra, M. J.; Esteve Zarazaga, M. R. & López-Martínez, A. E. (2000) Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. *Psicothema*, 12(3), 339-345.
- Salovey, P., Mayer, J.D., Golman, S.L., Turvey, C., & Palfai, T.P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the trait meta-mood scale. In J.W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health* (pp. 125–154). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sebastian, J., León, M., & Hospital, A. (2009). Variables psicosociales y cáncer de mama: un estudio cuasiprospectivo de la personalidad tipo C. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(3), 461-479.
- Servaes, P., Vingerhoets, A. J. J. M., Vreugdenhil, G., Keuning, J. J. & Broekhuijsen, A. M. (1999). Inhibition of emotional expression in breast cancer patients. *Behavioral Medicine*, 25, 23–28.
- Silva, C. J. (2005). Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia. *Revista chilena neuro-psiquiatria*, 43 (3), 201-209.
- Sirgo, A., Díaz-Ovejero, M., Cano-Vindel, A. & Pérez-Manga, G. (2001). Ansiedad, ira y depresión en mujeres con cáncer de mama. *Ansiedad y Estrés*, 7 (2- 3), 259-271.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S. y Huggins, M. E. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*, 11, 93- 102.
- Taylor, P.; Abrams, D. & Hewstone, M. (1988). Cancer, stress and personality: A correlational investigation of life-sensitization and locus of control. *British Journal of Medical Psychological*, 61, 179-183.
- Temoshok, L. (1985). Biopsychosocial studies on cutaneous malignant melanoma: psychosocial factors associated with prognostic indicators, progression psychophysiology, and tumor-host response. *Social Science Medicine*. 20, 833- 840.
- Thomas, S. F. y Marks, D. F. (1995). The measurement of coping in breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 4, 231-237.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. En N. A. Fox (Eds.) *The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations. Monographs of the Society for Research in Child Development* (Vol. 59, pp. 25-52).
- Vinaccia, S., Arango, C., Cano, E., Tobón, S., Moreno, E. & López, A.E. (2006). Evaluación del patrón de conducta tipo C y su relación con la cognición hacia la enfermedad en pacientes colostomizados con diagnóstico de cáncer colorrectal. *Universitas Psychologica*, 5, 575-583.

- Wallbott, H. G. & Scherer, K. R. (1989). Assessing emotion by questionnaire. En R. Plutchik y H. Kellerman (eds.): *Emotion. Theory, Research, and Experience. Volume 4: The Measurement of Emotions* (pp. 55- 82). San Diego, California: Academic Press.
- Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Tabla 1.

Estadísticos descriptivos de cada una de las variables bajo estudio en ambas muestras.

		N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Pacientes oncológicos	RC		1,83	5,00	3,75	,71
	SEE		1,00	4,25	2,80	,81
	Ansiedad	38	,00	20,00	7,94	4,16
	Depresión		,00	14,00	4,71	3,88
Grupo control	RC	44	2,67	5,00	3,68	,58
	SEE		1,00	4,50	2,40	,75
	Ansiedad		1,00	14,00	7,70	3,30
	Depresión		,00	10,00	3,61	2,75

Tabla 2.

Correlaciones parciales entre RC, SEE y Ansiedad y Depresión controlando variables sociodemográficas.

Grupo	VARIABLES DE CONTROL		Ansiedad	Depresión	
Pacientes Oncológicos	Edad, Sexo y NSE	RC	Correlación <i>Sig (bilateral)</i>	-,192 ,269	-,314 ,066
		SEE	Correlación <i>Sig (bilateral)</i>	,263 ,126	,230 ,185
Grupo Control		RC	Correlación <i>Sig (bilateral)</i>	-,428* ,005	-,387* ,012
		SEE	Correlación <i>Sig (bilateral)</i>	-,128 ,425	-,144 ,368