



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Inteligencia Emocional y Optimismo en pacientes
con cáncer y sus parejas:**

**Relación con la calidad de vida de la persona
enferma, calidad de la relación, nivel de
sobrecarga en la pareja y diferencias de género**

D.^a Ana Isabel Peinado Portero

2015

A Rafa y Eva

Por iluminar y dar sentido a cada amanecer

AGRADECIMIENTOS

En Psicología Positiva se dice que una de las habilidades básicas para mantener una buena satisfacción vital, bienestar emocional y calidad de vida es el agradecimiento. En palabras del propio Seligman “la felicidad auténtica tiene que ver con vivir una vida de agradecimiento”. En mi propósito de aplicar aquello que explico, este apartado es para mí uno de los más importantes de este trabajo. Porque realmente son muchas las personas a las que dar las gracias desde lo más profundo de mi alma por haber contribuido a hacer este sueño realidad.

A la Dra. Almudena Ros Martínez. La posibilidad de vivir tan de cerca tu Tesis Doctoral me permitió romper los bloqueos que me habían impedido comenzar este trabajo. Tus palabras de ánimo a que iniciara este proceso fueron el empuje inicial que necesitaba. Me ayudaste a creer en mi misma y en la posibilidad de cumplir mi sueño.

A Lorena Miñarro García. Tu colaboración para el contacto con Hospitales fue fundamental. Sin ti esta Tesis no hubiera sido posible. Gracias por tu predisposición constante. La psicología tiene un gran futuro con profesionales como tú.

A los Hospitales y Unidades Oncológicas que han colaborado en esta investigación. Al Dr. Ayala del Hospital Morales Meseguer, a la Dra. Martínez Lozano del Servicio de Oncología del Hospital La Vega, al Dr. Moraleda, Jefe del Servicio de Hematología y al Dr. Alonso, Jefe del Servicio de Oncología Médica del Hospital Virgen de la Arrixaca, a la psicooncóloga Dña. Eva Avilés Alcántara, por su colaboración. Y al Dr. Monserrat por su cercanía, amabilidad y sencillez. Jorge, sabes lo importante que fuiste para nosotros. Sin tus consejos, tu apoyo y tu atención todo hubiera sido más difícil. Ojalá hubieras podido estar más cerca en los últimos días. Siempre te estaré inmensamente agradecida.

Gracias en especial a todos los enfermos de cáncer y sus parejas que han colaborado en este estudio.

A Juan José López García por encontrar tiempo en donde no había, por tus recomendaciones, tu predisposición, tu amabilidad y tus mensajes de ánimo.

A Enrique Javier Garcés de los Fayos, por tu valentía en aceptar este proyecto tan alejado de tu línea profesional y tan cercano a tu corazón. Simplemente el hecho de involucrarte en una investigación sobre el cáncer y las relaciones de pareja, refleja lo grande que eres. Esta tesis no solo la has dirigido, la has “capitaneado”. El mejor capitán no es el que sólo te deja navegar con el viento a favor, sino quien te enseña a navegar en la tormenta e incluso quien está en el origen de las tormentas porque sin duda alguna es la mejor forma de aprender. No soy la misma persona que subió al barco cuando empezamos este proyecto. Estos años me han permitido crecer, madurar, conocer mis luces y mis sombras. La palabra “gracias” se queda corta. Y también te debo algún “lo siento”. Pero sobre todo, te debo una gran parte de lo que soy ahora. El agradecimiento es infinito.

A Antonio Borreguero, porque sin tí la vida no sería lo mismo. Gracias por estar siempre, gracias por hacerme reír, por ayudarme en los malos momentos, por encargarte de la comida, las pizzas y el café, por tu compañía, por tus consejos, por tu forma de ver la vida, gracias por compartir esta forma de valorar el trabajo como una forma de vida, gracias por enseñarme que la amistad es una forma de amor incondicional. Gracias por ser mi mejor amigo.

A mis padres y mi hermano. Sois los mejores abuelos y el mejor tío del mundo. Gracias por hacerlos cargo de todo cuando no estoy, por dedicaros tanto a los niños y por apoyarme siempre. Sin vosotros no sería posible.

A mis hijos Marta y Miguel Medina Peinado. Gracias por elegirme para ser vuestra madre. Todo, la vida, tiene sentido porque vosotros estáis aquí. Espero que algún día estéis tan orgullosos de mí como yo lo estoy de vosotros. A pesar de las ausencias siempre lográis que todo sea muy sencillo. Somos un equipo, el mejor equipo del mundo.

Y por supuesto y sobre todo a ti, Rafa. Te quiero.

CONTENIDO

MARCO TEÓRICO.....	18
CAPÍTULO 1: <i>Cáncer</i>	19
1.1 INTRODUCCIÓN	20
1.2 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CÁNCER.....	21
1.3 DEFINICIÓN DE CÁNCER.....	25
1.4 TIPOS DE CÁNCER	26
1.5 CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO	28
1.6 MORTALIDAD DEL CÁNCER.....	31
1.7 PREVALENCIA	33
1.8 INCIDENCIA.....	34
1.9 FASES DE LA ENFERMEDAD.....	34
1.10 RECIDIVA.....	39
1.11 REMISIÓN	41
1.12 TRATAMIENTOS.....	42
1.12.1 CIRUGÍA.....	42
1.12.2 RADIOTERAPIA.....	42
1.12.3 QUIMIOTERAPIA	43
1.12.4 OTROS TRATAMIENTOS	43
Capítulo 2: <i>Calidad de Vida en los pacientes con cáncer</i>	45
2.1 INTRODUCCIÓN	46
2.2 LA CALIDAD DE VIDA.....	47
2.2.1 CONCEPTO DE “CALIDAD DE VIDA”.....	47
2.2.2 LA CALIDAD DE VIDA EN LA PERSONA ENFERMA DE CÁNCER.....	49
2.2.3 DESPUÉS DEL CÁNCER.....	68
2.2.4 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....	70

Capítulo 3: <i>El Amor y la Calidad de la Relación de Pareja</i>	74
3.1 INTRODUCCIÓN	75
3.2 DEFINICIÓN DEL AMOR.....	76
3.3 FASES EN EL AMOR.....	77
3.4 EL AMOR A LO LARGO DE LA HISTORIA	80
3.5 BIOQUÍMICA DEL AMOR.....	82
3.6 LA SOCIOLOGÍA DEL AMOR.....	87
3.7 LA PSICOLOGÍA DEL AMOR: TEORÍAS PSICOLÓGICAS	91
3.7.1 TEORÍA PSICOANALÍTICA	91
3.7.2 TEORÍA HUMANISTA	92
3.7.3 TEORÍA CONDUCTUAL.....	93
3.7.4 TEORÍA COGNITIVO CONDUCTUAL	94
3.7.5 TEORÍA TRIANGULAR DEL AMOR DE STENBERG.....	96
3.7.6 TEORÍA DEL APEGO.....	99
3.7.7 OTRAS TEORÍAS PSICOLÓGICAS SOBRE EL AMOR.....	102
3.8 SATISFACCIÓN CON LA RELACIÓN DE PAREJA	104
3.9 ESCALAS PARA LA MEDICIÓN DE LAS RELACIONES DE PAREJA	111
3.9.1 ESCALA DE AJUSTE DIÁDICO. DAS (SPANIER, 1976).....	111
3.9.2 ESCALA DE VALORACIÓN DE LA RELACION. RELATIONSHIP ASSESSMENT SCALE, RAS (HENDRICK, 1988)	112
3.9.3 INVENTARIO MULTIFACÉTICO DE LA SATISFACCIÓN MARITAL (IMSM) DE CORTÉS ET AL. (1994).....	112
3.9.4 ESCALA TRIANGULAR (STENBERG, 1988).....	112
3.9.5 ÍNDICE DE SATISFACCIÓN MARITAL (HUDSON, 1992).....	113
3.9.6 ESCALA DEL AMOR (RUBIN, 1973)	113
Capítulo 4: <i>Sobrecarga del Cuidador</i>	115
4.1 INTRODUCCION	116
4.2 DESARROLLO DEL CONCEPTO DE BURNOUT	117
4.3 VARIABLES RELACIONADAS	122
4.3.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	122

4.3.2	CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD	123
4.4	INSTRUMENTOS DE MEDIDA.....	126
4.5	BURNOUT, ESTRÉS Y DEPRESIÓN.....	130
4.6	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO. ENGAGEMENT.....	131
4.6.1	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO: COPING	131
4.6.2	ENGAGEMENT.....	134
4.7	BURNOUT: SÍNDROME DEL ASISTENTE DESASISTIDO	137
Capítulo 5: <i>Psicología Positiva y Optimismo</i>		142
5.1	INTRODUCCIÓN	143
5.2	PSICOLOGÍA POSITIVA	144
5.3	ELEMENTOS DE BIENESTAR EMOCIONAL	147
5.3.1	EMOCIONES POSITIVAS.....	147
5.3.2	ENTREGA Y EXPERIENCIA DE FLUJO	147
5.3.3	EL SENTIDO Y EL PROPÓSITO DE LA VIDA	148
5.3.4	RELACIONES INTERPERSONALES POSITIVAS.....	149
5.3.5	LOGROS	149
5.3.6	RASGOS PERSONALES POSITIVOS.....	150
5.4	FORTALEZAS PERSONALES	153
5.5	PSICOLOGÍA POSITIVA Y CANCER.....	157
Capítulo 6: <i>Inteligencia Emocional</i>		162
6.1	INTRODUCCIÓN	163
6.2	INTELIGENCIA EMOCIONAL	164
6.2.1	INTELIGENCIA	164
6.2.2	EMOCIONES.....	167
6.2.3	INTELIGENCIA EMOCIONAL.....	182
ESTUDIO EMPÍRICO.....		206
7	OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	207
7.1	OBJETIVOS Y FINALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	207
7.2	HIPÓTESIS.....	208

8	MÉTODO	220
8.1	MUESTRA.....	220
8.2	INSTRUMENTOS Y VARIABLES DE ESTUDIO	223
8.2.1	CUESTIONARIO DE RECOGIDA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	223
8.2.2	ESCALA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL AUTOINFORMADA (TMMS-24) DE FERNÁNDEZ-BERROCAL Y COLS., (2004).....	224
8.2.3	TEST DE OPTIMISMO: LIFE ORIENTATION TEST.....	226
8.2.4	ESCALA DE AJUSTE DIÁDICO (EAD-13) VERSIÓN BREVE (SPANIER, 1976)	227
8.2.5	ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT (1983).....	227
8.2.6	CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA PARA CÁNCER (QLQ-C30) DE LA EORT (EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER). AARONSON Y COLS. (1993) Y SPRANGERS, CULL, BJORDAL, GROENVOLD, Y AARONSON (1993).....	228
8.3	PROCEDIMIENTO.....	229
9	TIPO DE DISEÑO	230
10	RESULTADOS	231
10.1	INTRODUCCIÓN	231
10.2	ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA	231
10.2.1	NIVEL DE ESTUDIOS Y SITUACION LABORAL	231
10.2.2	VARIABLES RELACIONADAS CON LA ENFERMEDAD	233
10.2.3	TIEMPO DE RELACIÓN Y NÚMERO DE HIJOS.....	235
10.2.4	DIMENSIONES OBJETO DE ESTUDIO	236
10.3	ANÁLISIS DE LAS HIPOTESIS.....	240
11	DISCUSIÓN	274
11.1	FACTORES DE PREDICCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE DE CÁNCER	276
11.2	FACTORES DE PREDICCIÓN DE LA SOBRECARGA DE LA PAREJA	278
11.3	INTELIGENCIA EMOCIONAL COMO PREDICTOR DE LA CALIDAD DE LA RELACIÓN DE PAREJA	281
11.4	RELACIÓN PACIENTE-PAREJA EN IE, OPTIMISMO Y CALIDAD DE LA RELACIÓN	282
11.5	DIFERENCIAS ENTRE LAS PUNTUACIONES DE HOMBRES Y MUJERES	284

12 CONCLUSIONES	289
12.1 PRINCIPALES APORTACIONES	293
12.2 LIMITACIONES DEL ESTUDIO	295
12.3 FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	296
REFERENCIAS	298
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	299
REFERENCIAS DE ILUSTRACIONES	367

INDICE DE TABLAS

TABLA 1 CUADRO RESUMEN DE LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CÁNCER.....	24
TABLA 2 TIPOS DE CÁNCER Y MODO DE EXPOSICIÓN DE AGENTES QUÍMICOS	28
TABLA 3 Nº DE FALLECIMIENTOS EN ESPAÑA DURANTE EL AÑO 2012.....	32
TABLA 4 COMPARATIVA ENTRE LAS FASES ESPECÍFICAS DEL CÁNCER DE PULMÓN Y EL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN TNM	38
TABLA 5 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN POR TIPOS DE CÁNCER.....	39
TABLA 6 PRINCIPALES CUESTIONARIOS DE CV ESPECÍFICOS PARA EL CÁNCER. ADAPTADO DE MARTIN-ORTIN ET AL. (2005).....	71
TABLA 7 RELACIÓN ENTRE FASES DEL ENAMORAMIENTO, HORMONAS PREDOMINANTES Y EMOCIÓN	85
TABLA 8 CUADRO RESUMEN TEORÍAS SOCIOLOGICAS DEL AMOR.....	89
TABLA 9 PRINCIPALES DEFINICIONES SOBRE SATISFACCIÓN DE PAREJA	107
TABLA 10 RESUMEN CRONOLÓGICO DE LAS PRINCIPALES APORTACIONES A LA DEFINICIÓN DE BURNOUT	120
TABLA 11 CORRELACIONES ENTRE CINCO GRANDES Y FACTORES DE BURNOUT	124
TABLA 12 RESUMEN CRONOLÓGICO DE LOS PRINCIPALES CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN DEL BURNOUT	127
TABLA 13 EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE INTELIGENCIA EN SUS PRINCIPALES TEORÍAS DURANTE EL S. XX.....	165
TABLA 14 MODIFICACIÓN PROPIA AL ESQUEMA DE CHOLIZ	173
TABLA 15 CUADRO RESUMEN DE LAS PRINCIPALES CORRIENTES DE PENSAMIENTO SOBRE LAS EMOCIONES.....	174
TABLA 16 ORIGEN, RESPUESTA FISIOLÓGICA Y CONSECUENCIA CONDUCTUAL DE LAS EMOCIONES BÁSICAS	177
TABLA 17 RELACIÓN ENTRE EMOCIONES (PLUTCHIK, 2000).....	180
TABLA 18 CUADRO RESUMEN DE LOS PRINCIPALES MODELOS DE IE.....	197

TABLA 19 RESUMEN DE LOS PRINCIPALES INSTRUMENTOS DE MEDICION DE LA IE	205
TABLA 20 RELACIÓN ENTRE OBJETIVOS E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO	208
TABLA 21 RELACIONES ENCONTRADAS ENTRE LOS FACTORES DE IE Y BURNOUT	213
TABLA 22 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA.....	221
TABLA 23 EDAD DEL ENFERMO Y DE LA PAREJA	222
TABLA 24 VARIABLES RELACIONADAS CON LA ENFERMEDAD.....	234
TABLA 25 TIEMPO DE RELACIÓN Y NÚMERO DE HIJOS.....	235
TABLA 26 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS COMPARTIDAS ENTRE EL ENFERMO Y SU PAREJA	235
TABLA 27 ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS TMMS-24.....	236
TABLA 28 ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS EAD ENFERMOS.....	237
TABLA 29 ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS LOT-R ENFERMOS	238
TABLA 30 ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS EORTC ENFERMOS	238
TABLA 31 ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS ZARIT PAREJAS	239
TABLA 32 RESUMEN DE HIPÓTESIS.....	240
TABLA 33 MODELO DE REGRESIÓN HIPÓTESIS 1	242
TABLA 34 ANALISIS DE VARIANZA DE LOS FACTORES DE IE SOBRE CALIDAD DE VIDA DEL ENFERMO.....	242
TABLA 35 COEFICIENTES DEL MODELO DE REGRESIÓN DE LOS TRES FACTORES DE IE SOBRE LA CALIDAD DE VIDA	243
TABLA 36 MODELO DE REGRESIÓN HIPÓTESIS 2.....	244
TABLA 37 ANALISIS DE VARIANZA DE LOS FACTORES DE IE SOBRE CALIDAD DE VIDA DEL ENFERMO.....	244
TABLA 38 COEFICIENTES DEL MODELO DE REGRESION DE LOS TRES FACTORES DE IE SOBRE LA CALIDAD DE VIDA	245
TABLA 39 MODELO DE REGRESIÓN HIPÓTESIS 3.....	246

TABLA 40 ANALISIS DE VARIANZA DEL OPTIMISMO DE LA PAREJA SOBRE CALIDAD DE VIDA DEL ENFERMO	246
TABLA 41 COEFICIENTES DEL MODELO DE REGRESION DEL OPTIMISMO DE LA PAREJA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA	247
TABLA 42 MODELO DE REGRESIÓN HIPÓTESIS 4.....	248
TABLA 43 ANALISIS DE VARIANZA DE LA IE DE LA PAREJA SOBRE LA CALIDAD DE LA RELACIÓN DE PAREJA	248
TABLA 44 COEFICIENTES DEL MODELO DE REGRESION DE LA CALIDAD DE LA RELACIÓN DE PAREJA DEL ENFERMO SOBRE SU CALIDAD DE VIDA.....	249
TABLA 45 MODELO DE REGRESIÓN HIPÓTESIS 5.....	250
TABLA 46 ANALISIS DE VARIANZA DE LA SOBRECARGA DE LA PAREJA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DEL ENFERMO	250
TABLA 47 COEFICIENTES DEL MODELO DE REGRESION DE LA SOBRECARGA DE LA PAREJA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DEL ENFERMO	251
TABLA 48 MODELO DE REGRESIÓN HIPÓTESIS 6.....	251
TABLA 49 ANALISIS DE VARIANZA DE LA IE DE LA PAREJA SOBRE SU NIVEL DE SOBRECARGA.	252
TABLA 50 COEFICIENTES DEL MODELO DE REGRESION LA IE DE LA PAREJA SOBRE SU NIVEL DE SOBRECARGA	253
TABLA 51 MODELO DE REGRESIÓN HIPÓTESIS 7.....	254
TABLA 52 ANALISIS DE VARIANZA DEL OPTIMISMO DE LA PAREJA SOBRE SU NIVEL DE SOBRECARGA	254
TABLA 53 COEFICIENTES DEL MODELO DE REGRESION DEL OPTIMISMO DE LA PAREJA SOBRE SU NIVEL DE SOBRECARGA.....	255
TABLA 54 MODELO DE REGRESIÓN HIPÓTESIS 8.....	255
TABLA 55 ANALISIS DE VARIANZA DE LA SOBRECARGA DE LA PAREJA SOBRE SU PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LA RELACIÓN	256
TABLA 56 COEFICIENTES DEL MODELO DE REGRESION DE LA SOBRECARGA DE LA PAREJA SOBRE SU PERCEPCIÓN EN LA CALIDAD DE LA RELACIÓN.....	257
TABLA 57 MODELO DE REGRESIÓN HIPÓTESIS 9.....	257

TABLA 58 ANALISIS DE VARIANZA DE LA IE DEL ENFERMO SOBRE LA CALIDAD DE LA RELACIÓN DE PAREJA	258
TABLA 59 COEFICIENTES DEL MODELO DE REGRESION LA IE DEL ENFERMO SOBRE SU PERCEPCIÓN EN LA CALIDAD DE LA RELACIÓN DE PAREJA	259
TABLA 60 MODELO DE REGRESIÓN HIPÓTESIS 10	260
TABLA 61 ANALISIS DE VARIANZA DE LA IE DE LA PAREJA SOBRE LA CALIDAD DE LA RELACIÓN DE PAREJA	260
TABLA 62 COEFICIENTES DEL MODELO DE REGRESION LA IE DE LA PAREJA SOBRE SU PERCEPCIÓN EN LA CALIDAD DE LA RELACIÓN DE PAREJA	261
TABLA 63 CORRELACIONES ENTRE LAS PUNTUACIONES EN IE DEL ENFERMO DE CÁNCER Y SU PAREJA.....	262
TABLA 64 CORRELACIÓN ENTRE OPTIMISMO Y PESIMISMO DEL ENFERMO DE CÁNCER Y SU PAREJA.....	263
TABLA 65 CORRELACIÓN EN CALIDAD DE LA RELACIÓN DE PAREJA	264
TABLA 66 INTELIGENCIA EMOCIONAL EN FUNCION DEL SEXO	265
TABLA 67 ESTADÍSTICOS PUNTUACIONES IE POR SEXOS	266
TABLA 68 DIFERENCIAS EN IE EN FUNCIÓN DEL SEXO DE LAS PAREJAS	267
TABLA 69 ESTADÍSTICOS OPTIMISMO Y PESIMISMO POR SEXO	268
TABLA 70 OPTIMISMO Y PESIMISMO EN FUNCIÓN DEL SEXO DE LA PERSONA ENFERMA	268
TABLA 71 ESTADISTICOS OPTIMISMO Y PESIMISMO DE LA PAREJA POR SEXOS.....	269
TABLA 72 OPTIMISMO Y PESIMISMO EN FUNCIÓN DEL SEXO DE LA PERSONA ENFERMA	269
TABLA 73 CALIDAD DE LA RELACIÓN DE PAREJA EN FUNCIÓN DEL SEXO DE LA PERSONA ENFERMA.....	270
TABLA 74 DIFERENCIAS EN AJUSTE EN FUNCIÓN DEL SEXO DE LAS PAREJAS	271
TABLA 75 ESTADÍSTICOS CALIDAD DE VIDA POR SEXOS.....	272
TABLA 76 CALIDAD DE VIDA EN FUNCIÓN DEL SEXO DE LA PERSONA ENFERMA	272
TABLA 77 DIFERENCIAS EN SOBRECARGA EN FUNCIÓN DEL SEXO DE LAS PAREJAS.....	272

INDICE DE ILUSTRACIONES

ILUSTRACIÓN 1 PAPIRO DE EBERS (S. XVI A.C.).....	21
ILUSTRACIÓN 2 TUMOR DE MAMA.....	21
ILUSTRACIÓN 3 PRIMER MICROSCOPIO S. XVII.....	22
ILUSTRACIÓN 4 NOMENCLATURA SEGÚN EL TIPO DE CÁNCER.....	27
ILUSTRACIÓN 5 DISTRIBUCIÓN MUNDIAL DE TIPO DE CÁNCER MÁS FRECUENTE EN HOMBRES	30
ILUSTRACIÓN 6 DISTRIBUCIÓN MUNDIAL DE TIPO DE CÁNCER EN MUJERES	30
ILUSTRACIÓN 7 ESQUEMA MULTIFACTORIAL DE LA CALIDAD DE VIDA (TCHEKMEDYIAN ET AL. (1995)	48
ILUSTRACIÓN 8 CIRUGÍA DEL CÁNCER DEL COLON CON ANASTOMOSIS	52
ILUSTRACIÓN 9 CIRUGÍA DEL CÁNCER DE COLON CON COLOSTOMÍA.....	53
ILUSTRACIÓN 10 CIRUGÍA EN CÁNCER DE ESÓFAGO CON ESOFAGECTOMÍA.....	54
ILUSTRACIÓN 11 DIBUJOS REALIZADOS EN LA INVESTIGACIÓN DE HOOGERWERG (2012)	67
ILUSTRACIÓN 12 AMANTES DE HANSALU (800 A.C.).....	80
ILUSTRACIÓN 13 SISTEMA LÍMBICO	82
ILUSTRACIÓN 14 CENTRO DE LA RECOMPENSA	83
ILUSTRACIÓN 15 IMÁGENES DE RMN EN LA INVESTIGACIÓN DE ZEKI Y BARTELS (2004)	86
ILUSTRACIÓN 16 TEORÍA TRIANGULAR DEL AMOR DE STENBERG	99
ILUSTRACIÓN 17 TIPOS DE APEGO BARTHOLOMEW Y HOROWITZ	101
ILUSTRACIÓN 18 PROCESO DE VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN ESTRESANTE EN LA TEORÍA DEL AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS (LAZARUS Y FOLKMAN, 1986).....	131
ILUSTRACIÓN 19 CÍRCULO PREOCUPACIÓN / INFLUENCIA. COVEY (1997).....	133
ILUSTRACIÓN 20 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SU RELACIÓN CON BURNOUT Y ENGAGEMENT.....	135

ILUSTRACIÓN 21 FACTORES PREDISPONETES DEL DESARROLLO DEL BURNOUT EN CUIDADORES PRINCIPALES	139
ILUSTRACIÓN 22 MODELO DE CANAL DE FLUJO DE CSIKSZENTMIHALYI (WHALEN, 1997)	148
ILUSTRACIÓN 23 RELACIÓN ENTRE SENTIMIENTO, EMOCIÓN Y AFECTIVIDAD	168
ILUSTRACIÓN 24 ESQUEMA DE APARICIÓN DE LA EMOCIÓN SEGÚN JAMES (1884)	169
ILUSTRACIÓN 25 TEORÍA CIRCULAR DE LAS EMOCIONES DE DAMASIO (1996).....	171
ILUSTRACIÓN 26 MÁSCARAS DE TEATRO CON EXPRESION DE EMOCIONES BÁSICAS	176
ILUSTRACIÓN 27 RUEDA DE LAS EMOCIONES DE PLUTCHIK (2000)	179
ILUSTRACIÓN 28 REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL MODELO DE LAS CUATRO RAMAS DE MAYER Y SALOVEY (1997) ADAPTADO DE FERNANDEZ-BERROCAL Y EXTREMERA (2005)	191

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 N° DE FALLECIMIENTOS POR ENFERMEDADES EN ESPAÑA EN 2012	32
GRÁFICO 2 PREVALENCIA DEL CÁNCER EN MILES DE PERSONAS PARA EL PERIODO 2012-2017 (OMS)	33
GRÁFICO 3 PREVALENCIA DE CÁNCER EN ESPAÑA ESTIMADA PARA EL PERIODO 2012-2017	34
GRÁFICO 4 EVOLUCIÓN DE LA SATISFACCIÓN MARITAL.....	108
GRÁFICO 5 DISTRIBUCIÓN DEL PORCENTAJE POR NIVEL DE ESTUDIOS	232
GRÁFICO 6 DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE POR SITUACIÓN LABORAL	233

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1: *CÁNCER*

Si nada nos salva de la muerte, al menos que el amor nos salve de la vida

(Pablo Neruda)

1.1 INTRODUCCIÓN

El cáncer ya es la principal causa de muerte en muchos países desarrollados (Bray, 2012) y se sitúa como una de las causas más frecuentes de fallecimiento a nivel mundial. Según datos de la Organización Mundial de la Salud se le atribuyeron 8,2 millones de muertes en todo el mundo durante el año 2012 (el 70% de estas muertes se produjeron en África, Asia, América Central y Sudamérica). Además, la OMS prevé un aumento del 75% de los casos de cáncer en el año 2030 y un aumento de entre 14 y 22 millones de enfermos en las próximas dos décadas.

Los tipos de cáncer que más muertes causan en todo el mundo son los de pulmón, estómago, colón y mama. Existen diferencias significativas entre los tipos de cáncer que más afectan a hombres y mujeres así como en la distribución entre países desarrollados y países en vías de desarrollo. Un alto porcentaje de las muertes por cáncer se deben a factores comportamentales (como el consumo de tabaco) y por lo tanto se podrían prevenir.

El diagnóstico del cáncer es una experiencia estresante y traumática (Boinon, Charles, Dauchy y Sultan, 2011) que supone un gran impacto emocional tanto en el enfermo como en su entorno, modificando la dinámica familiar e imponiendo nuevas demandas emocionales. La afectación emocional tanto del enfermo como de su familia dependerá, entre otros factores, del tipo de cáncer, la fase en la que ha sido diagnosticado, el tipo de tratamiento al que será sometido, etc.

Por estos motivos queremos centrar este primer capítulo en realizar un repaso sobre la evolución que el concepto de cáncer ha tenido a lo largo de la Historia, conocer qué es el cáncer y cuáles son sus tipos y fases, los mecanismos de diagnóstico y tratamiento, así como los datos de prevalencia, incidencia y mortalidad de la enfermedad, tanto a nivel mundial como en España.

1.2 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CÁNCER

Las primeras descripciones de cáncer en la Historia las encontramos en el antiguo Egipto, en concreto en el Pergamino de Smith, que data de la Dinastía XVII (1650 ac-1550 a.C.) y en el Papiro de Ebers (S. XVI a.C.) donde aparece una descripción del cáncer de mama y de su tratamiento mediante cauterización aunque constataba que era incurable.



ILUSTRACIÓN 1 PAPIRO DE EBERS
(S. XVI A.C.)

Etimológicamente la palabra “cáncer” proviene del término griego Kankros (καρκίνος,) que significa *cangrejo*. Este término fue utilizado por primera vez por Hipócrates (460 a. c - 370 a. c.) por la forma en la que las venas rodean a los tumores cancerosos que recuerdan a las patas de un cangrejo. En *De mulierum affectibus* Hipócrates describe el cáncer de mama de la siguiente forma:

«En las mamas se producen unas tumoraciones duras, de tamaño mayor o menor, que no supuran y que se van haciendo cada vez más duras; después crecen a partir de ellas unos cánceres (cangrejos), primero ocultos, los cuales por el hecho de que van a desarrollarse como cánceres (cangrejos), tienen una boca rabiosa y todo lo comen con rabia.»

En el marco de su Teoría de los Cuatro Humores (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra), Hipócrates consideraba que el cáncer se debía a un exceso de bilis negra, característico de las personas melancólicas y pensativas. Para Hipócrates era mejor no ofrecer tratamientos ya que los enfermos, tanto si lo recibían como si no, no podían sobrevivir.

Esta Teoría de los Humores continuó en Roma donde uno de sus médicos más destacados, Galeno (130-200 a.C.), creía que sí que era posible curar el cáncer en sus etapas tempranas y que los tumores debían ser operados, cortando alrededor del área afectada o bien por medio de cauterización. A Galeno le debemos la utilización del prefijo “onco” para referirse al estudio del cáncer ya que utilizó ese término griego “oncos” que significa “hinchado” para describir los tumores. Pensaba que una dieta poco saludable y el clima podrían estar relacionados con la aparición del cáncer.

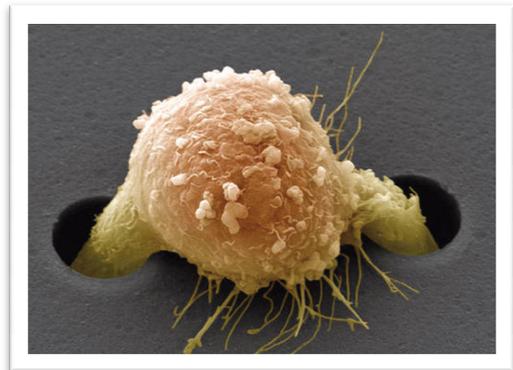


ILUSTRACIÓN 2 TUMOR DE MAMA

No fue hasta el S. XVIII cuando la Teoría Humoral fue descartada y sustituida por la Teoría de la Linfa que consideraba que el origen del cáncer se encontraba en un exceso de linfa de diferentes densidades. En el año 1838, Johannes Müller demostró que el cáncer estaba formado por células y no por linfa.

Por lo tanto, desde la época romana hasta principios del siglo XVIII la concepción sobre el origen y el tratamiento del cáncer apenas se modificó. La cauterización del tumor y el tratamiento con pasta caustica de arsénico, que curiosamente está siendo utilizado de nuevo para el tratamiento de la leucemia promielocítica (Hernández, 1999), eran los únicos tratamientos conocidos.

El inicio del estudio del proceso de metástasis se produjo en el siglo XVII. Claude Gendron (1663 – 1750) definía al cáncer como una enfermedad muy potente y mortal, constituida por una masa creciente, intratable con drogas y que debe ser extirpada desde sus raíces. Además, el profesor Hermann Boerhaave (1668 – 1738) afirmaba que cualquier inflamación podría resultar en un cáncer. Fue otro francés, Le Dran (1685 – 1770), el primero en reconocer que el cáncer de mama puede dispersarse por los nódulos linfáticos dando lugar a peores pronósticos clínicos. De esta época son también los estudios de John Hill en 1761, el primero en reconocer los peligros del uso del tabaco en su publicación *Advertencias contra el uso excesivo del tabaco Rapé*.

La invención del microscopio a finales del Siglo XVI y su creciente utilización en el campo del estudio médico durante los siglos XVII y XVIII supuso una revolución en el estudio del cáncer. El microscopio permitió la definición por parte de Rudolf Virchow en el S. XIX de su famoso *“omnis cellula e cellula”*, es decir, todas las células vienen de otras células, como parte de su Teoría Celular, según la cual las enfermedades no surgen en los órganos o en los tejidos en general, sino en las células individuales.

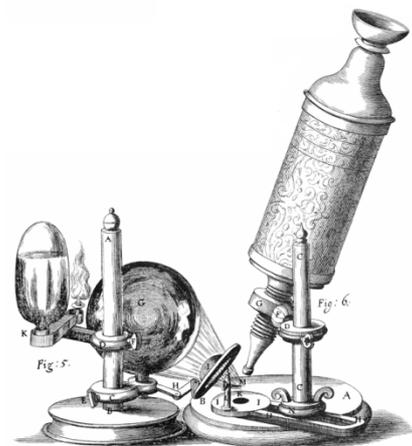


ILUSTRACIÓN 3 PRIMER MICROSCOPIO
S. XVII

Por lo tanto, es en la mitad del Siglo XIX cuando el cáncer empieza a ser investigado de forma científica, llevándose a cabo incluso estudios estadísticos sobre su incidencia, como el de Roswell Park (1899) que mostraba que el cáncer era una enfermedad en continuo crecimiento. Doménico Rigoni-Stern (1810 – 1855) determinó que el cáncer era mucho más frecuente en la ciudad que en el campo.

En 1886 Hilario de Gouvea, de la Escuela Médica de Río de Janeiro, sugirió el carácter hereditario del cáncer tras el estudio de una familia con alta susceptibilidad a sufrir retinoblastoma (The American Cancer Society, 2009).

Si el Siglo XIX fue el siglo de los estudios científicos sobre el cáncer, podríamos considera el Siglo XX como el siglo en el desarrollo de su tratamiento. En 1895, Wilhelm Konrad Roentgen (1845 – 1923), descubrió que los rayos X podrían utilizarse como tratamiento para esta enfermedad.

Durante la Segunda Guerra Mundial (1939 – 1945) el ejército estadounidense descubrió que la mostaza nitrogenada era efectiva en el tratamiento de los linfomas, esto significó el inicio de la quimioterapia. Poco después, el médico Sydney Farber, uno de los fundadores de la especialidad de patología pediátrica, utilizó un derivado del ácido fólico, el metotrexato, para inhibir la leucemia en niños.

En 1953, James Watson y Francis Crick describen la estructura en doble hélice del ADN (Watson, 2000), abriendo de esta forma la puerta a las investigaciones en genética moderna. A mediados de la década de los ochenta se da inicio al Proyecto Genoma Humano donde se pretende descifrar la carga genética causante del desarrollo de algunos tumores. En 1994, un estudio, donde intervinieron Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Francia y Japón, descubrió el gen BRCA1, el primer gen que predispone a sufrir cáncer de mama y ovario. Actualmente es uno de los genes más estudiados en estos tipos de enfermedad. Uno año más tarde se empiezan a utilizar técnicas inmunológicas y genéticas para detectar el cáncer.

Ya en el S. XXI, en concreto en el 2004, se aprueba en Ginebra las listas de prevención y control sobre el cáncer por la Organización Mundial de la Salud. Es precisamente el Modelo Genetista (que defiende la alteración genética de los oncogenes como origen de la enfermedad) la que actualmente está en auge. En este modelo trabaja Robert Weinberg quien encontró un gen cancerígeno, el encogen Ras, y el primer gen supresor de tumores, el gen del retinoblastoma (Rb).

En la Tabla 1 se muestra un resumen de esta evolución histórica sobre las posibles causas del cáncer, su tratamiento, el pronóstico de la enfermedad y los hitos más destacados de cada momento histórico.

TABLA 1 CUADRO RESUMEN DE LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CÁNCER

ETAPA	CAUSAS	TRATAMIENTO	PRONÓSTICO	HITOS
S. XVI a. C.	Desconocida	Cauterización	Incurable	Primera descripción del cáncer
S. V a.C.	Exceso de bilis negra	Recomendación de no tratar	Incurable	Hipócrates da el nombre de “cáncer” a la enfermedad
S. II a.C.	Dieta poco saludable y el clima	Operación o cauterización	Puede tratarse y es curable en algunos casos	Galeno utiliza el prefijo “onco”
S. XVII	Una masa creciente o una inflamación	Intratable	Incurable	Se estudia por primera vez la metástasis
S. XVIII	La enfermedad no surge en el órgano sino en los tejidos	Cauterización y pasta de arsénico	Incurable	La utilización del microscopio permite definir la Teoría Celular
S. XIX	Factores externos (tabaco o vivir en la ciudad) y factores hereditarios	Masectomías y extirpaciones	Se curan 1 de cada 4 casos de cáncer	Primeros estudios sobre la incidencia de la enfermedad
Primera mitad del S. XX	Se van definiendo distintas causas para cada tipo de cáncer	Inicio radioterapia y quimioterapia	Depende del tipo de cáncer	El descubrimiento de la radiación permite mejorar el diagnóstico y el tratamiento
Segunda mitad del S. XX	Alteración genética de los oncogenes	Terapia Genética	El cáncer comienza a considerarse una enfermedad crónica	Proyecto Genoma Humano

1.3 DEFINICIÓN DE CÁNCER

La Organización Mundial de la Salud define el término “cáncer” como un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo. La característica común a todas estas enfermedades englobadas bajo el paraguas de la palabra “cáncer” es la presencia de células anormales (cancerígenas) que se multiplican y se diseminan por todo el organismo sin control. Puede originarse a cualquier edad (incluso hay fetos que pueden presentar cáncer), en cualquier tejido y en cualquier célula.

Las células del cuerpo se dividen periódicamente y de forma regular con el fin de reemplazar a las ya envejecidas o muertas, y mantener así la integridad y el correcto funcionamiento de los distintos órganos. A este proceso de crecimiento y división celular se le conoce como “ciclo celular” y es el periodo que va desde el principio de una división hasta el inicio de la siguiente.

Este proceso de división de las células está regulado por una serie de mecanismos de control que indican a la célula cuándo comenzar a dividirse y que regulan el paso por las distintas fases de división celular así como la *proliferación* de las células, es decir, el mecanismo de crecimiento y reproducción de las células. Cuando se produce un daño celular que no puede ser reparado (o la célula es vieja) se produce una autodestrucción celular que impide que el daño sea heredado por las células descendientes. Este mecanismo se conoce como *apoptosis* o "suicidio celular".

El cáncer se debe a una mutación o activación atípica de los genes encargados de controlar este proceso de división celular. Esta mutación puede afectar al proceso de proliferación (haciendo que las células se reproduzcan sin control), al proceso de apoptosis (haciendo que las células dañadas no se autodestruyan, sino que continúen reproduciéndose) o a cualquiera de las fases de la división celular mitótica. Esta división incontrolada de células puede dar lugar a un *tumor o nódulo (displasia)*, que serán *benignos* si no poseen la capacidad de invadir y destruir otros órganos, o *malignos (neoplasia)*, es decir cáncer, cuando invaden tejidos y órganos de alrededor (*infiltración*) y /o se trasladan y proliferan en otras partes del organismo (*metástasis*). En las leucemias las células alteradas crecen e invaden la médula ósea, salen al exterior e invaden la sangre y otros órganos. La evolución de cada cáncer está sujeta a múltiples factores que interactúan entre sí.

1.4 TIPOS DE CÁNCER

Existen cuatro tipos de cáncer que se clasifican en función del tejido y célula donde se originan:

1. **Sarcomas:** Se originan en huesos, cartílagos, nervios, vasos sanguíneos, músculos y tejido adiposo. Dependiendo de la célula que lo origina pueden recibir diferentes nombres, siendo los más conocidos:
 - **Osteosarcoma:** Sarcoma que deriva del hueso.
 - **Liposarcoma:** Sarcoma que deriva de la grasa.
 - **Condrosarcoma:** Sarcoma que deriva del cartílago.
 - **Angiosarcoma:** Sarcoma que deriva de los vasos sanguíneos.

2. **Carcinomas:** Aparece en los tejidos epiteliales como la piel o la capa que recubre (epitelios) las cavidades y órganos así como los tejidos de la mama y la próstata. Es el grupo más frecuente. En función de las células que estén comprometidas podemos distinguir varios subtipos de carcinomas:
 - a) **Adenocarcinoma:** Se origina en el tejido glandular (glándulas), por ejemplo en los conductos o lobulillos de la mama o en la próstata.
 - b) **Carcinoma de células escamosas o epidermoide:** Se origina en las células no glandulares, por ejemplo esófago, cuello de útero, etc.
 - c) **Carcinoma de células basales:** es el cáncer de la piel más común. Se origina en la capa más profunda de la epidermis, llamada la capa de células basales. Por lo general se origina en áreas expuestas al sol, especialmente la cabeza y el cuello.
 - d) **Melanoma:** es un tumor maligno que se origina en las células que producen la coloración de la piel (melanocitos). El melanoma es casi siempre curable en sus primeras etapas aunque es probable que se propague a otras partes del cuerpo.

3. **Leucemias:** Popularmente conocido como cáncer de la sangre. Las personas con leucemia presentan un aumento notable en los niveles de glóbulos blancos o leucocitos. En las leucemias no existe tumoración, si no que se afectan la sangre y la médula ósea. Las leucemias se pueden clasificar en función del tipo de célula alterada en:

- a) **Leucemia mieloide**
- b) **Leucemia linfoide**

Asimismo, se clasifican según el estado de maduración de las células leucémicas, pudiendo ser:

- a) **Leucemias agudas:** formada por células inmaduras. Son más frecuentes en los niños.
- b) **Leucemias crónicas:** las células están en el último paso de la maduración.

4. **Linfomas:** Se denomina así al cáncer del sistema linfático e incluyen los cánceres de los tejidos formadores de las células sanguíneas. Producen inflamación de los ganglios linfáticos, invasión del bazo y médula ósea y sobreproducción de células blancas inmaduras. El linfoma afecta a un grupo de glóbulos blancos llamados linfocitos. Los dos tipos principales de linfomas son la **enfermedad de Hodgkin** y el **linfoma no Hodgkin**

La siguiente ilustración muestra los prefijos asociados a los diferentes tipos de cáncer, su significado y su localización.

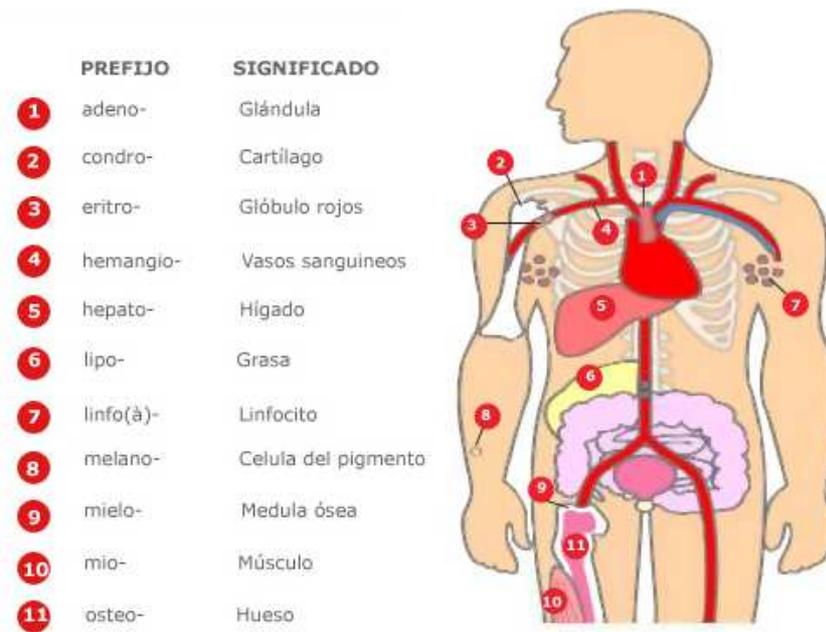


ILUSTRACIÓN 4 NOMENCLATURA SEGÚN EL TIPO DE CÁNCER

1.5 CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO

Según la Asociación Española contra el Cáncer entre el 75 y el 80% de los casos de cáncer tienen su origen en agentes externos que actúan sobre el organismo, causando alteraciones en las células. Entre estos casos de cáncer encontramos los que tienen su origen principalmente en factores ambientales y relacionados con el estilo de vida como el consumo de tabaco, alcohol, alimentación, así como la presencia de agentes químicos en el ambiente. La OMS clasifica estos agentes externos que pueden causar cáncer en tres tipos:

- **Carcinógenos Físicos**, como las radiaciones ultravioleta e ionizantes;
- **Carcinógenos Químicos**, como los asbestos, los componentes del humo de tabaco, las aflatoxinas (contaminantes de los alimentos) o el arsénico.
- **Carcinógenos Biológicos**, como las infecciones causadas por determinados virus, bacterias o parásitos.

Algunos de los agentes cancerígenos clasificados por la International Agency for Research on Cancer (IARC) están recogidos en la Tabla 2:

TABLA 2 TIPOS DE CÁNCER Y MODO DE EXPOSICIÓN DE AGENTES QUÍMICOS

AGENTE QUÍMICO	TIPO DE CÁNCER	EXPOSICIÓN
Arsénico	Pulmón, Hígado, Piel	Insecticidas
Brea	Piel	Embrear
Radón, Amianto	Pulmón	Extracciones
Cromo	Pulmón	Fábricas de vidrio y cerámica
Berilio	Pulmón y hueso	Esmalte de cerámica
Bencidinas	Vejiga	Tintes
Cloruro de Vinilo	Hígado y Cerebro	PVC
Polvo de madera	Pulmón y Laringe	Ebanistería

El consumo de tabaco es el factor de riesgo externo más importante, y es la causa del 22% de las muertes mundiales por cáncer en general. El 71% de las muertes mundiales por cáncer se deben al cáncer de pulmón.

En un 20-25% de los casos, no se conocen con exactitud los mecanismos por los que se produce y desarrolla el cáncer. Se piensa que puede ser debido a mutaciones espontáneas de los genes o por la acción de algún factor externo que aún no se ha identificado.

En muy pocos casos (5-7%), las personas presentan una predisposición genética al desarrollo de ciertos cánceres. Esto ocurre porque se heredan genes ya alterados. El resultado es que en estas personas la probabilidad de padecer cáncer aumenta y el tiempo necesario para su aparición es menor que cuando no existe esta predisposición.

Las evidencias de que la mayor parte de los cánceres se deben a factores externos se apoya en el hecho de que, tal y como apunta García Barreno (2006), los cánceres ocurren con diferente frecuencia en diferentes partes del mundo. Así, el cáncer de estómago es especialmente frecuente en Japón, el cáncer de colon predomina en Estados Unidos y el cáncer de piel es más frecuente en Australia. Algunos estudios realizados sobre la incidencia de los tipos de cánceres en diferentes grupos étnicos han demostrado como personas provenientes de otros orígenes geográficos acaban padeciendo en mayor medida el tipo de cáncer mayoritario del lugar de destino. Por ejemplo, familias japonesas que han emigrado a EEUU acaban padeciendo en mayor medida cáncer de colon. Para estos estudios, el origen del cáncer sería un factor ambiental más que genético. En los países en vías de desarrollo los cánceres causados por infecciones víricas (como la hepatitis B y C o por el virus del papiloma humano) son los responsables de hasta un 20% de las muertes por cáncer.

También existen diferencias de sexo para los tipos de cáncer más frecuentes entre hombres y mujeres. Como puede verse en las Ilustraciones 5 y 6 de la Organización Mundial de la Salud con los datos de incidencia mundial de cáncer en el año 2012, el cáncer más frecuente en hombres es el de pulmón (16,7% de los casos de cáncer en hombres a nivel mundial) seguido de próstata (15%), mientras que en mujeres es el cáncer de mama (que supone el 25.2% de los casos de cáncer en mujeres a nivel mundial). En nuestro país, la incidencia del cáncer es muy similar ya que en los hombres el cáncer de próstata es el 21% de los casos seguido por el de pulmón que supone el 16% de los casos, mientras que en las mujeres el cáncer más frecuente es el de mama con un 29% de los casos totales de cáncer en mujeres.

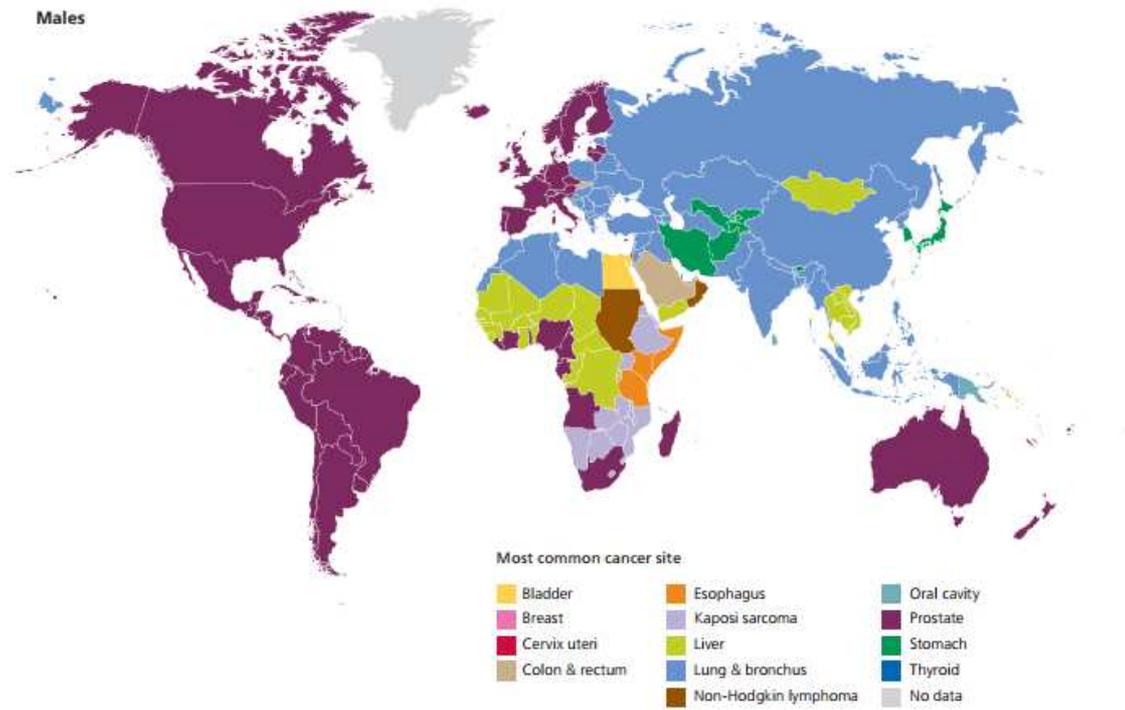


ILUSTRACIÓN 5 DISTRIBUCIÓN MUNDIAL DE TIPO DE CÁNCER MÁS FRECUENTE EN HOMBRES

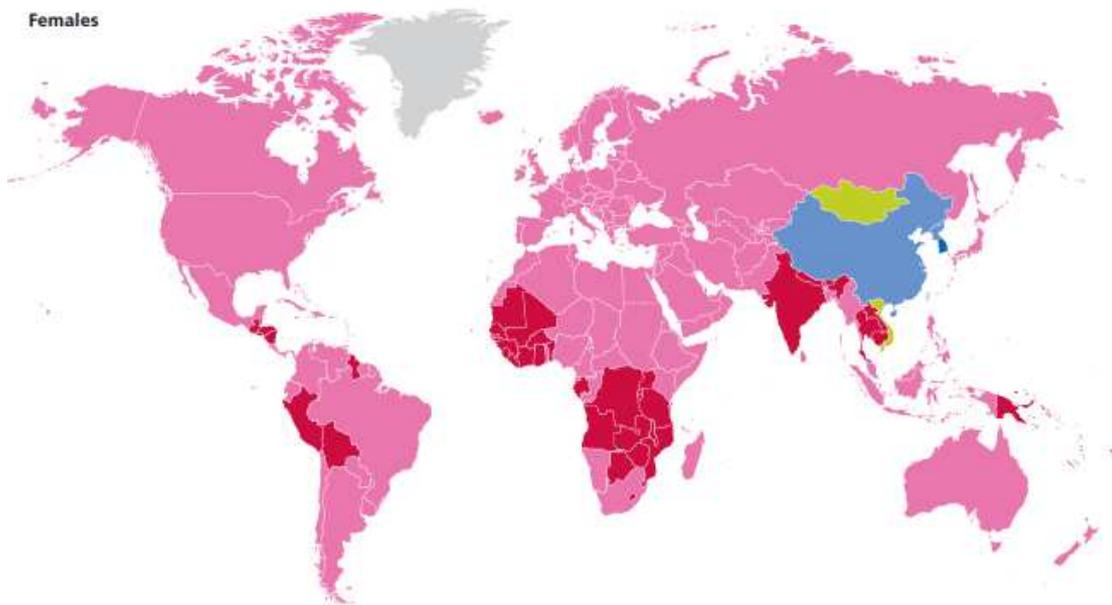


ILUSTRACIÓN 6 DISTRIBUCIÓN MUNDIAL DE TIPO DE CÁNCER EN MUJERES

1.6 MORTALIDAD DEL CÁNCER

El cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo. A fecha noviembre de 2015, el último estudio oficial con datos sobre la mortalidad asociada al cáncer corresponde a la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC), organismo especializado en oncología de la OMS, que analiza datos de 2012.

Según el informe de esta entidad, el cancer estuvo relacionado con 8,2 millones de muertes en el año 2012. Según este mismo estudio de la IARC, los tipos de cáncer que más muertes causan en todo el mundo durante el año 2012 fueron los siguientes:

- Pulmonar (1,6 millones de defunciones; 19.4% del total);
- Hepático (0.8 millones; 9.1%);
- Estómago (0.7 millones; 8.8%)

Se prevé que las muertes por cáncer sigan aumentando en todo el mundo y alcancen la cifra de 19,3 millones en 2025. Este aumento en el número de cánceres también estará relacionado con el envejecimiento de la población. La incidencia de esta enfermedad aumenta con la edad, muy probablemente porque se van acumulando factores de riesgo de determinados tipos de cáncer que se combinan con la tendencia que tienen los mecanismos de reparación celular a perder eficacia con la edad.

En España, los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística también hacen referencia al año 2012. Según el informe del INE, los tumores fueron la segunda causa de muerte por enfermedades, sólo por detrás de las enfermedades relacionadas con el sistema circulatorio.

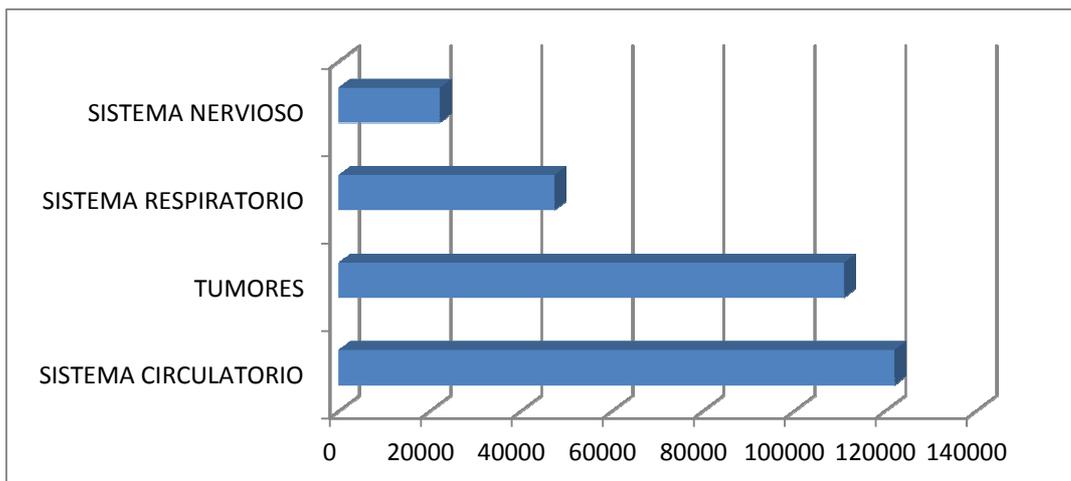


GRÁFICO 1 N° DE FALLECIMIENTOS POR ENFERMEDADES EN ESPAÑA EN 2012

Tanto en el caso de los hombres (con una tasa de 296,3 por cada 100.000 hombres) como en las franjas de edad de 1 a 14 años y de 40 a 79, la principal causa de fallecimientos es el cáncer tumoral (con unas tasas de 3,2 y 314,8 por cada 100.000 personas de esos grupos de edad, respectivamente). Siguiendo con los datos recogidos por el INE podemos comprobar cómo las defunciones más frecuentes en España durante el año 2012 relacionadas con el cáncer se asocian al cáncer de bronquios y pulmón, seguido por el cáncer de colon, mama, próstata y páncreas, como se recoge en la Tabla 3:

TABLA 3 N° DE FALLECIMIENTOS EN ESPAÑA DURANTE EL AÑO 2012

AÑO 2012	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Cáncer de bronquios y de pulmón	21.487	17.661	3.826
Cáncer de colon	11.768	6.937	4.831
Cáncer de mama	6.375	93	6.282
Cáncer de próstata	6.045	6.045	---
Cáncer de páncreas	5.976	3.121	2.855

1.7 PREVALENCIA

La prevalencia hace referencia al número de pacientes diagnosticados con cáncer en un momento determinado, con independencia de cuándo fueron diagnosticados. El informe de la IARC sobre la situación del cáncer a nivel mundial que comentábamos en el apartado anterior, estima que en el año 2012 la prevalencia del cáncer a nivel mundial era de 32,6 millones de personas. Los datos sobre prevalencia del cáncer ofrecidos por la OMS nos muestran también la diferencia de sexos existente en los casos de cáncer en países desarrollados y en países en vías de desarrollo, donde es más frecuente el cáncer en mujeres que en hombres, tal y como se recoge en el Gráfico 2:

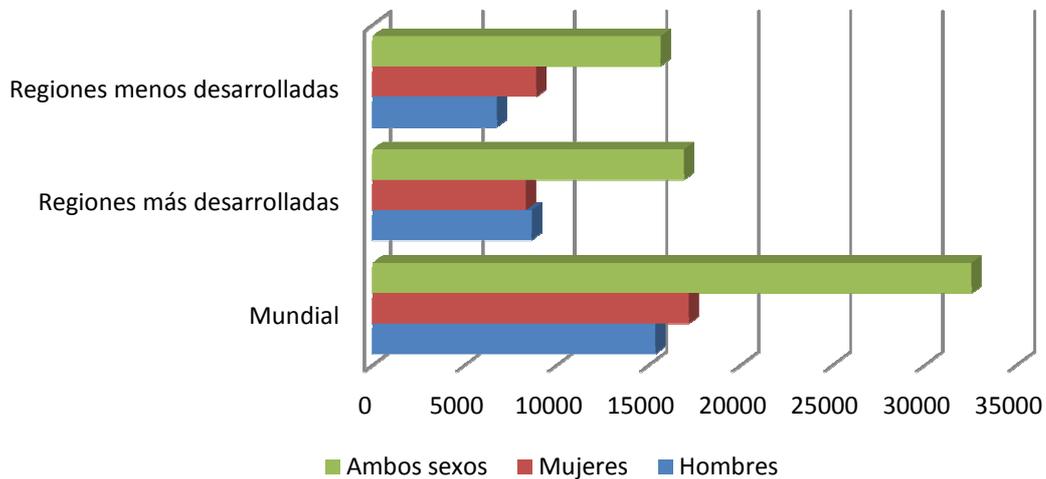


GRÁFICO 2 PREVALENCIA DEL CÁNCER EN MILES DE PERSONAS PARA EL PERIODO 2012-2017 (OMS)

Según estas mismas fuentes la prevalencia del cáncer en España a 5 años (2012-2017) es de 581.688 casos y a 3 años es de 389.498 casos. Si nos centramos en el análisis de los tipos de cáncer con mayor prevalencia durante este periodo de cinco años, la OMS concluye que el cáncer de mama, próstata y pulmón serán los de mayor prevalencia como podemos comprobar en el Gráfico 3.

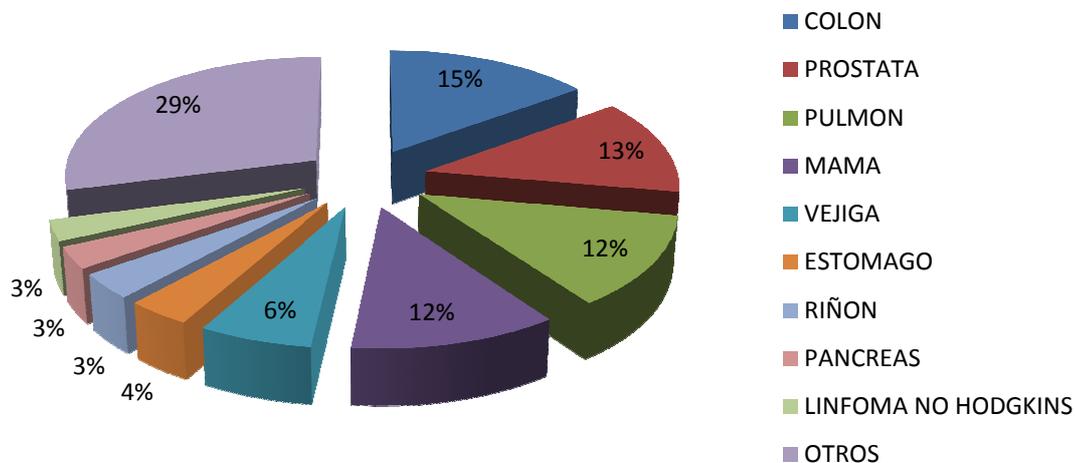


GRÁFICO 3 PREVALENCIA DE CÁNCER EN ESPAÑA ESTIMADA PARA EL PERIODO 2012-2017

1.8 INCIDENCIA

La incidencia del cáncer generalmente se mide como el número de casos nuevos cada año por cada 100.000 personas y ajustadas por edad para permitir comparaciones en el tiempo.

En 2014, la OMS estimó en 14,1 millones los nuevos casos de cáncer en el mundo: 7,4 millones (53%) en los hombres y 6,7 millones (47%) en las mujeres. En nuestro país, la incidencia de cáncer en el año 2014 fue de 249,05 nuevos casos por cada 100.000 adultos. Por tipos de cáncer encontramos que en nuestro país, el cáncer con mayor incidencia durante el año 2014 fue el cáncer de colon que supuso el 15% de los nuevos casos, seguido por el cáncer de próstata (12.9%), el de pulmón (12,4%) y el de mama con un 11.7% de los nuevos casos.

En los hombres, los tumores más frecuentes son el cáncer de próstata (en los registros de Albacete, País Vasco, Canarias, Cuenca, Girona y Navarra) y el cáncer de pulmón (en los registros de Asturias, Granada, Murcia y Zaragoza). Estos dos tipos de cáncer, además del cáncer de vejiga constituyen los tres tumores más frecuentes en todos los registros españoles puesto que suponen entre el 55.6 y el 62% del total. En mujeres, el tumor más frecuente en todos los registros españoles, es el cáncer de mama, responsable de más del 29% de los casos de cáncer, seguido del cáncer de colon y de cuerpo del útero.

1.9 FASES DE LA ENFERMEDAD

El proceso que va desde que se producen las primeras mutaciones de las células hasta que la enfermedad llega a su etapa final se llama *historia natural*. La duración de este proceso en adultos depende del tipo de cáncer y oscila entre meses y décadas. En el caso de los niños, todo este proceso se produce con mucha mayor rapidez. Esto es debido a que las células que constituyen los tumores en la infancia son células más inmaduras y se dividen y multiplican con mayor rapidez que las que constituyen los cánceres del adulto, por lo que el desarrollo y evolución de los tumores en niños se producen en un periodo de tiempo menor.

Existen distintas formas de clasificar las etapas del cáncer. Existen algunos tipos de estadificación generales (para cualquier tipo de cáncer) y otros específicos para cada tipo de cáncer en particular. La mayor parte de los sistemas de estadificación del cáncer consideran los siguientes elementos:

- El sitio del tumor primario,
- El tamaño del tumor y número de tumores,
- La complicación de ganglios linfáticos (diseminación del cáncer a los ganglios linfáticos),
- El tipo de célula y grado del tumor (qué tanto se parecen las células cancerosas a las células normales de tejido), y
- La presencia o ausencia de metástasis.

En función de los **cambios celulares** que se producen en el cáncer tendríamos las siguientes etapas:

1. **Inducción:** Es la etapa más larga de la enfermedad. Es una etapa asintomática en la que las células van adquiriendo las características de neoplasia y displasia propias del cáncer.
2. **In situ:** Aparece una lesión cancerosa microscópica en el tejido en el que se ha originado el cáncer. Habitualmente también es una etapa asintomática aunque en algunos tipos de cáncer (como el de mama, cuello uterino o colon) se puede diagnosticar a través de técnicas de detección precoz.
3. **Invasión Local:** La lesión comienza a extenderse fuera de su localización e invade tejidos u órganos adyacentes. En esta etapa aparecen los primeros síntomas de la enfermedad.
4. **Metástasis o Invasión a Distancia:** Aparecen lesiones tumorales en otras áreas fuera del lugar de origen del cáncer. La sintomatología es ya muy compleja.

La duración de estas etapas dependerá del tipo de cáncer que padezca y de factores propios del paciente como su edad, estado de salud previo, presencia de factores de riesgo, etc.

Uno de los sistemas de estadificación más utilizado para el cáncer es el **SISTEMA TNM**, aceptado por la **INTERNATIONAL UNION AGAINST CANCER (UICC)** y por el **AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER (AJCC)** que está basado en tres características:

- **T: Extensión del tumor**
 - Tx: El tumor primario no puede ser evaluado
 - T0: No hay evidencia de tumor primario
 - TIS: Carcinoma in situ
 - T1, T2, T3 Y T4: Tamaño y extensión del tumor primario
- **N: Si las células cancerígenas se han diseminado a los ganglios linfáticos regionales**
 - Nx: No es posible evaluar los ganglios linfáticos regionales
 - N0: No existe complicación de ganglios linfáticos
 - N1, N2 Y N3: Complicación de ganglios linfáticos regionales (número de ganglios linfáticos y grado de diseminación).
- **M: Si ha ocurrido una metástasis distante a otras partes del cuerpo**
 - Mx: No es posible evaluar una metástasis distante
 - M0: No existe metástasis distantes
 - M1: Presencia de metástasis distante

Es habitual que las diferentes combinaciones TNM se hagan corresponder con una de las cuatro etapas o estadios del cáncer con el fin de concretar el “ciclo de vida” del tumor. De esta manera nos encontraríamos con cinco estadios:

- Estadio 0: Corresponde a la fase de carcinoma in situ
- Estadio I, Estadio II y Estadio III: Indica, de forma progresiva, la extensión de la enfermedad a ganglios linfáticos vecinos o a órganos adyacentes
- Estadio IV: Metástasis

Algunos tipos de cáncer, como los de cerebro o médula espinal, no pueden asociarse a una clasificación TNM y se estadifican de acuerdo a su tipo de célula y grado. También se utilizan diferentes sistemas para los cánceres de sangre o de médula ósea, como el linfoma.

En el caso de los linfomas suele utilizarse la **estadificación de Ann Arbor** que divide la enfermedad en cuatro fases:

- **Estadio I:** Afectación de una sola región ganglionar o afectación localizada de un solo órganos o localización extralinfática
- **Estadio II:** Afectación de dos o más regiones ganglionares del mismo lado del diafragma o afectación de un solo órgano y su ganglio regional
- **Estadio III:** Afectación de regiones ganglionares a ambos lados del diafragma o afectación localizada de un órgano extralinfático asociado, afectación del bazo o ambos
- **Estadio IV:** Afectación Diseminada de uno o más órganos extralinfáticos con o sin afectación ganglionar asociada. Implica la afectación de la médula ósea

En esta clasificación, cuando se habla de órganos extralinfáticos, se suele referir a los pulmones, hueso, hígado, cerebro, médula ósea, pleura, glándulas suprarrenales, piel, etc. Además, cada uno de estos estadios se asocia con la ausencia (A) o presencia (B) de algunos de estos síntomas:

- Pérdida de peso inexplicada de más del 10% del peso corporal habitual en los últimos seis meses
- Fiebre inexplicada con una temperatura superior a 38 grados y una duración mayor a 2 semanas
- Sudoración nocturna profusa
- Síntomas E: Afección única de tejidos extralinfáticos (salvo el hígado y la médula ósea).

Otros cánceres de sangre o de médula ósea, incluidos la mayoría de los tipos de leucemia, no tienen un sistema definido de estadificación.

En el cáncer de pulmón, las etapas que suelen definir su evolución se pueden corresponder con distintas etapas de la clasificación del Sistema TNM tal y como aparece en la Tabla 4:

TABLA 4 COMPARATIVA ENTRE LAS FASES ESPECÍFICAS DEL CÁNCER DE PULMÓN Y EL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN TNM

ETAPAS ESPECÍFICAS PARA EL CÁNCER DE PULMÓN	SISTEMA DE CLASIFICACIÓN TNM
Etapa IA	T1a/T1b, N0, M0
Etapa IB	T2a, N0, M0
Etapa IIA	<ul style="list-style-type: none"> • T1a/T1b, N1, M0 • T2a, N1, M0 • T2b, N0, M0
Etapa IIB	<ul style="list-style-type: none"> • T2b, N1, M0 • T3, N0, M0
Etapa IIIA	<ul style="list-style-type: none"> • T1 a T3, N2, M0 • T3, N1, M0 • T4, N0 o N1, M0
Etapa IIIB	<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier T, N3, M0 • T4, N2, M0
Etapa IV	<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier T, cualquier N, M1a • Cualquier T, cualquier N, M1b

Otro sistema de estadificación, creado por la **INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS**, se usa para clasificar el estadio de cánceres de cérvix, de útero, de ovarios, de vagina y de vulva. Este sistema usa el formato TNM. Asimismo, el estadio de los cánceres infantiles se designa usando ya sea el sistema TNM o los criterios de estadificación del Children's Oncology Group, un grupo que realiza estudios clínicos pediátricos.

Para el cáncer de colon se suele utilizar también la clasificación de **Clasificación de Dukes o Astler y Coller**: en esta clasificación se utilizan las letras que van desde la A hasta la D.

- **Estadio A:** lesión limitada a la mucosa, sin afectación ganglionar.
- **Estadio B1:** el tumor afecta a parte de la pared del colon o recto, sin atravesarla ni afectar ganglios.
- **Estadio B2:** afecta a toda la pared sin invasión ganglionar.
- **Estadio C:** la enfermedad puede afectar a parte o a toda la pared, con afectación ganglionar.
- **Estadio D:** existe afectación de otros órganos alejados.

Muchos registros de cáncer, como el **SURVEILLANCE, EPIDEMIOLOGY, AND END RESULTS PROGRAM (SEER)** del Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos, usan una estadificación concreta. Este sistema se usa para todo tipo de cáncer y agrupa los casos de dicha enfermedad en cinco categorías principales:

- **In situ:** las células anormales están presentes sólo en la capa de células en donde se forman.
- **Localizado:** el cáncer se limita al órgano en donde empezó, sin evidencia de diseminación.
- **Regional:** el cáncer se ha diseminado más allá del sitio primario a ganglios linfáticos o a órganos y tejidos cercanos.
- **Distante:** el cáncer se ha diseminado desde el sitio primario a órganos distantes o a ganglios linfáticos distantes.
- **Desconocido:** no hay información suficiente para determinar la etapa o estadio.

La correcta clasificación del estadio en el que está la enfermedad es importante tanto para el pronóstico de la enfermedad como para la asignación del tratamiento. Además, las opciones terapéuticas y la probabilidad de supervivencia disminuyen conforme aumenta la fase en la que se encuentre el cáncer.

Se resume en la Tabla 5 el método de estadificación específico para cada tipo de cáncer:

TABLA 5 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN POR TIPOS DE CÁNCER

TIPO DE CÁNCER	MÉTODO DE ESTADIFICACIÓN
Todos menos cerebro, médula, sangre y linfomas	SISTEMA TNM
Linfomas	Ann Arbor
Sangre, médula y Leucemias	No existe un sistema específico
Pulmón	Sistema Específico basado en TNM
Cervix, Útero, Ovarios, Vagina y Vulva	Sistema Específico basado en TNM
Niños	Children's Oncology Group
Colon	Sistema Dukes, Astler y Coller
Sistema SEER	Todos los tipos de cáncer

1.10 RECIDIVA

La recidiva es la reaparición del tumor maligno tras un periodo más o menos largo de ausencia de enfermedad. En función de dónde se localice, la recidiva puede ser:

- **Locorregional:** en la misma zona donde estaba localizado el tumor de origen. Es frecuente que la nueva lesión aparezca en la cicatriz de la extirpación del tumor.
- **A distancia o metástasis:** la enfermedad aparece en un órgano distinto al del tumor de origen.

El tratamiento en la recidiva es diferente a los de las otras etapas de la enfermedad y se definirá en función de:

- Lugar de la recidiva
- Extensión de la recidiva
- Tiempo de evolución.
- Tratamiento recibido anteriormente
- Decisión del enfermo y su familia (tras haber sido informados correctamente por su médico)

La gravedad de que aparezca una recidiva va a depender del tipo de tumor, de su lugar de aparición, extensión y tiempo de evolución. El conocimiento cada vez más exacto de la evolución y pronóstico de los diferentes cánceres, así como la realización de revisiones periódicas de los pacientes aún estando libres de enfermedad, facilitan el diagnóstico de las recidivas y su más rápido y eficaz tratamiento. Para el paciente la aparición de una recidiva es una situación difícil. Supone enfrentarse de nuevo a la enfermedad. Sin embargo, los avances en los métodos diagnósticos y tratamientos permiten que hoy día pueda controlarse la enfermedad en un porcentaje importante de casos.

1.11 REMISIÓN

Se llama remisión a la respuesta del tumor al tratamiento. La remisión puede ser:

- **Parcial:** cuando el tumor se reduce pero no desaparece por completo
- **Total:** Cuando el tumor desaparece por completo. Tampoco aparecen signos ni síntomas de la enfermedad.

No obstante, por las propias características del cáncer, a pesar de que la enfermedad se encuentre en remisión total existen una serie de secuelas propias de la enfermedad e incluso de los tratamientos invasivos a los que se somete a los pacientes que hace que se hable más bien de **enfermedad crónica**, también por las posibilidades de recaída propias del cáncer.

Es más habitual en cáncer hablar de **Tasa de Supervivencia** (normalmente se tiene en cuenta el número de pacientes que siguen vivos después de los cinco años del diagnóstico). La supervivencia de los pacientes con cáncer, medida como proporción de casos que logran sobrevivir un tiempo preestablecido (uno, tres, cinco años, por ejemplo) es el indicador más importante de la eficacia del sistema asistencial en la lucha contra el cáncer. Este indicador refleja en qué medida los casos son diagnosticados en un estadio potencialmente curable así como el grado de eficacia de los procedimientos terapéuticos. La supervivencia relativa en los pacientes españoles es semejante a la de los países de nuestro entorno.

1.12 TRATAMIENTOS

El tipo de tratamiento determinará en gran medida la calidad de vida del enfermo. El tratamiento del cáncer es multidisciplinar, es decir, las distintas modalidades terapéuticas se combinan para proporcionar al enfermo el plan de tratamiento más adecuado que permita aumentar las posibilidades de curación de la enfermedad en función del tipo de tumor, las características del paciente, etc. Las principales modalidades de tratamiento son: **cirugía, radioterapia y quimioterapia**. Aunque también puede administrarse otro tipo de terapias específicas para algunos tumores como la hormonoterapia, la inmunoterapia, el tratamiento con láser, etc.

1.12.1 CIRUGÍA

La cirugía suele ser el principal tratamiento para determinados tumores. Hace unas décadas era un tratamiento agresivo, ya que su finalidad era eliminar el tumor con la mayor cantidad de tejido sano de alrededor para eliminar todas las células tumorales. Actualmente, con el desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas, es posible intervenir de forma satisfactoria a multitud de enfermos, conservando, la mayoría de las veces, el órgano donde se asentaba el tumor y su función (cirugía conservadora). Está indicada en los cánceres que no se han extendido a otros órganos. También tiene un papel muy importante en el diagnóstico y estudio de extensión de la enfermedad. Como veremos más adelante determinadas intervenciones quirúrgicas, como por ejemplo las que se realizan en el cáncer de colon, afectan decisivamente a la Calidad de Vida.

1.12.2 RADIOTERAPIA

Aproximadamente seis de cada diez enfermos de cáncer reciben radioterapia como parte importante de su tratamiento. Puede administrarse asociada a otras terapias (cirugía y/o quimioterapia) o como tratamiento único.

En función de cómo se administre la radiación, la radioterapia puede ser de dos tipos:

- **Externa:** consiste en la administración de las radiaciones desde el exterior mediante unos equipos que generan la radiación (aceleradores lineales). Antes de iniciar el tratamiento es preciso realizar una planificación o simulación del mismo. En ella se determinan la zona de tratamiento, la dosis total, el número de sesiones en las que se reparte dicha dosis y la postura más correcta en la que se situará al enfermo. La mayor parte de las veces las sesiones se administran durante cinco días a la semana, descansando dos. La administración del tratamiento no es dolorosa.

- **Interna:** consiste en la administración de la radiación a través de materiales radiactivos (isótopos) con distintas formas, que se introducen en el organismo, muy próximos o en contacto con el tumor. Para llevar a cabo el implante es preciso administrar algún tipo de anestesia.

Los efectos secundarios de la radioterapia son cada vez menos frecuentes y más tolerables debido fundamentalmente a la mejora de las técnicas empleadas. Dependerán, en gran medida, de la zona donde se administre el tratamiento. El tratamiento con radioterapia siempre es individualizado. Cada enfermo tendrá su tratamiento específico, distinto al de otro paciente.

1.12.3 QUIMIOTERAPIA

Es una de las modalidades terapéuticas más empleadas en el tratamiento del cáncer. Su objetivo es destruir, empleando una gran variedad de fármacos, las células que componen el tumor con el fin de reducir y/o eliminar la enfermedad. A los fármacos empleados en este tipo de tratamiento se les denomina **fármacos antineoplásicos o quimioterápicos**.

Este tratamiento se administra en forma de **ciclos**. Un ciclo consiste en la administración de los fármacos durante uno o varios días, seguido de un tiempo variable de descanso, que suele oscilar entre una y cuatro semanas. Dependiendo del tipo de cáncer y de los fármacos que se vayan a emplear, la quimioterapia puede administrarse en forma de pastillas (por vía oral) o inyectando la medicación de forma intravenosa. La duración total del tratamiento y sus efectos secundarios dependen de una serie de factores como son el tipo de tumor, la respuesta del tumor al tratamiento y el tipo de quimioterapia empleada.

1.12.4 OTROS TRATAMIENTOS

Existen otras terapias que, aunque con menor frecuencia, se emplean en el tratamiento del cáncer. Generalmente están indicados en tumores o circunstancias de la enfermedad muy concretas. Algunas de estas terapias son las siguientes:

- **Hormonoterapia:** se emplea en aquellos tumores que crecen por el estímulo de alguna hormona. A estos cánceres se les denomina hormono-dependientes y los más representativos son el de mama y el de próstata. Esta modalidad consiste en el empleo de determinadas hormonas para detener o disminuir el crecimiento del tumor.
- **Inmunoterapia:** es un tratamiento que consiste en utilizar el sistema de defensa (sistema inmune) para destruir las células tumorales. Esto se consigue bien estimulando el propio

sistema inmune o bien introduciendo en el organismo sustancias elaboradas en un laboratorio, semejantes a las del sistema inmune, capaces de controlar la enfermedad.

- **Radioterapia intraoperatoria:** consiste en la administración de la radiación durante la misma cirugía, directamente en la zona del tumor. Se emplea en el tratamiento de tumores abdominales. Con esta técnica se reduce la dosis de radiación en los tejidos normales.
- **Radioterapia esterotáxica:** consiste en la administración, de forma muy precisa, de altas dosis de radiación en zonas muy pequeñas. Se suele emplear en el tratamiento de tumores cerebrales muy pequeños.
- **Cirugía con láser:** consiste en la emisión de un rayo de luz muy potente y focalizada, que permite la destrucción del tumor. Se emplea en el tratamiento de lesiones premalignas o como tratamiento paliativo en algunos tumores.
- **Crioterapia:** consiste en la destrucción del tumor por frío, empleando nitrógeno líquido. Generalmente se emplea en el tratamiento de lesiones premalignas o en el tratamiento de algunos tumores en fases muy localizadas.

CAPÍTULO 2: CALIDAD
DE VIDA EN LOS
PACIENTES CON CÁNCER

*Si sobrevives, si persistes, canta,
sueña, emborráchate.
Es el tiempo del frío: ama,
apresúrate. El viento de las horas
barre las calles, los caminos.
Los árboles esperan: tú no esperes,
es el tiempo de vivir, el único*

Jaime Sabines

2.1 INTRODUCCIÓN

Con independencia del pronóstico de la enfermedad es indudable que uno de los objetivos asistenciales fundamentales debe ser la correcta calidad de vida del enfermo durante el tiempo que dure la enfermedad. Este capítulo comienza definiendo el concepto de Calidad de Vida y qué factores pueden afectar a su aparición y mantenimiento en los pacientes con cáncer (tipo de cáncer, síntomas de la enfermedad, tratamientos y sus efectos secundarios, variables psicológicas, emocionales y sociales, etc.).

Uno de los aspectos más importantes de la actual definición de Calidad de Vida es el componente subjetivo que conlleva relacionado con la percepción que la persona enferma tiene sobre su enfermedad así como su opinión sobre el apoyo social que recibe. De esta forma, la calidad de vida del paciente estará relacionada tanto con su dimensión física como con su dimensión social y psicológica.

Según algunas investigaciones científicas que se tratarán a lo largo del capítulo, la importancia del estudio de la percepción sobre su calidad de vida que pueden tener los pacientes con cáncer es “vital” en el sentido más estricto del término, ya que se ha correlacionado esta variable con su esperanza de vida.

Se analizan también los diferentes síntomas, efectos secundarios y situaciones concretas derivadas de los tratamientos a los que puede someterse un enfermo de cáncer y que estarán directamente relacionados con el tipo de cáncer padecido. Al mismo tiempo, se analizan los efectos emocionales y psicológicos del cáncer y cómo esta calidad de vida se ve afectada en mayor o menor medida incluso después de haber superado la enfermedad.

También se analizarán los instrumentos más importantes de evaluación de Calidad de Vida utilizados en investigación clínica.

2.2 LA CALIDAD DE VIDA

2.2.1 CONCEPTO DE “CALIDAD DE VIDA”

Según la definición dada por la OMS, la calidad de vida es: *"la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno"*. Para la OMS, el concepto de Calidad de Vida (CV) tendría por lo tanto las siguientes características:

1. Subjetividad: cada persona tienen su propio concepto de calidad de vida
2. Universalidad: Las dimensiones de la CV son comunes en todas las culturas
3. Carácter Holístico: Incluye todos los aspectos de la vida
4. Carácter Dinámico: Es cambiante
5. Interdependencia: Las dimensiones de CV están interrelacionadas, de tal manera que si se afecta una dimensión, el resto quedan afectadas.

A lo largo del Siglo XX, el concepto de Calidad de Vida ha ido variando desde las posiciones que ponían el énfasis en las capacidades funcionales medibles por observadores externos y que por lo tanto, pretendían dar una visión objetiva de la definición de CV (Karnofsky y Burchenal, 1948) a concepciones que postulaban que este concepto debía centrarse en cómo el sujeto definía su propio estado como apuntan Terol et als. (2000) citando a varios autores (Stewart, Ware y Brook, 1981; Aaronson, 1988; Hays y Stewart, 1990). No obstante, en los últimos años, parece haber un consenso en defender el carácter multifactorial del concepto de CV en base a la definición de “salud” dada por la OMS, que la define como el bienestar físico, mental y social y no como la ausencia de enfermedad (Gavira, 2007; Terol, 2000) defendiendo su carácter subjetivo (Winer, 1994; Weitzner y Meyers, 1997; Broadhead, Robinson y Atkinson, 1998).

A finales de los años 80 surge la expresión Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) para referirse a investigaciones donde se estudiaba la calidad de vida de personas con algún nivel de minusvalía originadas por la cronificación de diferentes enfermedades y/o accidentes (Gavira, 2007).

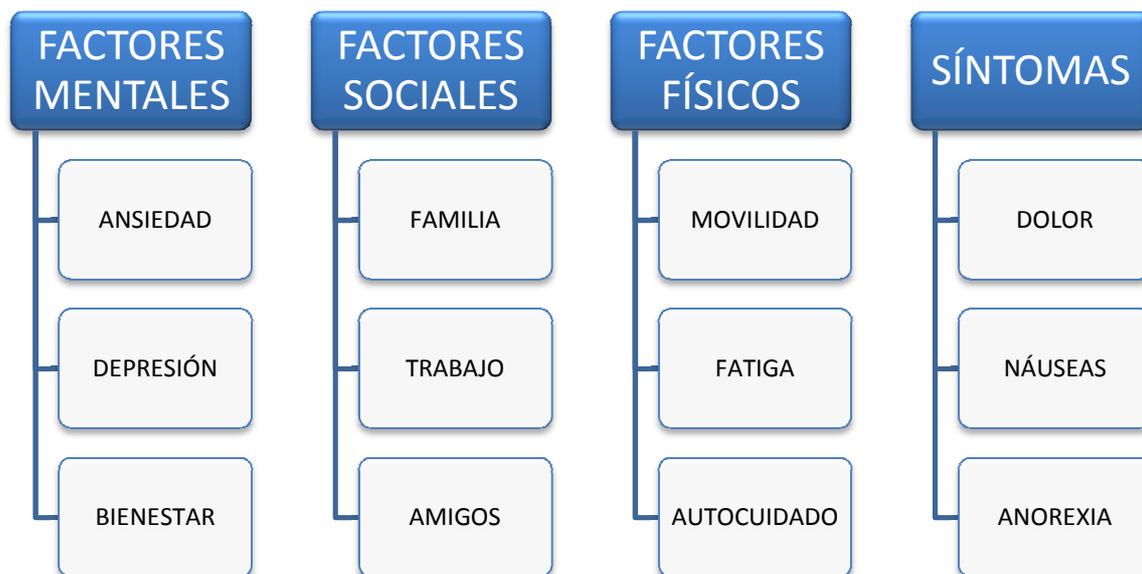


ILUSTRACIÓN 7 ESQUEMA MULTIFACTORIAL DE LA CALIDAD DE VIDA (TCHEKMEDYIA, DAVID, CELLA, RODGER Y WINN (1995)

El concepto de **Calidad de Vida Relacionada con la Salud** integra las tres dimensiones de calidad de vida y el carácter subjetivo de la misma. Por lo tanto, incluiría:

- **Dimensión Física:** Percepción de la persona sobre su estado físico o salud, los síntomas de la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento
- **Dimensión Psicológica:** Percepción del individuo sobre su estado cognitivo, afectivo y emocional (por ejemplo, miedo, ansiedad, incomunicación, pérdida de autoestima, incertidumbre sobre el futuro). También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas.
- **Dimensión Social:** Percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales, como necesidad de apoyo familiar, social, relación médico-paciente, desempeño laboral, etc.

La forma de afrontar sucesos como una enfermedad crónica no sólo depende de la valoración que hace el individuo sobre ella sino también por el **apoyo social** que perciba tener, esto es, su valoración de cómo su entorno podría ayudarlo en la adaptación a la enfermedad (Moreno y Ximénez, 1996). Cuando una persona debe afrontar una enfermedad utiliza una serie de operaciones cognitivas que repercutirá en su actitud hacia sí mismo, ante la vida y ante los demás (Piña y Sánchez-Sosa, 2009).

2.2.2 LA CALIDAD DE VIDA EN LA PERSONA ENFERMA DE CÁNCER

La American Society of Clinical Oncology asegura que la CV es un indicador fuerte e independiente de la supervivencia en el cáncer (Qi et al., 2009). Por otro lado, la calidad de vida también se ha considerado un importante indicador clínico para la evaluación, no sólo del bienestar, sino también de la progresión de la enfermedad o la eficacia del tratamiento (Osoba, 1991). Sloan et al. (2012) hallaron que los pacientes con cáncer pulmonar recién diagnosticado que calificaban su calidad de vida con una puntuación más alta tendían a vivir seis años más de promedio, mientras que los que calificaban peor su calidad de vida tenían una supervivencia media de dos años. El estudio incluyó a 2.442 pacientes con cáncer pulmonar tratados en la Clínica Mayo durante 11 años. Las determinaciones objetivas, como la edad, el estadio y la agresividad del cáncer, y otras enfermedades, no lograron explicar por completo esa asociación. Tras considerar esas diferencias, Sloan comprobó que la calidad de vida se mantenía como un predictor del alcance de la supervivencia. La mortalidad durante el estudio fue un 55% más alta en los pacientes con mala calidad de vida.

La mayoría de investigaciones han contemplado las cuatro **áreas de evaluación de la calidad de vida** citadas anteriormente, con las que valorar el impacto que la enfermedad oncológica en general y/o los diferentes tratamientos del cáncer producen (Spitzer, Dobson, Hall, Chesterman, Levi, Sheperd, Battista y Catchlove, 1981; Ware, 1987; De Haes y Van Knippenberg, 1986; Aaronson, 1988; Gilbar, 1991; Leitgeb, Perchestorfer, Fritz y Ludwig, 1994 ; Font, 1994; Wan et al. ; 1997; Weitzner y Meyers, 1997; Bloom et al.; 1998; Broadhead et al.; 1998; Zittoun, 1999. Citados por Terol et al, 2000):

- Capacidad funcional
- Síntomas de enfermedad
- Tratamiento
- Funcionamiento social y psicológico

La *European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)* ha creado un grupo de estudio de calidad de vida, que ha llegado a un consenso sobre lo que debe incluir la evaluación de este concepto en el campo de la oncología (Aaronson, Cull, Kaasa y Sprangers, 1994):

- Síntomas físicos propios del cáncer
- Síntomas debidos al tratamiento
- Aspectos funcionales (capacidad para realizar actividades cotidianas como vestirse, comer, etc.)
- Aspectos psicológicos
- Aspectos sociales y familiares.

En cuanto al tratamiento es importante señalar que, a pesar de que su objetivo principal sea prolongar la vida, existen evidencias de que el tratamiento puede alterar la calidad de vida de la persona enferma, entre otras causas por los efectos secundarios de tratamiento (Bonfill, 1990; Brinkley, 1986). El paciente debe, por lo tanto, participar en la toma de decisión y ser consciente de la repercusión del tratamiento sobre la calidad de su vida cotidiana (Whistance, 2011).

En lo que respecta a los síntomas, Efficace (2012) llevó a cabo entrevistas estructuradas con 137 pacientes con Leucemia Mieloide Crónica (LMC) que recibían en cinco países diferentes Terapia Dirigida (medicamentos de moléculas pequeñas o anticuerpos monoclonales que se dirigen específicamente a las células cancerígenas causando menores efectos secundarios). Los resultados se compararon con una muestra de 59 profesionales sanitarios de 12 países. A ambos grupos se les pidió clasificar por orden de importancia una lista predefinida de 74 aspectos relacionados con la Calidad de Vida de importancia potencial para los pacientes con LMC. Los cinco aspectos más importantes (para los dos grupos) fueron:

- Fatiga
- Calambres muscular
- Hinchazón
- Preocupaciones
- Incertidumbre sobre el estado de salud en el futuro y la importancia del apoyo social para hacer frente a la enfermedad.

Sin embargo, hubo diferencia entre ambos grupos en otros aspectos. Los pacientes valoran mucho más algunos aspectos relacionados con los síntomas que los profesionales sanitarios, lo que sugiere que un mejor control de los síntomas puede ser crucial para mejorar la CV de los pacientes con LMC.

2.2.2.1 FACTORES INFLUYENTE EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ENFERMO DE CÁNCER

Para este apartado se seguirán las dimensiones de Calidad de Vida en el paciente oncológico propuestas por la *European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)*. Debido a los numerosos tipos de cáncer existentes vamos a centrarnos en aquellos con mayor incidencia en la población española.

2.2.2.1.1 TIPO DE TRATAMIENTO

- QUIMIOTERAPIA

Resulta sorprendente la escasez de estudios publicados tanto en revistas nacionales como internacionales sobre la relación entre la calidad de vida y el tratamiento de quimioterapia, siendo este tratamiento uno de los que más efectos secundarios suele producir (fatiga, náuseas, vómitos, caída de pelo, lesiones en la boca, etc.). Es probable que se deba al efecto transitorio de estos síntomas que suelen desaparecer al finalizar el tratamiento. Los efectos secundarios a largo plazo de la quimioterapia pueden confundirse con síntomas de la enfermedad o son tratados en algunas ocasiones como enfermedades específicas (problemas o disfunciones de corazón, hígado, riñones, etc.).

Blasco (1997) llevó a cabo un estudio con 140 pacientes con diferentes tipos de cáncer, tipo de tratamiento de quimioterapia y número de ciclos recibidos. Encontraron una gran variabilidad interindividual en los resultados, al igual que en otros estudios similares (Blasco, 1990; Blasco y Bayés, 1990; Blasco y Villamarín, 1993). Las relaciones más significativas entre calidad de vida y el tratamiento de quimioterapia fueron halladas en el género del paciente (las mujeres presentaban en general una disminución más importante en la calidad de vida) y el número de ciclos de tratamiento, más de tres ciclos, con independencia de los efectos secundarios generados por cada tipo de tratamiento de quimioterapia indicaría un alto riesgo de experimentar sensibles niveles de deterioro en prácticamente todas las dimensiones que componen el concepto calidad de vida.

Terol et al. (2000) constatan en su estudio que la CV cambia al inicio y al final del tratamiento de quimioterapia. Durante el tratamiento con quimioterapia las dimensiones de CV más afectadas son el funcionamiento físico, los síntomas de la enfermedad y el impacto social. El impacto social no aparecía como un factor de CV comprometido al finalizar el tratamiento. Parece ser que esta diferencia se debe al ajuste inicial que los enfermos de cáncer deben hacer con respecto a su enfermedad.

• INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

El impacto sobre la calidad de vida que va a tener la intervención quirúrgica como tratamiento dependerá del tipo de cáncer ya que determina el alcance de la operación y sus posibles secuelas.

• CÁNCER DE COLON

En los casos de cáncer de colon, la cirugía es el tratamiento más usual. Existen diferentes procedimientos de intervención quirúrgica para este tipo de cáncer que tendrán distintas consecuencias en la valoración por parte del paciente de su calidad de vida:

- **Escisión local:** Cuando el cáncer se encuentra en una fase inicial. Consiste en una pequeña incisión en el abdomen
- **Resección:** Si el tumor es de mayor tamaño, el médico extrae el tumor y una pequeña cantidad del tejido sano circundante. Realiza una anastomosis (coser las dos partes sanas del colon). (Ilustración 8)

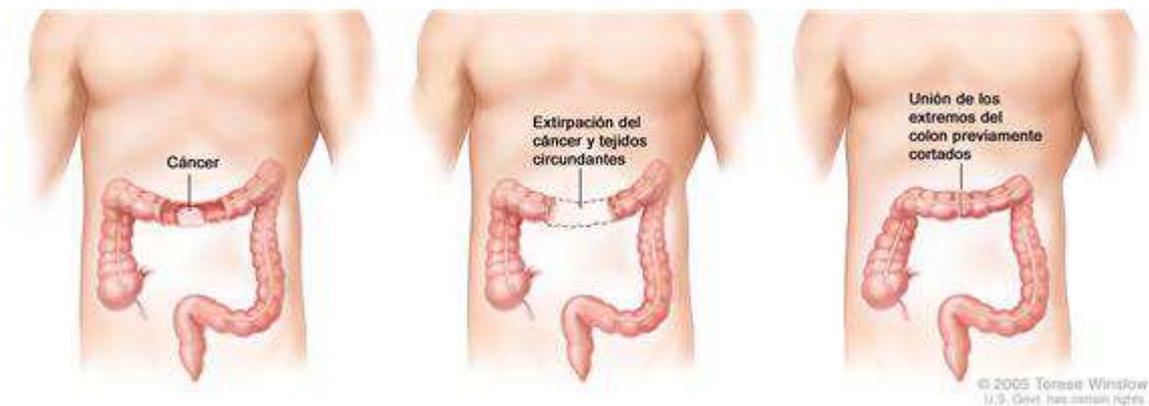


ILUSTRACIÓN 8 CIRUGÍA DEL CÁNCER DEL COLON CON ANASTOMOSIS

- **Resección y colostomía:** si no se pueden coser los dos extremos del colon, se practica un **estoma** (abertura) en la parte externa del cuerpo para permitir el paso de desechos. Este procedimiento se denomina **colostomía** (Ilustración 9). Se coloca una bolsa alrededor del estoma para obtener los desechos. En algunas ocasiones, la colostomía solo se necesita hasta que haya sanado el tramo inferior del colon y luego puede revertirse. Sin embargo, si el médico necesita extraer todo el tramo inferior del colon, la colostomía puede ser permanente.



ILUSTRACIÓN 9 CIRUGÍA DEL CÁNCER DE COLON CON COLOSTOMÍA

Existen otros tratamientos quirúrgicos más novedosos, como la ablación por radiofrecuencia y la criocirugía, pero son utilizados con menos frecuencia.

Resulta evidente que en función del tipo de intervención quirúrgica a la que tenga que someterse el paciente su afectación en cuanto a la CV variará. Gulin (2008) encuentra, al igual que otros estudios, que los pacientes con cáncer de colon sin estoma presentan una mejor CV, sobre todo en lo referente a las variables emocionales, más que con respecto a la dimensión de síntomas físicos que está más afectada en pacientes sometidos a anastomosis por los problemas defectarios asociados a esta intervención.

- **CÁNCER DE PRÓSTATA**

La intervención quirúrgica es el tratamiento más eficaz para el cáncer de próstata localizado y que, por tanto, no se ha extendido hacia el exterior de la glándula. El tipo principal de cirugía para cáncer de próstata se conoce como **prostatectomía radical**. Existen tres tipos, retropúbica, perineal o laparoscópica, en función del lugar en el que se realice la incisión.

La calidad de vida posterior a una prostatectomía radical depende básicamente de la función urinaria, intestinal y sexual posterior al procedimiento. Por esta razón, todos los urólogos deben tomar el impacto en la calidad de vida como parámetro importante a la hora de decidir el manejo en los pacientes con cáncer de próstata clínicamente localizado.

Existen varias investigaciones que han puesto de evidencia que la prostatectomía radical es el tipo de intervención que origina más problemas relacionados con la función sexual al año del tratamiento, en comparación con otro tipo de tratamientos del cáncer de próstata localizado (Borchers, 2004; Lee, 2001; Namiki, 2006).

- **CÁNCER DE ESÓFAGO**

La intervención quirúrgica de referencia para el cáncer de esófago se llama **Esofagectomía** y consiste en extirpar algo o la mayor parte del esófago y con frecuencia una pequeña parte del estómago. La parte superior del esófago es conectada al estómago. Si el tumor está localizado en la parte superior del esófago, éste se conecta al estómago mediante una parte del intestino. Existen diversos tipos de esofagectomía en función del tipo de incisiones y su localización. Esta intervención tiene efectos secundarios que pueden afectar a la CV del paciente como la dificultad para tragar, náuseas, vómitos, acidez, etc.

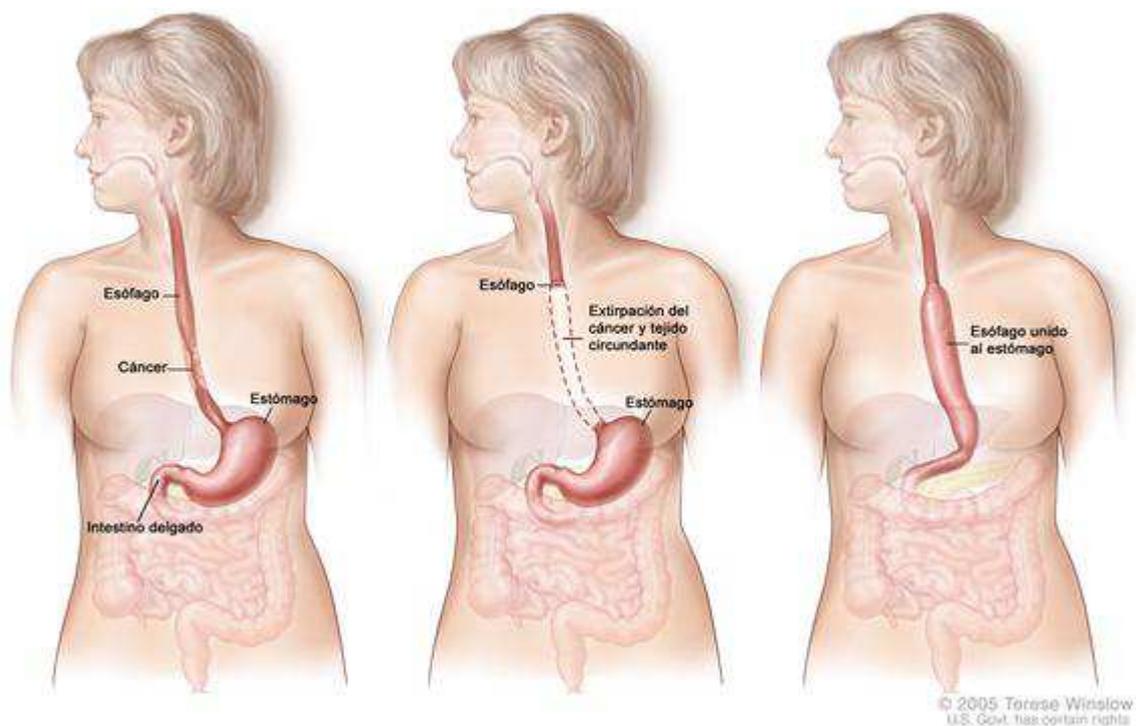


ILUSTRACIÓN 10 CIRUGÍA EN CÁNCER DE ESÓFAGO CON ESOFAGECTOMÍA

En un estudio llevado a cabo en Holanda por Cense, Visser, Van Sandick, De Boer, Lamme, Obertop y Van Lanschot (2004) que tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida en 36 pacientes al menos 6 meses después de la cirugía de esófago a través reconstrucción gastrointestinal por la interposición de colon, los resultados demostraron que las funciones de Salud General, Función Física, Funcionamiento Social y Salud Mental, fueron las más afectadas. Los síntomas más frecuentes estudiados a través del cuestionario de síntomas de Rotterdam, fueron la saciedad temprana después de una comida, la disfagia, la diarrea, la pérdida de interés sexual, y la fatiga. En términos generales los pacientes tuvieron una calidad de vida muy desfavorable, incluso, años después de la cirugía.

Cuando se compara la CVRS de pacientes intervenidos por cáncer esofágico con la población general, se pone en evidencia un empeoramiento casi global de los parámetros de la CVRS a los 6 meses de la intervención quirúrgica, con una recuperación tan solo parcial de estos en los que sobreviven a los 3 años (Djarv, 2008). En un estudio prospectivo sobre 47 pacientes con una supervivencia mínima de 3 años, Lagergren et al (2007) observaron un deterioro de la mayoría de los parámetros de CVRS durante el periodo postoperatorio inmediato y su recuperación a largo plazo, a excepción de la función respiratoria, el reflujo y la diarrea que mantuvieron la tendencia a empeorar. Otros estudios confirman la persistencia de síntomas como el reflujo y el dolor en pacientes con supervivencia prolongada (Conroy, 2006). Se ha demostrado en recientes estudios, que los casos operados mediante Cirugía Mínimamente Invasivas recuperan antes los parámetros de CVRS a nivel basal. Esta recuperación se ha fijado entre los 3 y los 6 meses de la operación (Parameswaran, 2010).

- **CÁNCER DE MAMA**

En el cáncer de mama se utilizan dos tipos de cirugía, en función de la extensión del tumor y su localización:

- **Cirugía Conservadora de la mama** (masectomía parcial o segmentaria)
- **Cirugía Radical o masectomía.** En función de la extensión de la intervención se utilizan distintos tipos de masectomía:
 - *Masectomía simple o total:* Se extirpa todo el seno, incluido el pezón, pero no los ganglios linfáticos axilares ni el tejido muscular de debajo del seno.
 - *Masectomía doble:* cuando se extirpan los dos senos en una misma intervención
 - *Masectomía con conservación de la piel:* Se utiliza para realizar una reconstrucción del seno en la misma intervención
 - *Masectomía radical modificada:* Masectomía simple más la extirpación de los ganglios linfáticos axilares.
 - *Masectomía radical:* Se extirpa el seno, los ganglios linfáticos axilares y los músculos pectorales.

Hay muchos estudios que comparan el impacto psicológico de la mastectomía y el provocado por la cirugía conservadora, mostrando ventajas la cirugía conservadora respecto a las variables vinculadas a la imagen corporal (Poulsen, 1997; Anagnostopoulos, 2009), a la satisfacción sexual (Prozo, 1992), y levemente a la calidad de vida (Ohsumi, 2009), sin embargo no señalan mayores ventajas psicológicas (Fallowfield, 1986). Aunque se han encontrado mejores resultados psicológicos entre las pacientes con mejores resultados cosméticos (Nicholson, 2007).

Pero las mujeres sometidas a cirugía conservadora muestran a su vez una mayor preocupación por la recurrencia del cáncer (Härtl, 2003). Cuando las comparaciones se realizan entre cirugía conservadora y reconstrucción tras una mastectomía, los datos no son concluyentes, debido a la diversidad de resultados. Como ejemplo podemos citar los siguientes estudios: Cocquyt et al. (2003) encontraron que la cirugía reparadora era significativamente superior a la cirugía conservadora en términos de resultados cosméticos, aunque otros estudios han demostrado lo opuesto (Al-Ghazal, 2000; Gendy, 2003; Fung, 2001) o no han identificado diferencias en términos de ajuste a la enfermedad, imagen corporal o satisfacción con relaciones y vida sexual entre ambos grupos (Schover, 1995; Rowland, 2000). Los datos indican que las ventajas se igualan con el transcurso del tiempo, las diferencias iniciales de ajuste entre pacientes reconstruidas y no reconstruidas podría ser mínima al cabo de un año (Schain, 1994). Olivares (2010) encontró que las pacientes sometidas a cirugía radical presentaron un nivel más elevado de síntomas de ansiedad y una peor imagen corporal. Las mujeres que recibieron cirugía reconstructiva, por el contrario, presentaron mejores niveles en calidad de vida tanto global como en la escala de emoción. A las mujeres que se les practicó cirugía conservadora mostraron mejores niveles en la escala de rol de calidad de vida. Por último, las mujeres sometidas a la cirugía profiláctica presentaron mayores puntuaciones en síntomas como fatiga, dolor, síntomas en la mama y el brazo, peores niveles en las escalas de rol y social y mayor disfrute sexual.

- **CÁNCER DE PULMÓN**

La cirugía con frecuencia es la primera línea de tratamiento para pacientes con cáncer pulmonar de células no pequeñas que no se ha propagado más allá de los ganglios linfáticos cercanos. En función del área extirpada hay distintos tipos de intervenciones:

- **Lobectomía:** Uno de los lóbulos del pulmón.
- **Segmentectomía:** Sólo una pequeña parte del pulmón (resección en cuña o del segmento). Se utiliza cuando el tumor es relativamente pequeño o cuando el paciente no tiene suficiente capacidad respiratoria como para realizar una cirugía de mayor envergadura.
- **Neumonectomía:** se extirpa el pulmón entero.
- **Linfadenectomía mediastínica** Si además se extirpan los ganglios linfáticos que se encuentran situados entre los dos pulmones (mediastino).

La consecuencia para la CV de los pacientes intervenidos quirúrgicamente es la pérdida de capacidad respiratoria. En los primeros días del postoperatorio los pacientes tienen dificultad para moverse, toser o respirar profundamente. Los efectos secundarios comunes de la cirugía de cáncer

de pulmón son el dolor y la debilidad en el tórax y en el brazo. Por lo general los pacientes pueden necesitar varias semanas o meses para recuperar las fuerzas y la energía.

Tal y como apunta Etxeberría (2001) se encuentran pocas referencias en la bibliografía de habla hispana referentes a la calidad de vida en pacientes afectados de cáncer de pulmón y menos todavía en el estudio de la calidad de vida tras una operación quirúrgica por este motivo (Arrarás, 2000). Mangione et al (1997) comparan las puntuaciones obtenidas en una escala de CV en 3 tipos de cirugía: prótesis total de cadera, cirugía torácica y tratamiento quirúrgico en pacientes con cáncer de pulmón y células no pequeñas, y analizan los cambios 1, 6 y 12 meses después de la intervención, encontrando que las subescalas de funcionamiento y rol físico se hallan afectadas de manera importante en los pacientes con cáncer de pulmón.

Kenny (2008) llevó a cabo un estudio sobre calidad de vida y supervivencia en los 2 años posteriores a la cirugía de cáncer de pulmón no microcítico, concluyendo que si bien la CV se reduce sustancialmente en el momento de la cirugía (excepto la variable emocional), la CV mejora a los dos años para los pacientes sin recurrencia de la enfermedad, aunque algunos de ellos (aproximadamente la mitad) siguen presentando síntomas y limitaciones funcionales.

2.2.2.1.2 EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS TRATAMIENTOS

- **Problemas sexuales:** El estudio de Hendren et al. (2005) demuestra que un alto índice de disfunción sexual se detecta tanto en hombres como en mujeres sometidas a cirugía de cáncer de recto, que ésta es de origen multifactorial y que no parece tener un impacto elevado en la CV global. Según manifiesta Cataño (2009) la función sexual comprometida en los casos de cáncer de próstata involucra principalmente el deseo sexual, la habilidad para lograr una erección, la posibilidad de lograr un orgasmo y la frecuencia de las relaciones, entre otros factores.
- **Cambios físicos:** Algunos de los cambios físicos asociados a los tratamientos del cáncer son temporales (caída de pelo, pérdida de peso, etc.) pero otros son definitivos (cicatrices, amputaciones, etc.). La carga emocional relacionada con estos cambios físicos dependerá de su temporalidad, del grado de discapacidad que conlleven y de la zona del cuerpo en la que se produzcan. Para Fernández (2004) la zona de cabeza y cuello tiene un mayor peso debido al valor que tiene en la interacción social y en la comunicación y expresión emocional.
- **Incontinencia Urinaria:** La disfunción urinaria generalmente afecta la vida diaria, las relaciones sociales, el sueño y la autoestima. Pacientes actualmente con uso de pañales refieren una gran afección importante de su calidad de vida (Perchón, 2008).

- **Incontinencia fecal:** La función intestinal se puede ver afectada por la cirugía principalmente por la presencia de la incontinencia fecal, la cual afecta a la evaluación de la calidad de vida asociada a la salud, sobre todo desde el punto de vista de interacción social y la autoestima (Perchón, 2008).
- **Insomnio:** Bouchard (2012) señala que los trastornos del sueño, en concreto el insomnio, son frecuentes en los pacientes con cáncer. Sin embargo, sigue siendo infradiagnosticado y por lo tanto en la mayoría de los casos no se tienen en cuenta. Sin embargo, estos insomnios representan una molestia real para estos pacientes, con repercusiones importantes sobre su calidad de vida.
- **Afectación cognitiva de la quimioterapia:** Se han postulado dos vías de acción por las que la quimioterapia podría alterar el rendimiento cognitivo: directamente (neurotoxicidad cerebral) e indirectamente (por ejemplo alterando el funcionamiento del sistema inmune) (Meier, 2003). Algunos dominios cognitivos parecen presentar más deterioro que otros, como por ejemplo la memoria verbal, la función ejecutiva y la habilidad psicomotora, además de la memoria visual (Ahles, 2002; Anderson Hanley, 2003; Jansen, 2005). Sin embargo, López (2009) en su estudio con pacientes de cáncer de colon no encontró correlación estadísticamente significativa entre las puntuaciones en las pruebas de rendimiento cognitivo con la calidad de vida global. En general parece existir una ausencia de relación significativa entre las áreas funcionales de calidad de vida y el rendimiento en los dominios cognitivos evaluados aunque esta disminución en el rendimiento sí que se produzca.
- **Linfedema:** El linfedema es el acumulo de linfa en una extremidad como resultado de una sobrecarga del sistema linfático, en el que el volumen de linfa acumulada excede a la capacidad de drenaje de la misma. Generalmente se define el linfedema como el incremento del volumen del brazo superior a un 10%. Es una de las complicaciones que pueden aparecer como consecuencia de los tratamientos del cáncer de mama. El linfedema es un proceso crónico que repercute en las afectadas de manera significativa durante el resto de su vida, siendo frecuente encontrar en las mujeres afectadas debilidad, rigidez, durezas, dolor, pérdida de sensación y un rango más restringido de movimientos del brazo afectado. Yélamos (2007) asocia la aparición del linfedema a mayor edad, afectación locorregional y metastásica, recidiva y haber recibido tratamiento de radioterapia axilar en las mujeres con cáncer de mama. En la revisión de investigaciones anteriores de su

artículo apunta a que algunos autores como Tobin et al. (1993) encontraron mayor frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes de cáncer de mama con linfedema que en aquellas que no lo padecían habiendo recibido el mismo diagnóstico y tratamientos. Morgan et al. (2005) informan de niveles superiores de deterioro funcional, peor ajuste psicológico, y mayor frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con linfedema en comparación con la población general. La sintomatología asociada al linfedema ha sido correlacionada con peor funcionamiento físico y social y peor calidad de vida (Kwan, 2002). Passik et al (1995) encontraron niveles elevados de malestar emocional y de disfunción sexual, funcional y social, en pacientes con linfedema. Cuando el linfedema se presentaba en el brazo correspondiente a la mano dominante, el malestar emocional y la insatisfacción sexual eran superiores. Además, la presencia de dolor asociado al linfedema, independientemente de su severidad, implicaba una mayor afectación emocional y mayores dificultades de ajuste en el funcionamiento físico y psicológico. No obstante, aunque el linfedema no esté asociado a dolor, las limitaciones que puede suponer sobre movimientos necesarios para un normal funcionamiento diario (como peinarse, cerrar una cremallera, quitarse un jersey o alcanzar objetos colocados en alto), pueden estar relacionadas con la afectación de la calidad de vida (Kwan, 2002). El desarrollo del linfedema puede contribuir a generar percepciones negativas de la imagen corporal, ansiedad social, pensamientos derrotistas, y puede convertirse en un recordatorio constante de la experiencia del cáncer e incrementar el miedo a la recidiva y las preocupaciones persistentes sobre la enfermedad (Passik, 1995).

2.2.2.1.3 FATIGA

Como apuntan Font, Rodríguez, y Buscemi, (2004), la fatiga es uno de los principales problemas que afectan a la calidad de vida de las personas con cáncer. El síndrome sistémico denominado “fatiga crónica”, “cansancio crónico” o simplemente “fatiga relacionada con el cáncer” constituye un problema cuantitativa y cualitativamente muy importante, asociado a la aparición de diversas alteraciones que afectan a la calidad de vida de los pacientes de cáncer (Knowles, 2000). Se trata de un síndrome subjetivo complejo de carácter bio-psico-social (Lai, 2003). Los pacientes suelen describir el cansancio en términos de falta de energía, deterioro cognitivo, somnolencia, alteraciones del estado de ánimo o debilidad muscular. Este sentimiento de debilidad, cansancio o falta de energía varía en grado, frecuencia y duración (Ahlberg, 2003). Se trata de un fenómeno bien documentado en pacientes sometidos a tratamientos de quimio y radioterapia, y puede afectar a todas las dimensiones de la vida de la persona. De hecho, suele incrementarse a lo largo de los tratamientos. Entre el 78 y el 96% de los pacientes de cáncer experimentan fatiga a lo largo de su enfermedad (Irvine, 1991). Stone (2000) analizó la fatiga en un grupo de 1307 pacientes con

diferentes tipos de neoplasias. El cansancio era considerado por los pacientes como un problema más importante que el dolor, las náuseas y los vómitos, e insuficientemente tratado en un 33% de los casos. En determinados diagnósticos el problema es aún mayor. Por ejemplo, más de la mitad de los sobrevivientes de cáncer tras trasplante de médula ósea presentan fatiga moderada o severa un año después, lo que generaba mayor repercusión en la calidad de vida que cualquier otro problema físico (Bus, 1995).

2.2.2.1.4 SÍNTOMAS ESPECÍFICOS SEGÚN EL TIPO DE CÁNCER

- **CÁNCER COLORRECTAL**

Arrarás (2011) ha realizado tres estudios sobre Calidad de Vida y síntomas relacionados con el Cáncer Colorrectal en distintas etapas:

- **Cáncer de colon o recto con metástasis tratados con quimioterapia:** En este caso, las puntuaciones en CV eran elevadas aunque iban empeorando a lo largo del seguimiento en fatiga y áreas relacionadas con la toxicidad de la quimioterapia.
- **Cáncer de recto con enfermedad localmente avanzada tratados con quimioterapia y radioterapia:** En este caso las puntuaciones en CV también fueron elevadas, presentándose puntuaciones algo más bajas en síntomas específicos de la enfermedad como fatiga y disfunción sexual.
- **Cáncer de recto en fases 2 y 3** que se encontraban en seguimiento tras haber sido sometidos a cirugía, radioterapia y quimioterapia: En este caso, el síntoma de la enfermedad que parecía tener una mayor relación con la calidad de vida ha sido la frecuencia de las deposiciones, mayor en pacientes que conservan el esfínter.

Desde el punto de vista de la afectación de la calidad de vida por los síntomas específicos del cáncer de colon, podríamos hablar de dos fases:

1. Fase inicial, caracterizada por la dimensión física y funcional, donde se puede apreciar fatiga, incontinencia urinaria e impotencia sexual (Courneya et al., 2007).
2. Fase Post-Estrés, caracterizada por la dimensión psicológica y social donde se aprecia estrés y aislamiento social (Korfage et al., 2006). El resultado es la disminución multidimensional, continua y regresiva de la CV del enfermo (Bellizzi, 2008)

- **CÁNCER DE PRÓSTATA**

Tal y como apunta Vázquez-Ortega (2009) en este caso también existen muy pocos estudios que valoren la calidad de vida de los pacientes de cáncer y su relación con los síntomas específicos de la enfermedad o la comparación entre tratamientos.

Arrarás (2010) ha evaluado la CV en pacientes de cáncer de próstata, tanto al inicio de la enfermedad como en periodos largos de seguimiento (de hasta seis años). Los valores de CV han sido en general elevados a lo largo de las diferentes mediciones. Como es evidente, las puntuaciones más bajas han aparecido en la variable relacionada con el funcionamiento sexual y síntomas urinarios.

Un estudio descriptivo llevado a cabo por Gomella (2009) evidenció que los principales determinantes de la calidad de vida de estos pacientes derivaban del dolor óseo, la astenia, las alteraciones sexuales y la interrupción frecuente de sus actividades sociales.

- **CÁNCER DE MAMA**

Tal y como confirma Arrarás (2000) las puntuaciones de CV de las pacientes con cáncer de mama suelen ser altas en los estados iniciales de la enfermedad y suelen seguir siendo elevados en los periodos de seguimiento tras los tratamientos, sobre todo si como hemos comentado anteriormente, el tratamiento ha sido mediante cirugía reparadora. Las diferencias más importantes en CV de las pacientes con cáncer de mama, independientemente del tratamiento, están relacionadas con los aspectos emocionales.

Brunault (2012) ha encontrado relaciones significativas entre las puntuaciones de depresión y ansiedad y calidad de vida medido a través del EORTC QLQ-C30 con 117 pacientes de cáncer de mama después de 8 años de media de haber finalizado el tratamiento tardío con radioterapia. Los factores de calidad de vida que habían disminuido significativamente fueron: el uso del tratamiento secuencial, la calidad de vida general y la calidad de vida emocional. En el análisis multivariado, la depresión y la ansiedad fueron los predictores más fuertes para la disminución de la calidad de vida en las áreas generales, físicas y emocionales ($p \leq 0,02$).

- **CÁNCER DE PULMÓN**

Murillo (2006) constata que los pacientes con cáncer de pulmón comúnmente experimentan síntomas de malestar y disminución en su funcionamiento físico con relación a la enfermedad (tos, dificultad para respirar, dolor torácico, disfonía, astenia, etc.). El impacto de estos

síntomas puede verse reflejado al evaluar el estado emocional y la calidad de vida de los pacientes. Este autor ha llevado a cabo un estudio de CV a lo largo del tratamiento y un período de seguimiento breve, en pacientes con enfermedad no quirúrgica. Los pacientes que recibían los tratamientos presentaban una CV moderadamente satisfactoria. Se daban afectaciones de nivel medio en áreas relacionadas con la enfermedad y la toxicidad de los tratamientos. Estos datos apoyaban la administración de tratamientos activos y hacían ver que los pacientes que recibían tratamiento tenían un nivel autovalorado de CV que permitían pensar que podían tolerarlo.

- **CÁNCER DE PIEL**

En lo referente a la depresión como patología secundaria a las enfermedades de la piel, sí parece existir un consenso a la hora de establecer esta relación. La mayoría de los estudios confirman la existencia de sintomatología depresiva en pacientes dermatológicos (Gupta et al., 1997; Faúndez y Sánchez, 1998). Por lo que respecta a la calidad de vida, algunos estudios informan como áreas más afectadas, por un lado, algunas actividades de la vida cotidiana como las labores del hogar, el cuidado personal, la interacción social, las actividades de recreo, movilidad, sueño, descanso y trabajo; y por otro, factores emocionales como falta de energía, aislamiento social reacciones emocionales alteradas, así como alteraciones en las relaciones sexuales (O'Donnell, Lawlor, Simpson, Morgan y Greaves, 1997).

2.2.2.1.5 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

- **Sexo:** Silveira (2012) encontró en un estudio con 380 pacientes de cáncer de cabeza y cuello que las mujeres presentaban peor calidad de vida general que los hombres. Vrettos (2012) encontró que las pacientes femeninas sometidas a quimioterapia indicaban mayor ansiedad y depresión que los varones. En Suecia, Hammerlid y Taft (2001) realizaron una investigación con el fin de examinar la calidad de vida relacionada con la salud en 135 pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Las variables sociodemográficas como la edad, el sexo y la ubicación del tumor influyeron sobre la percepción de la calidad de vida en general de los pacientes.
- **Edad:** Mohamedali (2012) examinó la calidad de vida en los primeros tres ciclos de quimioterapia intensiva en 103 pacientes de Leucemia Mieloide divididos en dos grupos: jóvenes (entre 18 y 59 años) y mayores (más de 60 años). En comparación con los adultos más jóvenes, los adultos mayores toleran la quimioterapia intensiva muy bien con respecto a la calidad de vida y a las perspectivas de la función física. La evaluación y el cuidado de la

CV de los pacientes oncológicos mayores son objetivos prioritarios en la actualidad. En este sentido, hay una demanda importante sobre la necesidad de contar con datos en este rango de edad, entre otros motivos debido a que hay un número creciente de pacientes mayores los cuales están recibiendo con mayor frecuencia tratamientos oncológicos similares a los de las personas más jóvenes. En los casos de cáncer de mama, se ha encontrado que las pacientes de mayor edad (más de 50 años) tienen puntuaciones en CV mayores que las mujeres más jóvenes (Yélamos, 2007).

- **Relaciones Familiares:** Los resultados de Gavira (2007) son similares a las investigaciones desarrollada por Da Costa Neto y Cavalcanti (2005) y Steel, Chopra, Olek, y Carr (2007), donde las dimensiones relacionadas con los síntomas de la enfermedad del cáncer, las relaciones familiares y sociales tuvieron alto impacto en la calidad de vida general de los pacientes. Yavas (2012) concluyó que el tipo de cirugía, diagnóstico histopatológico, y el estado menopáusico y *el estado civil* de los pacientes influían en las puntuaciones de imagen corporal ($P = 0,032, 0,004, y 0,019 y 0,005$, respectivamente) en mujeres con cáncer cervical o endometrial.
- **Nivel Educativo:** La gran variabilidad de investigaciones llevadas a cabo con respecto a la Calidad de Vida en cuanto al tipo de enfermedad, los instrumentos de evaluación de la CV utilizados, el perfil de los pacientes, etc. dificulta el hecho de extraer conclusiones categóricas sobre la relación entre el nivel de estudios y la CV de los pacientes. Por ejemplo, Salas y Grisales (2010) encontraron que los pacientes de cancer de mama que tenían estudios técnicos o universitarios presentaban diferencias estadísticas ($P < 0,05$) en la CV relacionada con aspectos físicos (funcionalidad, dolor, capacidad de trabajo, etc.) y presentaban al mismo tiempo 19 puntos más (sobre 100) en calidad de vida social (relaciones personales, soporte social, actividad sexual, etc.) frente a los que solo tenían estudios primarios. Iglesias et al (2010) encontraron que un mayor nivel de estudios correlacionaba positivamente con una mayor percepción en la calidad de vida de pacientes con Enfermedad de Crohn. Mickevičienė (2012) demostró que uno de los predictores más significativos de las altas puntuaciones de calidad de vida es el nivel educativo.
- **Espiritualidad:** Puchalski (2012) confirma que la espiritualidad es un elemento esencial en la forma en la que pacientes con cáncer sobrellevan su enfermedad desde el diagnóstico hasta el tratamiento, la supervivencia, la recurrencia y la muerte. Los estudios han indicado una relación significativa entre la espiritualidad y la calidad de vida, en una doble vertiente, positiva (como ayuda a sobrellevar la enfermedad y la muerte) y en su parte más negativa, como el sufrimiento espiritual que conlleva la no aceptación de la enfermedad o el cuestionamiento sobre el sentido de la vida y la muerte. La integración de la espiritualidad como un dominio esencial de la atención se traducirá en mejores resultados de salud, en

particular la calidad de vida de los pacientes a través de la trayectoria del cuidado del cáncer (Sinclair, 2012). El no poder afrontar las necesidades espirituales de los pacientes con cáncer afecta el bienestar del paciente y a su percepción sobre la calidad de la atención recibida. Phelps (2012) estudió a pacientes con cáncer avanzado y a médicos y enfermeros. La mayoría de los pacientes (77,9%), médicos (71,6%) y enfermeros (85,1%) cree que el cuidado espiritual de rutina (rezar, ir a misa, etc.) tendría un impacto positivo en los pacientes. El análisis cualitativo identificó beneficios de la atención espiritual, incluyendo el apoyo a los pacientes, el bienestar emocional y el fortalecimiento de las relaciones entre personal médico y pacientes

- **Grupo Étnico:** Matthews (2012) ha llevado a cabo un estudio para evaluar los factores sociodemográficos, clínicos y psicosociales asociados a la salud física y mental de la calidad de vida entre supervivientes afroamericanos y blancos de cáncer. Se entrevistaron a 248 afroamericanos y a 244 blancos con antecedentes de cáncer de mama, próstata o cáncer colorrectal. Los afroamericanos presentaron peores puntuaciones en Calidad de Vida Mental en comparación con los supervivientes blancos. Sin embargo, parece a la luz de estos resultados que las diferencias están más relacionadas con el nivel socioeconómico de los pacientes. Los factores asociados con puntuaciones en Calidad de Vida Física que incluyeron fueron estar desempleado, no tener seguro médico, presencia de comorbilidades médicas, mayor tiempo de diagnóstico y niveles de estrés asociados al diagnóstico de cáncer. Por su parte, los factores asociados con puntuaciones en Calidad de Vida Mental incluyeron estar desempleado, mayores niveles de estrés diario y asociados al diagnóstico, niveles más alto de apoyo social percibido y mayores niveles de espiritualidad.

2.2.2.1.6 VARIABLES EMOCIONALES Y PSICOLOGÍAS

- **Afrontamiento:** El afrontamiento es definido como los esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar el estrés y reducir las tensiones causadas por las situaciones aversivas, tanto internas como externas que las personas enfrentan en el curso de la vida diaria (Lazarus, 2000). El afrontamiento tiene dos funciones principales: manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación (afrontamiento dirigido al problema), o bien regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia a esa situación (afrontamiento dirigido a la emoción). Ambos afrontamientos se influyen mutuamente y pueden potenciarse o interferir entre sí (Gavira, 2007). Friedman (1988) encontró que el estilo de afrontamiento de evitación se asociaba con un peor ajuste en varios índices de calidad de vida, mientras que el afrontamiento activo se

asociaba con un mejor ajuste en los mismos índices. La negación se relaciona con una mala adaptación en la atención a la salud.

- **Estado emocional negativo.** Según Barra, Cerna, Kramm y Vélez (2004) los estados emocionales pueden influir en la salud mediante efectos directos en el funcionamiento fisiológico, en el reconocimiento de síntomas, en la búsqueda de atención médica, en la involucración de conductas saludables y no saludables, en estrategias de regulación emocional y en la percepción de apoyo social. En general, los estados de ánimo negativos, especialmente si son intensos y/o prolongados, hacen al individuo más vulnerable a diferentes enfermedades infecciosas, incrementan la percepción y reportes de síntomas, disminuyen la predisposición a buscar atención médica oportuna, inducen conductas no saludables como fumar o ingerir alcohol y pueden afectar tanto la recepción como la percepción de apoyo social. Esto permitiría explicar que el pesimismo y ánimo depresivo, se asocian con un mayor efecto negativo del estrés sobre la salud. Gavira (2007) afirma que *“la adaptación a la enfermedad dependerá, además, de factores como la edad, el género, el modelo cultural y educativo, el apoyo social, las creencias relacionadas con la enfermedad, los autoesquemas, el locus de control externo e interno hacia la salud, los rasgos de personalidad, las habilidades sociales, los estilos de afrontamiento, las emociones negativas, las enfermedades crónicas asociadas y los efectos secundarios de los tratamientos médicos y farmacológicos utilizados, entre otras”* (pág. 56). Todos estos factores, en algunos casos, podrán permitir o no a los pacientes con cáncer lograr un adecuado bienestar psicológico. Whitford y Olver (2012) predijeron de manera significativa los cambios en el estado de ánimo, sangrado, picor de piel, caída de cabello, cansancio y trastornos de sueño ($\beta = .30$ a $0,55$) por las expectativas del paciente sometido a quimioterapia. La ansiedad se relacionó significativamente con las expectativas sobre el estado de ánimo. La preocupación ansiosa presentó algún grado de asociación con las 20 toxicidades de la quimioterapia ($r = 0,11$ - $0,34$). Los hallazgos apoyan la afirmación creciente de que las expectativas del paciente influyen en la experiencia, afectando negativamente a la calidad de vida.
- **Pesimismo y pensamiento catastrófico:** Mera y Ortíz (2012) llevaron a cabo un estudio sobre la relación entre el optimismo y las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama. Concluyen que el pesimismo en mujeres con cáncer de mama se encuentra asociado a la interrupción en actividades sociales y de diversión (Carver, Lehman y Antoni, 2003) y a dificultades para adaptarse al diagnóstico y tratamiento, aumentando el riesgo de reacciones psicológicas desfavorables. Además, se ha demostrado que el pesimismo eleva la secreción de cortisol y la actividad adrenocortical que se vincula con la tendencia a la depresión en la mitad de la vida y a la mortalidad por

cáncer en personas mayores (Van Eck, Berkhof, Nicolson y Sulon, 1996). Jacobsen, Andrykowski y Thors (2004) analizaron la relación entre el pensamiento catastrófico y la fatiga en pacientes de cáncer de mama. Entre las pacientes que recibieron radioterapia, aquellas que mostraban mayores puntuaciones en pensamiento catastrófico, antes de la terapia, experimentaron significativamente más fatiga que las de bajas puntuaciones. Carver, Pozo, Harris, Noriega y Séller (1993) encontraron que determinadas estrategias de pensamiento (como la negación o la evitación) se relacionaban directamente con el pesimismo y con una tendencia al afecto negativo (Schou, Ekeberg, Ruland, Sandvik y Karenzen, 2004). Scheier y Carver (1993) encontraron que las mujeres con cáncer de mama optimistas se sienten menos angustiadas frente al diagnóstico que las pesimistas, mientras que otros estudios ponen de manifiesto cómo el pesimismo en mujeres con cáncer de mama favorecía la aparición de trastornos de ansiedad y depresión, repercutiendo considerablemente en su calidad de vida (Schou, Ekeberg, Ruland, Sandvich y Karenzen, 2004).

- **Percepción de la enfermedad:** Hoogerwerg, Ninaber, Willems y Kaptein (2012) han llevado a cabo un estudio con sobre la percepción de la enfermedad en pacientes con cáncer de pulmón que tiene por título “los sentimientos son hechos”. Se les pidió a los pacientes que dibujaran sus pulmones y el tumor (localización y tamaño). Pocos pacientes hicieron un dibujo preciso. Lo curioso es que se ha encontrado una relación entre el dibujo y el “optimismo” sobre su curación. Los pacientes que dibujaron el tumor más grande que lo que en realidad es (por las radiografías de tórax) obtuvieron bajas calificaciones en el Cuestionario Breve de Percepción de la Enfermedad en “preocupación”, respuesta emocional y línea del tiempo, lo que indica su esperanza de ser curados de cáncer de pulmón. Los pacientes que realizaron un dibujo más preciso de sus pulmones tenían opiniones menos optimistas sobre su pronóstico.

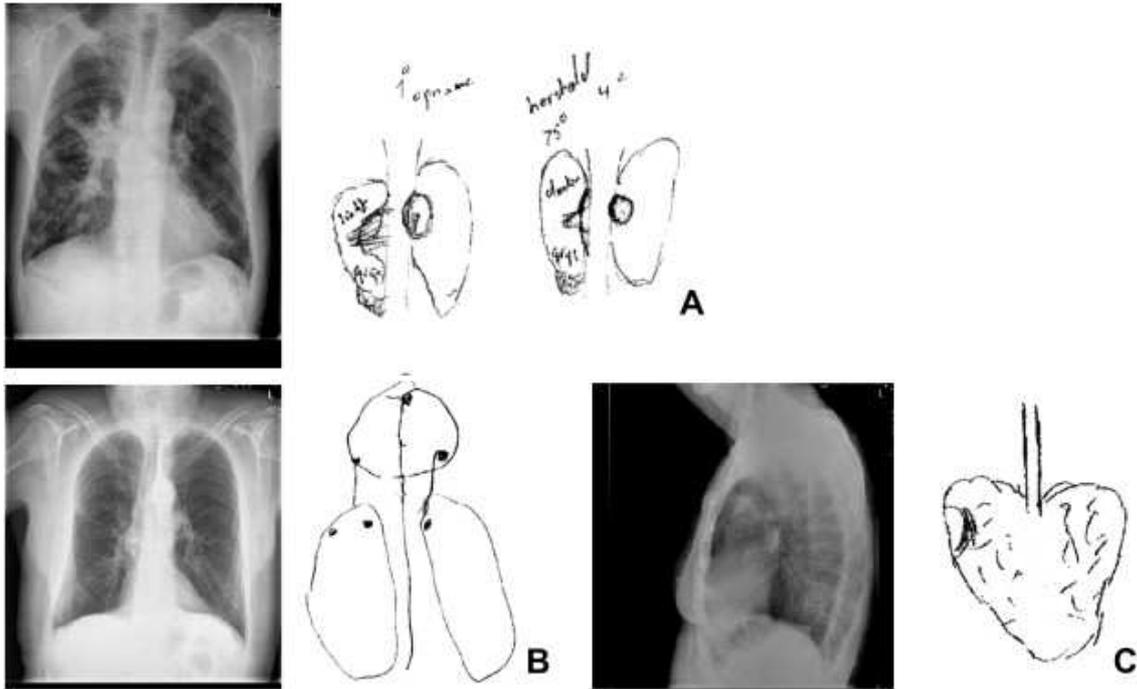


ILUSTRACIÓN 11 DIBUJOS REALIZADOS EN LA INVESTIGACIÓN DE HOOGERWERG (2012)

- **Crecimiento Post-Traumático:** Koutrouli (2012) revisó 24 estudios publicados desde 1990 hasta 2010 que miden el trastorno de estrés postraumático y el crecimiento postraumático en mujeres con cáncer de mama, en términos de tasas de frecuencia, los factores asociados con el trastorno de estrés postraumático y el crecimiento postraumático, y sus interrelaciones. Un porcentaje relativamente pequeño de mujeres experimentó el trastorno de estrés postraumático, mientras que la mayoría de ellos reportaron crecimiento postraumático. La edad, educación, situación económica, la evaluación subjetiva de la amenaza de la enfermedad, el tratamiento, el apoyo de otras personas significativas, y estrategias positivas de afrontamiento fueron algunos de los factores más frecuentes asociados a estos fenómenos. Por otra parte, el trastorno de estrés postraumático y el crecimiento postraumático no estaban relacionados.

2.2.3 DESPUÉS DEL CÁNCER

En los supervivientes, el miedo a la recaída es un factor estresante estudiado ampliamente en los cánceres de mama, próstata y colon (Koch, 2013). Mols (2012) llevó a cabo un estudio con pacientes de Mieloma Múltiple 10 años después del diagnóstico, quienes informaron de puntuaciones estadísticamente significativas y clínicamente relevantes en todas las escalas de calidad de vida en comparación con la norma. Las quejas más frecuentes estaban relacionadas con los síntomas físicos que habían quedado desde que habían pasado la enfermedad:

- Hormigueo en manos / pies (32%),
- Dolor de espalda (28%),
- Dolor de huesos / dolor general (26%),
- Dolor en el brazo / hombro (19%) y
- Somnolencia (18%).

Además el 37% se mostraba preocupado por su salud en el futuro, el 34% pensaba acerca de su enfermedad, y el 21% continuaba preocupado por morir.

Tobiasz-Adamczyk (2012) plantea que esta “sociedad de la remisión” donde el número de supervivientes de cáncer es muy elevado es fundamental estudiar la calidad de vida de estas personas para valorar el éxito del tratamiento y la satisfacción del cliente. En su revisión con datos de Polonia constata que para las mujeres que han sobrevivido a un cáncer de mama, la imagen corporal, el miedo, la satisfacción con el tratamiento y la evaluación estética pueden mejorar la voluntad para vivir. Las mujeres que perciben el apoyo de familiares y amigos tienen un mejor afrontamiento y ajuste psicológico, mientras que la falta de apoyo social es un factor de riesgo para la ansiedad y la depresión. Por su parte, en personas que han sobrevivido a un cáncer de colon, las mujeres a las que se ha practicado un estoma reportaron un menor nivel de bienestar que los hombres, tenían mayor nivel de estrés y pérdida de control sobre las emociones y sus comportamientos. Begovic-Juhant (2012) encontró que el 56% de las mujeres supervivientes de cáncer de mama presentaban puntuaciones altas en depresión relacionadas con el sentimiento de sentirse menos atractivas y menos femeninas, y que estas puntuaciones correlacionaban con la puntuación total en calidad de vida.

En el estudio llevado a cabo por Ness (2013) la calidad de vida se informó con una media de 8,44 en una escala de 0-10. Los cinco principales problemas identificados fueron:

- Miedo de la recidiva,
- Fatiga,
- Convivencia con la incertidumbre,
- Manejo del estrés y
- Trastornos del sueño.

La prevalencia y la gravedad de las preocupaciones difieren en función del tipo de cáncer y el tiempo desde el diagnóstico. Smith (2013) encontró en su estudio con 682 supervivientes de Linfoma No Hodgkin tras 10 años del tratamiento que el menor apoyo social y haber recibido un trasplante están relacionados con las percepciones negativas del impacto del cáncer. Khimani (2013) encontró relación entre el empeoramiento de la calidad de vida de supervivientes de Linfoma de Hodgkin si presentaban nuevas complicaciones cardiopulmonares ya que afectaba también a su energía aumentando la fatiga.

2.2.4 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

El origen y desarrollo de los instrumentos de evaluación de CV es paralelo a la definición del propio constructo. Por lo tanto, los contenidos de los diferentes instrumentos de evaluación han ido modificándose y adaptándose al desarrollo de la definición de CV que ha ido ofreciendo la OMS y que actualmente engloba aspectos físicos, emocionales y sociales del bienestar. La importancia de estos instrumentos de evaluación de la CV se debe a que forman parte de las pautas de actuación clínica y de las decisiones terapéuticas en cuanto a la administración de tratamientos, como apuntan Terol et al (2000).

Actualmente, para los estudios sobre CV se utilizan instrumentos o bien **globales** para toda clase de enfermedades y tratamientos (como el Cuestionario de Spitzer o el Perfil de Salud de Nottingham) o **específicos** para una enfermedad concreta. Dentro de los cuestionarios específicos sobre CV en el cáncer existen instrumentos genéricos para todos los tipos de cáncer, como el Functional Living Index Cancer (FLIC) o el Cuestionario de la EORTC (Organización Europea para la Investigación en el Tratamiento del Cáncer) y otros cuestionarios concretos en función del tipo de cáncer, como los existentes para la medición de la CV del cáncer de pulmón (*Functional Assessment of Cancer Therapy - Lung Cancer* (FACT-L), de mama o de próstata entre otros.

En la Tabla 6 se muestra el resumen de los principales instrumentos de evaluación de la CV específica del cáncer más utilizados.

TABLA 6 PRINCIPALES CUESTIONARIOS DE CV ESPECÍFICOS PARA EL CÁNCER. ADAPATADO DE MARTIN-ORTIN ET AL. (2005)

NOMBRE	AUTORES	AÑO	PUNTUACIÓN	VARIABLES	VENTAJAS	INCONVENIENTES
THE KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS KPS: ÍNDICE DE KARNOFSKY	Karnofsky y Buchanan	1949	0 a 100	Grado de capacidad del paciente para poder realizar actividades cotidianas	Es utilizado como predictor de la mortalidad	Se centra en aspectos físicos y no evalúa los efectos del tratamiento ni las dimensiones psicológicas y sociales de la salud
EASTERN COOPERATIVE ONCOLOGY GROUP PERFORMANCE SCALE ECOG Zubrod Scale	Zubrod et Al.	1960	Cinco categorías que van desde 0 (actividad normal) a 5 (exitus)	Evalúa lo que el paciente es capaz de hacer, en lugar de lo que realmente hace	Es de fácil administración para médicos y oncólogos	No tiene en cuenta los aspectos psicosociales de la enfermedad
PERFIL DE CALIDAD DE VIDA DE SPITZER QUALITY OF LIFE INDEX: QLI)	Spitzer, Dobson y Hall	1981	15 puntos	Evaluación global de la calidad de vida a través de cinco subescalas: <ul style="list-style-type: none"> - Actividad física - Vida diaria - Estado subjetivo de salud - Relaciones - Apariencia 	Puede cumplimentarlo el propio médico	Demasiado breve

<p>ROTTERDAM SYMPTOM CHECK LIST (RSCL)</p>	<p>Haes y Welvaart</p>	<p>1985</p>	<p>39 ítems</p>	<p>39 ítems divididos en las siguientes subescalas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Síntomas físicos: fatiga, síntomas gastrointestinales, dolor y síntomas de quimioterapia - Síntomas psicológicos - Actividades de la vida diaria - Calidad de vida global 	<p>Se considera uno de los más apropiados para evaluar calidad de vida en pacientes con cáncer ya que permite hallar diferencias entre pacientes con distintos tratamientos de quimioterapia</p>	<p>Los enfermos de cáncer sin tratamiento de quimioterapia no pueden responder completamente al cuestionario</p>
<p>FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CANCER THERAPY SCALE FACT</p>	<p>CELLA, TROSS Y ORAV</p>	<p>1989</p>	<p>27 ítems generales y escalas específicas para distintos tipos de cáncer</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bienestar físico - Bienestar social/familiar - Bienestar emocional - Bienestar funcional 	<p>Las propiedades psicométricas para los ítems generales son adecuadas</p>	<p>La validez de contenido para los ítems específicos de los diferentes tipos de cáncer no es muy elevada</p>
<p>CANCER REHABILITATION EVALUATION SYSTEM SHORT FORM CARES-SF</p>	<p>SCHAG, GANZ Y HEINRICH</p>	<p>1991</p>	<p>139 ítems Existe una versión reducida de 59 ítems</p>	<p>Puntuación global de alteración de la calidad de vida y cinco subescalas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Física, - Psicosocial, - Interacción con el médico, - Interacción con la 	<p>Resultando mejor predictor de la calidad de vida de los pacientes que el Índice de Karnofsky,</p>	<p>Se han descrito problemas para su aplicación en personas mayores, especialmente en ancianos hospitalizados</p>

				pareja – Sexual		
MCGILL QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE MQOL	COHEN, MOUNT, TOMAS Y MOUNT	1996	16 ítems	Recoge cinco dominios de calidad de vida: síntomas físicos, bienestar físico, psicológico, existencial y aspectos de apoyo.	Resulta adecuado para realizar medidas rutinarias y continuadas de calidad de vida en cuidados paliativos,	Aunque no recoge adecuadamente el dominio social.
EDMONTON FUNCTIONAL ASSESSMENT TOOL	EFAT DE KAASA, LOOMIS Y GILLIS	1997	10 ítems	Evalúa la funcionalidad del paciente	Resulta muy útil como índice de rehabilitación	Específico para el cáncer terminal
QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE, CORE 30 QLQ-C30	FAYERS ET AL.	2001	30 ítems que se agrupan en	Cinco escalas funcionales: – Funcionamiento Físico, – Social, – Emocional, – Cognitivo – Rol Tres escalas de síntomas: – Fatiga, – Dolor, – Náuseas y vómitos, y una escala global de salud/calidad de vida	Una parte central del instrumento aplicable a todos los enfermos de cáncer y, paralelamente, una serie de módulos específicos adaptados a cada tipo de cáncer.	

CAPÍTULO 3:
*CALIDAD DE LA
RELACIÓN DE PAREJA*

*En esos inviernos que soporta el corazón hay una primavera a punto de despertar,
detrás de la noche más oscura, siempre hay la promesa de un precioso amanecer*

(Kalim Gibram)

3.1 INTRODUCCIÓN

En un primer momento puede causar cierta extrañeza comprobar el poco interés que desde la Psicología Científica se ha dado a un tema tan fundamental como el amor. Mientras que la poesía, la literatura, la música, el cine, y en definitiva cualquier rama del arte han tenido al amor como su punto central, la Psicología desde el S. XIX hasta nuestros días apenas ha llevado a la práctica investigaciones sobre los mecanismos de origen, mantenimiento y pérdida de las relaciones de pareja y son pocos los modelos teóricos que han tratado de explicar su dinámica.

Esta falta de interés de la Psicología por algo tan fundamental para el ser humano como el amor, puede estar relacionada con la perspectiva clínica que durante el S. XX predominó en la Psicología Científica. El hecho es que a pesar de contar con varias teorías sobre el amor, la Psicología todavía no ha llegado a una definición única y consensuada sobre este concepto.

Sangrador (1993) apunta que en las últimas décadas (entiéndase desde los años 80 del siglo pasado) ha ido creciendo el interés de la Psicología en general y la Psicología Social en particular por el tema del amor y apunta esta circunstancia a la mayor sensibilidad por aspectos emocionales del comportamiento debido a la mayor incorporación de la mujer a la investigación psicológica o, paradójicamente, al aumento de rupturas y conflictos amorosos.

Como escribe Sangrador (2001) en la reseña del libro de Carlos Yela "El Amor desde la Psicología Social: ni tan libres, ni tan racionales": *"el fenómeno amoroso constituye, sin la menor duda, una de las tres o cuatro áreas de mayor relevancia social en el ámbito de la Psicología y/o la Psicología Social. Desde el punto de vista sustantivo parece innecesario, pues, resaltar su gran importancia, tanto a nivel social (dado que el amor es la razón confesada para el matrimonio, institución familiar básica de la estructura social en nuestra cultura), como a nivel personal. En este último sentido, en efecto, el amor es uno de los fenómenos que más parece impulsar los comportamientos humanos"*.

Este capítulo trata de sentar las bases de una definición más o menos consensuada sobre el amor y las fases que lo conforman. Se hará un repaso a cómo ha ido cambiando el concepto de amor a lo largo de la historia y se analizará la perspectiva sociológica y biológica del amor antes de adentrarnos en cómo las principales corrientes psicológicas (psicoanálisis, humanista, conductista y cognitivo conductual) han tratado este tema. Por último, se analizarán las variables que componen la satisfacción con la relación de pareja y las escalas que se han desarrollado para medir la calidad de la relación de pareja. El objetivo de este capítulo es tratar de determinar qué parte del amor reflejado en los factores de Calidad de la Relación de Pareja pueden influir en el Bienestar en general y en la Calidad de vida de un enfermo de cáncer.

3.2 DEFINICIÓN DEL AMOR

El Diccionario de la Lengua Española de la RAE (22 edición) recoge hasta 14 entradas para el término “amor”, entre otras con las siguientes acepciones:

1. Sentimiento intenso del ser humano que, partiendo de su propia insuficiencia, necesita y busca el encuentro y unión con otro ser.
2. Sentimiento hacia otra persona que naturalmente nos atrae y que, procurando reciprocidad en el deseo de unión, nos completa, alegra y da energía para convivir, comunicarnos y crear.
3. Sentimiento de afecto, inclinación y entrega a alguien o algo.
4. Tendencia a la unión sexual.

Como podemos comprobar el propio Diccionario de la RAE recoge en sus diferentes acepciones los distintos enfoques que se ha ido dando al concepto del amor, desde una carencia personal que intentamos suplir con lo que nos aporta otra persona, a una atracción natural, una relación en la que debe haber reciprocidad, un sentimiento de afecto (alejado por tanto del amor romántico) o una tendencia sexual.

Realmente a lo largo de la historia ha habido tantas definiciones de amor como personas lo han estudiado, sin que exista aún hoy una definición consensuada por la Psicología.

Las primeras aproximaciones al concepto de amor las encontramos en la Filosofía Clásica. Platón en su obra “El Banquete” define el amor como la unión del deseo de dar lo mejor de uno mismo con el deseo y la necesidad de recibir lo mejor del otro. Otros filósofos como Hobbes (S. XVII) en su obra “Leviatán” definen el amor como el resultado del miedo a permanecer solo. Locke, en “Sobre el entendimiento humano” afirma que el amor es fruto de la reflexión sobre el placer físico y espiritual que nos produce una persona. Spinoza, en “Ética”, mantiene que el amor es un sentimiento de alegría unido al conocimiento de su causa. Para Kant, amamos a una persona cuando sus fines se vuelven importantes para nosotros. Nietzsche (S. XIX) se refiere en distintas ocasiones al amor como una trampa para perpetuar la especie.

Una dificultad añadida a la hora de conceptualizar el amor es el hecho de que no exista un solo tipo de amor, sino que tal y como defiende Fromm en su libro “El arte de amar” (1956) existen diferentes formas de amor. En este libro Fromm defiende que amar es un arte y que como tal puede aprenderse y requiere un esfuerzo por parte de la persona que ama para poder desarrollarlo en su plenitud. Para Fromm se pueden definir cinco tipos de amor: fraternal, erótico, a Dios, materno y a uno mismo. Según este autor, el problema fundamental, y el motivo por el que muchas relaciones

fracasan, es porque se asocia al amor con la química sexual e intelectual. Este error proviene de tres ideas erróneas:

- **El objeto de amor**: la mayoría de las personas cree que el problema es encontrar alguien a quien amar y ahí acaban los inconvenientes.
- **La sociedad de consumo**: se busca una pareja que reúna las cualidades que tienen las personas atractivas, acorde a los parámetros sociales del momento. Se entiende que las cualidades que nos enamoran de una persona son una “moda” que se puede relacionar con los criterios de consumo del momento.
- **El enamoramiento inicial**: se cree que ese momento que promueve la cercanía de dos personas es amor. El paso del tiempo convierte aquella atracción en antagonismo, resaltando aun más las diferencias, y provocando una gran desolación.

Tras esta revisión de las principales definiciones filosóficas del concepto “amor” podemos concluir que existen dos características que están presentes en todas ellas:

- **El amor es un proceso dinámico**: el amor cambia, no se mantiene estable a lo largo de una misma relación. De hecho, como veremos más adelante, se han aportado incluso desde el punto de vista fisiológico al menos tres fases del amor que van de un primera fase de impulso sexual a una relación más serena, basada en el compromiso.
- **El amor es subjetivo**: Cada persona percibe como importante un aspecto determinado del amor. Ahí radica precisamente la dificultad a la hora de aportar una definición única. Unas personas dan más importancia al plano afectivo, otras al sexual, para otras personas lo importante es el compromiso. La dificultad a la hora de objetivizar los criterios de definición del amor están relacionados con esta subjetividad en la percepción de sus componentes.

3.3 FASES EN EL AMOR

Como comentábamos en el apartado anterior una de las características de amor es su carácter dinámico. Desde distintos enfoques se han planteado cuáles son las fases por las que pasa una relación de pareja. Yela (1997) incluso ofrece una medición del tiempo que dura cada una de estas fases. Para este autor, la primera fase es de pasión erótica y dura aproximadamente un año y medio. En la segunda fase (de enamoramiento), la confianza va cobrando importancia de manera progresiva hasta estabilizarse en torno a los cuatro años.

Uno de los planteamientos con más solvencia científica en el estudio de las fases del amor es el propuesto desde la Teoría del Apego por Zeifman y Hazan (1997) que postulan la existencia de cuatro fases:

- 1) **Fase de preapego:** Esta fase está caracterizada por la atracción sexual. Manifestamos una serie de comportamientos observables (sonrisas, contacto ocular, determinados gestos, etc.) que buscan la proximidad hacia la otra persona.
- 2) **Fase de apego en formación:** Esta fase está caracterizada por el enamoramiento. La activación fisiológica que siente la persona enamorada en esta fase le lleva a presentar síntomas físicos como insomnio, pérdida de apetito, etc. En esta fase se intercambia información personal.
- 3) **Fase de Apego Definido:** Esta fase se caracteriza por el apoyo emocional que se siente hacia la otra persona que llevaría a sentir que no se puede funcionar normalmente si falta la pareja. En esta fase el enamoramiento pasaría a amor.
- 4) **Fase de Postromance:** Esta fase se caracteriza por una fuerte interdependencia emocional que si no se manifiesta puede dar lugar a problemas de pareja, al tener la sensación de caer en la rutina. La conducta de apego y la actividad sexual disminuyen dejando paso a la atención de las obligaciones e intereses personales. En esta fase se llega al “amor compañero” en palabras de Stenberg (2000) convirtiéndose la pareja en figura de apego y proveedor de cuidado.

Otros autores como Díaz (2003) hablan de hasta seis etapas:

1. **Fase de luna de miel.** Caracterizada por la idealización de la pareja y por el deseo de agradar y de haber encontrado un compañero o compañera ideal, por lo que no se dan importancia a aspectos negativos (Murray, Holmes y Griffin, 1996).
2. **Fase de adaptación.** En esta etapa se van ajustando las expectativas de ambos miembros de la pareja y aparecen estrategias de acomodación y asimilación. Se empiezan a asumir roles más independientes y se va adquiriendo un espacio propio.
3. **Fase de lucha de poder:** En la que cada uno de los miembros de la pareja quiere tener libertad. Para Bader y Pearson (1998) el interés en esta fase es individual y debe existir comprensión por parte de ambos para que se dé el equilibrio necesario para la continuación de la pareja.

4. **Etapa de Interdependencia.** En esta etapa suelen salir a la luz conflictos no resueltos o discusiones. Si se supera esta etapa se fortalece el compromiso, la intimidad y el afecto.
5. **Etapa de Crecimiento Mutuo.** Una vez aceptadas las diferencias la convivencia se fortalece lo que facilita el crecimiento personal.
6. **Etapa de aceptación mutua y reconciliación.** Es la etapa de la comprensión y la necesidad de compartir, de la satisfacción general con la relación. Se reconocen y aceptan las limitaciones de uno mismo y de la pareja y una vez aceptadas no se trata de cambiar al otro.

En general, las diferentes aportaciones a las fases del amor parten de una atracción personal y física que poco a poco va transformándose en un enamoramiento para llegar finalmente a una fase de “tranquilidad” donde otras variables ajenas a la sexualidad y al amor romántico presiden la relación.

Pero ¿por qué nos fijamos en una persona en concreto? ¿Por qué nos sentimos atraídos por esa persona en un momento determinado? En esta cuestión tampoco hay consenso. Desde el punto de vista más *biológico* podría tratarse de un conjunto de impulsos bioquímicos en los que a través de la secreción de determinadas hormonas y neuropéptidos, nuestro sistema límbico activaría una serie de receptores que identificarían a una persona como la adecuada para aparearse. Desde el punto de vista de la *psicología conductual*, existen una serie de características personales que hemos condicionado a través de aprendizaje (por relaciones anteriores, por ser características presentes en nuestras figuras de referencia, o aprendidas de forma vicaria) y que nos hacen evaluar positivamente a una persona (Berscheid y Walster, 1978). Para el *psicoanálisis*, esas características que nos atraen de alguien son las que estaban presentes (o radicalmente ausentes) en nuestros progenitores. Es probable que las tres visiones aporten su parte de valor a la realidad, ya que parece evidente que la primera atracción, el “flechazo” que podemos sentir tiene tres componentes, uno ***cognitivo o emocional*** (los pensamientos que hemos racionalizado sobre la otra persona, pensando qué nos puede aportar y que pueden estar relacionados según Brehm (1985) con aspectos como el prestigio, el dinero, etc.); un ***componente físico*** (relacionado con las características observables de la persona (belleza, sentido del humor, inteligencia) y un ***aspecto conductual*** (relacionado con el comportamiento de la otra persona hacia nosotros).

3.4 EL AMOR A LO LARGO DE LA HISTORIA

Es curioso comprobar cómo el amor y las relaciones de pareja han ido cambiando en diferentes momentos históricos. Quizá la primera prueba de amor hacia una pareja o familiar que podemos intuir es el hecho de los enterramientos, como muestra la imagen de Los amantes de Hansalu, datada en el año 800 a.c. (Ilustración 12).

En el antiguo Egipto el matrimonio era considerado un contrato en igualdad para ambas partes aunque lo realmente importante era la capacidad de procrear, por lo que no importaba que los hijos fueran o no legítimos. Consideraban el sexo como algo natural.

En la Grecia Clásica la mujer no tenía derechos políticos por lo que el matrimonio era concertado. Así pues, el amor entre esposos no era importante. Se diferenciaba la *philía* (cariño) de la pasión (*erós*) que habitualmente se daba fuera de la institución familiar o en su caso a través de las concubinas o esclavas del hombre.

En Roma, el matrimonio también era concertado por el pater familias que cedía los derechos sobre la mujer al marido con la garantía económica de la dote. Aquí tampoco se esperaba que hubiera amor entre los esposos, sobre todo de clases altas, donde el matrimonio tenía una función política y social más que romántica, dándose las relaciones sexuales a través de esclavas o esclavos o a través de la prostitución, muy extendida y aceptada en Roma.



ILUSTRACIÓN 12 AMANTES DE HANSALU (800 A.C.)

En la Edad Media, los matrimonios siguen una línea patriarcal, con dote o sanción en caso de no cumplir lo exigido. Las relaciones sexuales se limitaban a la “honesta copulatio” con el único objetivo de engendrar herederos. En esta época aparece el “amor cortés” que suponía una concepción platónica y mística del amor, una forma de amar secreta que en muchos casos implicaba adulterio, por lo que los hijos bastardos eran muy comunes.

Entre los siglos XVI y XVIII el matrimonio continúa siendo de conveniencia y el amor romántico estaba relacionado con el amor cortés medieval pero que se expresaba de una forma exclusivamente poética.

No es hasta el S. XIX cuando los conceptos de amor romántico, matrimonio y sexualidad comienzan a converger produciéndose un cambio radical en la concepción del amor. El romanticismo fue muy importante como movimiento ideológico durante el S. XIX y comienza a prosperar el concepto de matrimonio por amor, favorecido por la aparición de la sociedad industrial que modifica la necesidad de los matrimonios de conveniencia para la adquisición de terrenos. En este momento, las mujeres empiezan a “revelarse” para casarse con aquella persona libremente elegida y no sometida a la voluntad del padre. Este cambio en las relaciones de pareja, y sobre todo en el papel de la mujer para la libre elección de su pareja se asienta definitivamente en la década de los sesenta del S. XX con la llamada Revolución Sexual.

Como manifiesta Sanpedro (2005) aunque actualmente en muchos países todavía existen matrimonios concertados, en las sociedades de los países más desarrollados no se concibe el matrimonio sin amor. De hecho, según este autor, el concepto de amor se ha idealizado a través del cine, la música, la televisión, etc. Y es precisamente esta idealización lo que puede estar llevando a incrementar notablemente los casos de divorcios y rupturas de pareja. Rodríguez-Brioso (2004) apunta “en las sociedades modernas, el matrimonio y/o la relación de pareja, tienen como objetivo principal la felicidad” lo que empuja a que las relaciones sean más satisfactorias pero también más inestables. En nuestro país, el 50% de los matrimonios se rompe antes de los 11 años.

Beck y Beck-Gernsheim (2001) apuntan que los motivos de la evolución del concepto de amor en los últimos años se debe a dos causas fundamentales: la flexibilidad del mercado de trabajo y la liberación de las mujeres de su rol tradicional de género que han supuesto un cambio en la forma de concebir las relaciones de pareja que han llevado a disolver los vínculos sociales tradicionales que aportaban estabilidad y seguridad en las relaciones amorosas. Para Gross (2008) el declive del matrimonio para toda la vida y el surgimiento de nuevos modelos familiares no supone que se haya perdido el concepto tradicional de amor romántico si no que muy al contrario, éste sigue siendo la base sobre la cual las personas construyen sus relaciones amorosas.

3.5 BIOQUÍMICA DEL AMOR

Desde el punto de vista fisiológico, el **amor** es un proceso **bioquímico** que ocurre en el **cerebro**, involucrando varias de sus áreas (principalmente el sistema límbico), glándulas y neurotransmisores. Ulloa (1963) ofreció una interpretación del amor que resultó pionera al definirlo como una *“intoxicación de hormonas sexuales, resultado de específicos reflejos condicionados”*. En la actualidad, la base bioquímica del amor parece que ha quedado suficientemente demostrada y es que a efectos biológicos, el amor puede definirse como una *“enfermedad”*. Muñoz de la Peña (2002) nos ofrece la siguiente definición: *“Los síntomas del enamoramiento que muchas personas hemos percibido alguna vez, si hemos sido afortunados, son el resultado de complejas reacciones químicas del organismo que nos hacen a todos sentir aproximadamente lo mismo, aunque a nuestro amor lo sintamos como único en el mundo”*.

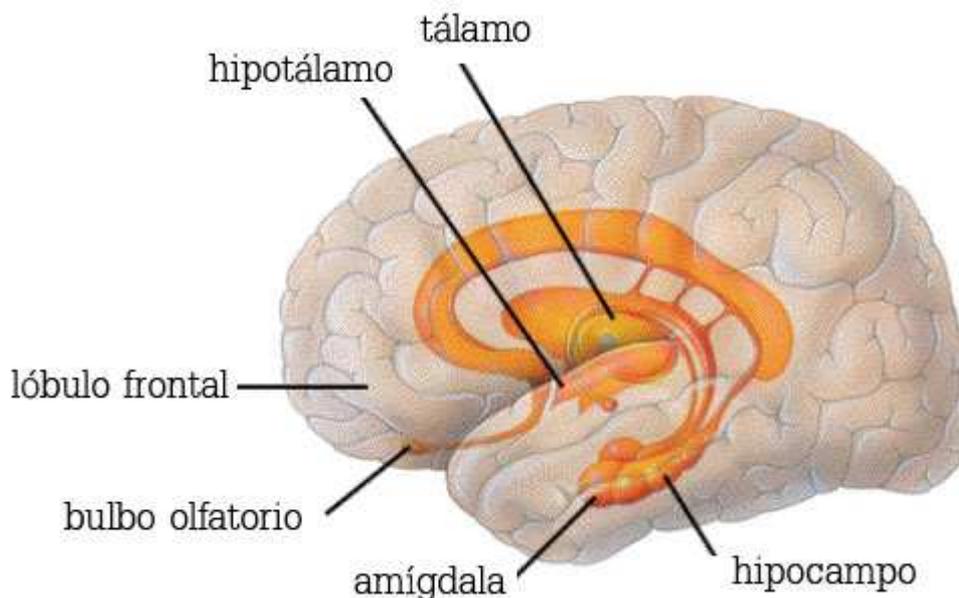


ILUSTRACIÓN 13 SISTEMA LÍMBICO

No deja de resultar curioso como las tres frases de enamoramiento, consensuadas desde hace tiempo por la psicología, parecen tener una fundamentación neuroquímica. De esta manera, cada una de las fases del amor comentadas en el apartado 3.2 de este capítulo (flechazo o deseo, enamoramiento o atracción y apego) tienen aparejada la presencia de un neurotransmisor distinto.

1) FASE DE DESEO O FLECHAZO

La ciencia ha demostrado en los últimos años la existencia del “flechazo”. Ante determinados estímulos, se activan una serie de neurotransmisores que activan el centro de la recompensa (Área Tegmental Ventral (VTA) y el Núcleo Acumbens), el mismo centro que se activa en las adicciones, produciendo sensación de placer.

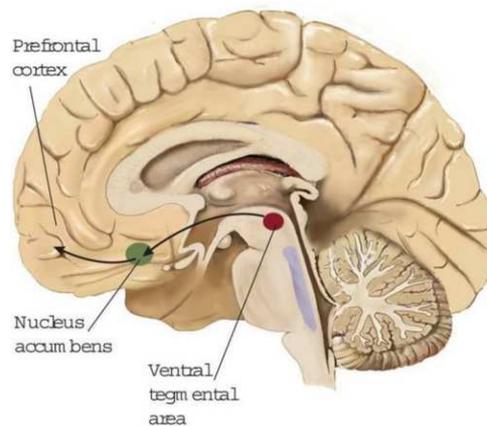


ILUSTRACIÓN 14 CENTRO DE LA RECOMPENSA

Sin embargo, todavía no existe consenso sobre cuáles son los estímulos que originan esta activación y si estos estímulos son más biológicos o sociales, o una unión de ambos factores. Según Fisher (1992) uno de esos estímulos podría ser el sentido del olfato. Cada persona tiene un olor ligeramente diferente de modo que, en el momento adecuado, podría evocar recuerdos agradables y provocar esa reacción bioquímica. Por su parte, para Money (1999) este enamoramiento tendría un componente más “visual”. Postuló el concepto de “*mapa del amor*” que sería un esquema de aquello que nos hará enamorarnos de una persona y no de otra. Este mapa se desarrolla entre los cinco y los ocho años de edad como resultado de asociaciones con miembros de la familia, amigos, experiencias y hechos fortuitos. En la adolescencia este “mapa” se convierte en la imagen mental de la pareja ideal, de los rasgos que uno encuentra atractivo.

Una vez que el cerebro percibe alguno de estos estímulos que originan el proceso de “flechazo”, el sistema endocrino comienza a emitir respuestas fisiológicas intensas (Muñoz de la Peña, 2002). Esta activación del sistema endocrino produce modificaciones en determinados órganos, como las glándulas suprarrenales, aumentando la producción de adrenalina y noradrenalina. Estas sustancias, las mismas que se segregan ante situaciones de estrés, son las responsables de los cambios fisiológicos que se producen en el organismo y que en la señal de estrés suponen la “fase de alerta” en la que el cuerpo se prepara para defenderse o atacar. Estos cambios fisiológicos son: aumento de la frecuencia cardíaca, aumento de la presión arterial sistólica, aumento de la capacidad muscular (se liberan grasas y azúcares), aumento de la producción de glóbulos rojos para mejorar el transporte de oxígeno, etc. Según los estudios de Klein

y Lebowitz (1983) el catalizador de este proceso es la feniletilamina, un compuesto orgánico de la familia de las **anfetaminas**. Además la feniletilamina es precursora de **la dopamina**, responsable de las sensaciones del “amor romántico”. Tal y como defiende Fisher (2004) la dopamina reforzaría la capacidad de deseo y sería la responsable de la ansiedad por repetir el comportamiento que genera placer. En esta etapa se detecta también una mayor presencia de testosterona y estrógenos en el córtex anterior cingulado. Desde el punto de vista biológico, esta etapa duraría aproximadamente unos dos meses.

2) FASE DE ATRACCIÓN O ENAMORAMIENTO

Al cabo de unas pocas semanas el organismo se va haciendo resistente a los efectos de estas sustancias. Es entonces cuando comienza una segunda fase donde están presentes otro tipo de sustancias químicas como las **endorfinas** de estructura similar a la de la morfina y otros **opiáceos**; los que confieren la sensación común de seguridad, comodidad y paz. Marazziti et al. (1999) encontraron que los niveles de serotonina de las personas enamoradas eran similares a los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo. Por lo tanto, vivir un estado de enamoramiento más de seis meses puede ser patológico. (Valiente, Varona y Orozco, 2011). La duración de esta etapa es de aproximadamente unos 18 meses.

3) FASE DE APEGO

En una tercera fase, entra en juego la **oxitocina y la vasopresina** que interfieren con la dopamina y la norepinefrina, modificando la fase de enamoramiento por una fase de apego. La oxitocina, la misma hormona encargada de la estimulación de las contracciones del útero en el parto y la responsable de la secreción de leche materna, ayuda forjar lazos permanentes entre los enamorados al tiempo que potencia y refuerza el comportamiento maternal, además de su importancia en la obtención de altos niveles de bienestar como en el orgasmo o en la unión prolongada de parejas (Carter y Porges, 2013). Además, otros investigadores, como Ferreira y García (2010), han relacionado la oxitocina con la hormona de la confianza. Este mecanismo de cambiar la sensación de apego por la de confianza parece estar evolutivamente programada para formar parejas estables que permitan llevar a cabo una crianza más eficiente entre dos, al igual que ocurre en otras especies como los pingüinos, chacales, lémures, delfines, cisnes, etc. Por su parte la vasopresina, conocida como la “sustancia química de la monogamia” está directamente relacionada con la fidelidad (Young, 1998; Insel, 1992). Para Cushing et al (2001) inyecciones de vasopresina en los machos de roedores de pradera ayudan a la formación de parejas estables. La duración de esta etapa es indeterminada y parece más regulada por factores sociales que bioquímicos.

Se resume en la Tabla 7 qué hormonas están presentes en cada fase del enamoramiento y qué emociones producen.

TABLA 7 RELACIÓN ENTRE FASES DEL ENAMORAMIENTO, HORMONAS PREDOMINANTES Y EMOCIÓN

FASE	HORMONAS PREDOMINANTES	EMOCIÓN
1) DESEO O FLECHAZO	Testosterona Estrógenos Feromona Adrenalina Noradrenalina	ATRACCIÓN
2) ATRACCIÓN O ENAMORAMIENTO	Dopamina Feniletilamina Serotonina Norepinefrina	SEGURIDAD
3) APEGO	Oxitocina Vasopresina Endorfinas	CONFIANZA

Pero la biología no solo ha estudiado el proceso del amor desde el punto de vista bioquímico sino también desde el punto de vista de las áreas del cerebro que intervienen en el proceso de enamoramiento. Así, Bartels y Zeki (2004) llevaron a cabo un estudio a través de Resonancia Magnética Funcional para comprobar si había diferencias en la activación cerebral entre el amor fraternal y el amor romántico. En este estudio demostraron que a pesar de existir diferencias en esa activación en ambos tipos de amor se activan unos procesos cerebrales que favorecen la “ceguera” propia del amor, es decir, tienden a reducir las áreas que se asocian a la distancia social y a las emociones negativas (corteza prefrontal y área parieto-temporal) y se activan los centros del placer y el apego, produciendo un “olvido” de los aspectos negativos.

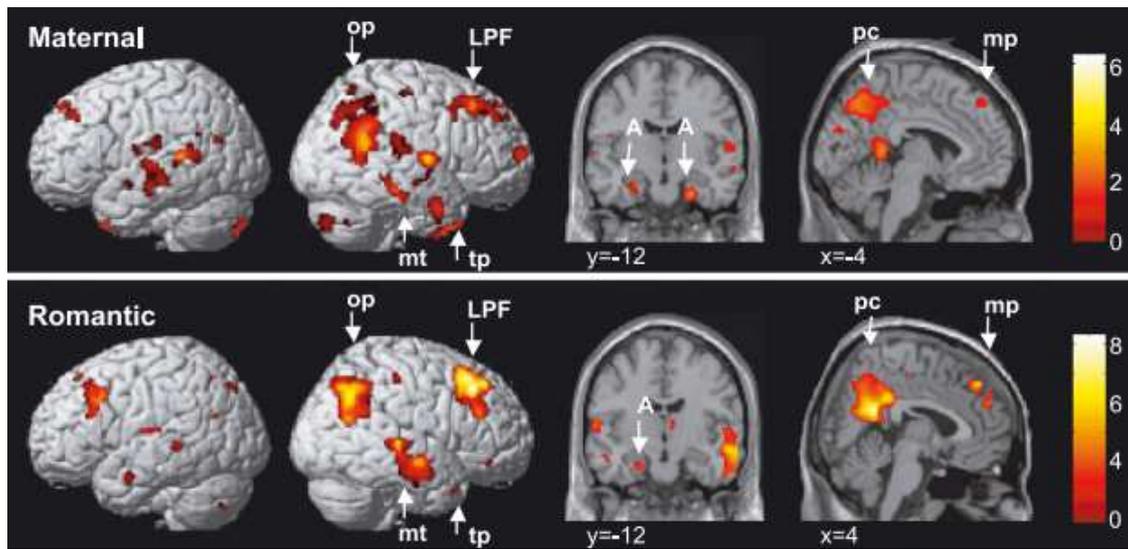


ILUSTRACIÓN 15 IMÁGENES DE RMN EN LA INVESTIGACIÓN DE BARTELS Y ZEKI (2004)

Bartels y Zeki (2000) estudiaron la actividad cerebral en 17 personas enamoradas obteniendo imágenes de sus cerebros a través de resonancia magnética, logrando establecer que las regiones del cerebro que están activadas en los enamorados son el lóbulo anterior del cíngulo, el núcleo caudado y el putamen.

Aron, Fisher, Mashek, Strong, Li y Brown (2005) también estudiaron la actividad cerebral de 17 personas enamoradas mientras miraban fotos de sus parejas y observaron que se activaba el área tegmental ventral izquierdo mientras que la intensidad de la pasión romántica se relacionó con una activación mayor en la porción antero medial derecha del núcleo caudado.

3.6 LA SOCIOLOGÍA DEL AMOR

Junto con el componente biológico analizado hasta ahora no podemos obviar la carga social del proceso del enamoramiento y el amor, que no solo está presente en los patrones que nos llevan a enamorarnos de una persona y no de otra, los usos sociales, los valores en los que nos fijamos, sino que también en el cuándo, cómo y por qué decidimos continuar en la etapa de apego.

Para gran parte de las teorías de Psicología Social el amor es un sentimiento que se adquiere por aprendizaje durante el proceso de socialización. Las normas sociales y culturales van guiando a la persona de forma sutil hacia determinados caminos relacionados con de quién se puede enamorar y de quién no, cuándo enamorarse, etc. En este caso, los medios de comunicación serían un agente socializador fundamental. Averill (1988) defendía que el amor está construido socialmente, ya que es reflejo y producto de una época y una sociedad determinada. La percepción del amor depende por lo tanto de los paradigmas culturales.

Sin embargo, es precisamente el dónde, de quién o de qué factores nos enamoramos lo que ha diferenciado a las teorías que han querido poner el énfasis en la parte social del proceso de amor. De esta manera, Sangrador (1993) agrupa las teorías psicosociales sobre el amor en tres grupos:

- Las que prestan mayor importancia a la **SITUACIÓN**, entre las que estarían la *Teoría de la Proximidad Física* (es evidente que entre los factores sociales que causan el enamoramiento, la “oportunidad” es uno de los más importantes. Nos enamoraremos de aquellas personas cercanas a nuestro círculo social) y la *Teoría Bifactorial del Amor Apasionado*, de Bercheid y Walster (1982). Siguiendo la teoría bifactorial de las emociones, la experiencia amorosa necesita tanto de la activación emocional como del hecho de que las personas “etiqueten” esa activación emocional como amor. El problema es que en muchas ocasiones nos faltan los modelos sociales que nos enseñen a etiquetar correctamente una emoción que aparece en un momento determinado.
- Las que prestan mayor *importancia* a las variables del **SUJETO** que se enamora, como las *Teorías del Intercambio*. Thibaut y Kelley (1959) reflejan la idea de que junto con la disponibilidad para enamorarse estaría también el Nivel de Comparación (NC), que vendría a ser el resultado que un individuo necesita recibir en sus relaciones para sentirse satisfecho y que sería la diferencia entre lo que uno cree que merece recibir y lo que realmente recibe. Así, un adolescente que no se siente apoyado emocionalmente o una persona que acaba de romper una relación será más propenso a enamorarse. Teorías como la Teoría del Equilibrio de Newcomb (1961) defiende que nos enamoramos de aquellas personas que tienen actitudes similares o complementarias a nosotros. La Teoría de la

Complementariedad de las Necesidades defiende que si al dar salida a una necesidad propia, gratifico una necesidad del otro, y a la inversa, la relación sería buena.

- Las que prestan mayor importancia al **OBJETO** (de quién nos enamoramos): Estas teorías hacen referencia a la importancia de las cualidades físicas, psicológicas, sociales, éticas, etc. de la persona de la que nos enamoramos. Estas características que nos hacen enamorarnos de una persona en concreto dependen, según la psicología social, fundamentalmente del proceso de socialización muy influenciado además por los roles sexistas. Este hecho es además un arma de doble filo ya que como apunta Sangrador (1993) se produce el “efecto de Halo” que nos lleva a valorar más positivamente a una persona con atractivo físico. Otras hipótesis centradas en el objeto hacen referencia al amor como resultado de la atracción percibida. Es decir, tener la sensación de que alguien nos aprecia genera un afecto que será mayor cuanto mayor sea la necesidad afectiva de la persona que “se deja querer”. Esta Teoría de la Reciprocidad llevó a Aronson y Linder (1965) a elaborar la Teoría de la Ganancia-Pérdida. Para estos autores percibimos el afecto que nos ofrecen como una ganancia y la pérdida de afecto como una pérdida, por lo que en muchas ocasiones es más importante no perder el afecto que el hecho de tenerlo, lo que lleva al mantenimiento de relaciones en las que ya no habría amor pero se mantienen únicamente para no percibir esa pérdida del afecto. Otras teorías relacionadas con el objeto al que amar partirían de la semejanza entre las características de las personas de las que nos enamoramos y las características de nuestros progenitores, no desde el punto de vista psicoanalítico, sino por un proceso de socialización en el que finalmente sentimos atracción por aquello que nos es familiar. Si la relación con los progenitores es negativa, el rechazo a sus características nos hará sentir atracción por personas totalmente opuestas. Dentro de estas teorías estarían también aquellas que le otorgan un papel fundamental a las actitudes de la persona de la que nos enamoramos. Así compartir actitudes políticas, religiosas, relacionadas con la edad o la educación, creencias y expectativas de futuro son fundamentales a la hora de escoger una pareja estable. Sin embargo, para otras perspectivas de la psicología, lo importante sería percibir que la otra persona tenga las actitudes que a uno le gustan aunque en realidad carezca de ellas.

La Tabla 8 resume las principales teorías sociológicas sobre el amor.

TABLA 8 CUADRO RESUMEN TEORÍAS SOCIOLOGICAS DEL AMOR

OBJETO DE ESTUDIO	TEORÍAS	AUTORES
SITUACION	Teoría de la Proximidad Física Teoría bifactorial del amor apasionado	Festinger (1950) Bercheid y Walster (1982)
SUJETO	Teoría del Intercambio Teoría del Equilibrio Teoría de la Complementación de las necesidades	Thibaut y Kelley (1959) Newcomb (1961) Winch (1958)
OBJETO	Teoría de la Reciprocidad Teoría de la Ganancia-Pérdida	Aronson y Linder (1965)

La carga social del amor está demostrada por los estudios llevados a cabo para analizar las diferencias y conflictos que surgen en familias de distintos orígenes sociales. Por ejemplo, Hynie, Lalonde y Lee (2006) estudiaron a familias chinas que habían emigrado a Estados Unidos en las que existen de forma habitual conflictos intergeneracionales al intentar los padres inculcar valores asiáticos para la elección de la pareja mientras que los hijos utilizan otros criterios a la hora de elegir. Otro dato sobre esta carga social lo apuntan los estudios sobre las variaciones del enamoramiento en diferentes generaciones dentro de una misma cultura. Por ejemplo, Carpenedo y Koller (2004) llevaron a cabo un interesante estudio sobre las diferencias en las cartas de amor escritas en tres décadas diferentes, la década de los 40, de los 70 y en el año 2000. El análisis realizado apunta a que en los años cuarenta las relaciones parecían basarse más en el compromiso desde su inicio, en los años setenta se observa una tendencia más libre en la elección de la pareja con relaciones menos comprometidas. En los años 2000 las relaciones son apasionadas y tanto en hombre como la mujer toman la iniciativa a la hora de iniciar la relación. También puede apreciarse un descenso en la utilización de formalismos y frases respetuosas siendo ahora más evidente la utilización de expresiones sexuales.

Las relaciones de amor también tienen una connotación cultural diferente, como constató Murstein (1977) al encontrar diferencias en los estilos de amor predominantes en la cultura americana (con un estilo de apego más posesivo) y francesa (caracterizada por un tipo de amor altruista). Levinger y Snock (1972) también encontraron diferencias interculturales en la importancia que las personas dan al amor como requisito para casarse, siendo más importante en países occidentales (Estados Unidos, Inglaterra, etc.) y menos importante en países como India, Pakistán, Tailandia y Filipinas. En la investigación llevada a cabo por Buss (1989) sobre 32 países se

concluyó que aunque en todos los países el amor era importante para establecer relaciones íntimas existían diferencias interculturales como el hecho de que la atracción física fuera considerada importante para el enamoramiento sólo en los países más desarrollados.

Otra diferencia intercultural en este sentido sería la señalada por algunos autores como Averill (1985) o Hendrick y Hendrick (1992) para quienes el amor romántico o amor pasional es un fenómeno cultural específico de occidente y cuyo origen se puede concretar en el Siglo XII. Sin embargo, otros sociólogos y antropólogos, como Berscheid y Walster (1974), plantean la evidencia de que el concepto de amor pasional es universal por las descripciones que podemos encontrar en varios textos, desde la Biblia a textos hindúes. Para demostrar esta universalidad del amor pasional, Fischer (1992) llevó a cabo una revisión de 186 culturas comprobando que en un 88.5% de ellas hay indicadores de amor pasional. Como señalan Hatfiel y Rapson (1996) el amor es un fenómeno universal aunque su significado varíe entre diferentes culturas y épocas.

Bauman (2005) lleva a cabo un interesante análisis sobre el amor en las sociedades de consumo (cuyas características intrínsecas diferirían notablemente de otras sociedades menos consumistas o en países en vías de desarrollo). Para este autor las relaciones de pareja en nuestra cultura estarían impregnadas de esta mentalidad consumista otorgándole como función principal la de satisfacer de forma inmediata nuestros deseos. Es precisamente esa orientación individualista del amor lo que refuerza los vínculos inestables y frágiles que a juicio de Brauman caracterizan las relaciones de pareja en nuestra cultura.

3.7 LA PSICOLOGÍA DEL AMOR: TEORÍAS PSICOLÓGICAS

3.7.1 TEORÍA PSICOANALÍTICA

Para Freud cómo se desarrollan las relaciones de pareja en la edad adulta depende básicamente de nuestra infancia, en concreto de la relación que se haya tenido tanto con los progenitores como con los objetos que nos han dado satisfacción.

En cuanto a la relación con los padres es sobradamente conocido el llamado “Complejo de Edipo” en los varones con su versión femenina del “Complejo de Electra”. Tratando de resumir la idea de Freud, el niño varón quiere poseer a la madre por lo que el padre se convierte en un rival a la vez que en un modelo a seguir, ya que es la persona que en ese momento tiene a la madre. Por su parte, las mujeres anhelan el amor del padre, siendo la madre la rival. Esta es la primera historia de amor que vivimos y que además acaba en una frustración, por lo que el amor es reprimido ya a los cinco o seis años de edad, marcando el final de la etapa fálica y el inicio de la etapa de latencia. De ahí que no recordemos prácticamente nada anterior a esa fecha.

Lacan introduce el concepto de *Función Nombre del Padre* como la representación de la separación del niño de su madre y el reconocimiento de su derrota. El niño se da cuenta que no puede vencer al padre naciendo así el Complejo de Castración, en el cual el niño, al darse cuenta de la ausencia de pene en las mujeres piensa que su padre lo castrará. Para preservar su órgano sexual renuncia a la posesión de la madre identificando en el padre la autoridad. Esta falta de la madre la intentará recuperar en sus posteriores parejas sentimentales. Se instaura la Ley del Incesto por la que el niño reprime sus deseos sexuales hacia la madre, los cuales son prohibidos por el Nombre del Padre, formando su Superyo.

En el caso de las niñas, el Complejo de Electra está relacionado con la Envidia de Pene, como una búsqueda de lo que la madre no tiene por lo que se sentirá identificada con su madre (ya que es la persona que posee a su padre) y que finalmente obtendrá cuando tenga una pareja o un hijo varón. La represión de esa pasión dará como consecuencia que la mujer anhele a un hombre parecido a su padre.

En resumen, para el psicoanálisis, el amor es un intento fallido e inútil de recuperar un amor perdido (el amor maternal o paternal) a través de la pareja. El deseo es la necesidad de recuperar este amor perdido.

3.7.2 TEORÍA HUMANISTA

Los principios fundamentales de la Psicología Humanista se asientan sobre la importancia del libre albedrío, por lo que es lógico que su concepción del amor parta de la base de esta libertad personal. Si observamos las definiciones de amor aportadas por los padres de la Psicología Humanista, Maslow y Rogers podemos comprobar que el factor común es el desarrollo personal a través de la pareja. De esta manera para Rogers (1961) «*amor significa ser plenamente comprendido y profundamente aceptado por alguien*» y para Maslow (1968) «*el amor implica una sana y afectuosa relación entre dos personas. La necesidad de amor implica darlo y recibirlo [...], por tanto, debemos comprenderlo; ser capaces de crearlo, detectarlo, difundirlo; de otro modo, el mundo quedará encadenado a la hostilidad y a las sombras*».

Desde este enfoque, tal y como defienden Rogers y Rosenberg (1981) una relación de pareja marcada por la dependencia será una relación neurótica ya que el factor más importante para el desarrollo de la pareja es el propio desarrollo de sus miembros por separado, lo cual enriquecerá la relación de pareja.

Por su parte May (1990) sin olvidar la importancia fundamental del desarrollo individual, defiende la estrecha unión que existe entre el amor y la voluntad. La voluntad sin amor es manipulación, mientras que el amor sin voluntad se convierte en un hecho experimental.

No obstante, el hecho de que la Psicología Humanista destaque la importancia del desarrollo personal de los miembros de la pareja no quiere decir que esta dé un valor menor al amor. De hecho, Franks (1988) señala que “*el amor es la más elevada aspiración del hombre*”. Para este autor, el amor es parte “de lo humano” y se relaciona con el resto de dimensiones de la persona, de ahí que sea tan importante que la persona pueda desarrollarse plenamente para así poder compartir con su pareja toda su plenitud.

Más recientemente, la corriente neo-humanista ha destacado la importancia de la comunicación para la relación de pareja. Corey (1993) plantea que existen tres elementos para obtener una comunicación profunda con la pareja:

- La aceptación y el descubrimiento de uno mismo.
- Eliminación de máscaras y disolución de roles
- Valoración Interna. Lo que está bien o mal de la relación se debe evaluar desde un punto de vista interno de la propia persona.

Corey (1993) aporta la siguiente cita en su libro “I never knew I had a choice”: “*Amarnos no implica sentirnos el centro del mundo, sino aceptarnos y respetarnos con nuestras imperfecciones (...) No podemos ser capaces de cuidar a otros si no sabemos cuidar de nosotros mismos*”.

3.7.3 TEORÍA CONDUCTUAL

En un primer momento pudiera parecer que la Psicología Conductual por definición no ha tenido entre sus objetivos el estudio de las emociones en general y el amor en particular. Sin embargo, el propio Watson escribió:

“No somos las criaturas de la razón que pensamos ser. Por el contrario, incluso las personas más austeras son criaturas con potentes sistemas emocionales. Tras actuar dominados por nuestras vísceras solemos racionalizar nuestros actos para ocultar nuestra debilidad” (Watson, 1928, p. 347)

Según Watson, el amor es junto con la ira y el miedo, una de las tres emociones básicas. Todas las demás emociones son resultado de una combinación de estas emociones o bien producto del aprendizaje. Para Watson, en su esquema conductista, los estímulos que generarían la respuesta del amor son entre otros las caricias, las cosquillas, mecer suavemente, etc. Estas respuestas se generan en mayor medida si se estimulan zonas erógenas. Por lo tanto el amor, desde este punto de vista, también podrá ser descondicionado. En cuanto a los celos, Watson cree que es un comportamiento cuyo estímulo es el amor condicionado y cuya respuesta es la ira.

De esta manera, el conductismo entiende el concepto de 'relación de pareja' como una serie de estímulos y respuestas que se dan entre dos personas de manera mutua y continua. Esta cadena de estímulos y respuestas (que no son voluntarios) pueden deberse a la necesidad de las especies por la procreación por medio del acto sexual y posterior fecundación. La explicación a las relaciones homosexuales, sin embargo, no hallarían su razón de ser en la necesidad de continuar con la especie, sino que estarían condicionadas por una predisposición del individuo a responder de manera positiva a personas del mismo sexo. El amor platónico se experimentaría si la otra persona no responde a los estímulos de la persona enamorada.

Las crisis de pareja se darían cuando se producen reacciones diferentes a un mismo estímulo ya que éste ha dejado de ser novedoso, cuando se aplican estímulos aversivos o bien el contexto ha cambiado y por tanto se responde ante él de un modo diferente.

3.7.4 TEORÍA COGNITIVO CONDUCTUAL

Desde este enfoque se entiende el amor como un estado mental orgánico que crece o decrece dependiendo de cómo se retroalimente este sentimiento en la relación de pareja. Esta retroalimentación dependerá de la evaluación sobre cómo el comportamiento de la persona amada cubre las necesidades propias (deseo sexual, necesidad de compañía, etc.). Los problemas de pareja aparecerían con la asunción de creencias disfuncionales y errores en el procesamiento de la información tal y como apuntaban Beck (1983) o Ellis (1985). Por lo tanto, desde esta perspectiva, los problemas de pareja se deben abordar a través de la revisión de los esquemas de pensamiento, atribuciones, expectativas sobre la relación, etc. que generan conductas y emociones inadaptadas o irracionales (Epstein y Baucom, 2002; Epstein, Baucom, Daiuto, 1997). El padre de la Teoría Cognitiva, Aaron Beck, trabajó directamente en clínica con Terapia de Pareja. Desde su perspectiva lo más importante es conocer cuáles son las creencias irracionales de ambos miembros de la pareja y cómo éstas limitan o facilitan la relación.

Según Beck (1988) cada una de las dos fases por las que pasa cualquier relación amorosa conllevan unas creencias irracionales concretas. En la primera fase (*Fase de enamoramiento*) las creencias son de índole romántico, relacionadas con una idealización de la pareja y de la relación, mientras que en la segunda fase (*Fase de cotidianidad*) se produce una frustración de esas creencias románticas debido a la aparición de una serie de problemas prácticos (hijos, toma de decisiones, etc.) lo que da como resultado un “deseo no satisfecho” y la consiguiente “insatisfacción de la pareja”. Las creencias irracionales que entran en juego en este momento son:

- Exigencia de un trato justo
- Catastrofismo
- Necesidad de sentirse amado
- Creencia de la “media naranja” que lleva a pensar que la relación de pareja debe ser perfecta sin que pueda existir ningún problema
- Pensar que se debe “castigar” a la pareja a través de enfados y acusaciones para que se sienta culpable

Al mismo tiempo, se activan otros esquemas cognitivos como el "Pacto matrimonial" que suelen estar relacionados con el interés afectivo y la valoración personal.

Estos esquemas se han aprendido y desarrollado a través de los modelos familiares (la relación de los padres) y la experiencia en otras relaciones de pareja (Ruíz y Cano, 1999). La conducta de cada miembro de la pareja activaría estos esquemas lo que llevaría a la creación de una

serie de distorsiones cognitivas que tienen como consecuencia un estilo de relación inflexible en áreas como la comunicación, expresión afectiva y resolución de problemas. Ellis lo explica del siguiente modo: "La interacción disfuncional de una pareja se estructura dentro del modelo ABC donde las creencias, emociones y conductas de uno de ellos funcionan como situaciones activadoras del otro miembro y viceversa" (Ellis y Grieger, 1989). Es decir, (A) serían los estímulos que se perciben, (B) las cogniciones y (C) las consecuencias que serán a su vez el origen de nuevos estímulos. Se entra así en un círculo vicioso donde las respuestas de la pareja desencadenan nuevas creencias, creando un "proceso recíproco de causalidad mutua en las interacciones de la relación" (Epstein, Baucom y Daiuto, 1997).

Baucom y Epstein (1989; 1990) definieron las cogniciones que afectan a la calidad de la relación de pareja y que serían:

- **Atención Selectiva:** es un proceso perceptivo que define a qué aspectos prestamos más atención en una relación. Si prestamos más atención a los aspectos negativos, la pareja entrará en conflicto.
- **Atribuciones:** Estaría relacionado con el Locus de Control, ya que hace referencia a de qué cosas se responsabiliza a la pareja y qué percepción se tiene sobre la intención del otro.
- **Expectativas:** Hace referencia a qué espera una persona tanto de su pareja como de la relación en general. Tener expectativas bajas se asocia a relaciones más satisfactorias (Rusbult y Buunk, 1993) mientras que tener altas expectativas conlleva a un sentimiento de frustración (Epstein, 1986). Parecen existir en este punto diferencias de género ya que algunos autores han encontrado que las mujeres sienten que sus expectativas se cubren menos (Reis, Senchak, y Solomon, 1985). Los problemas de expectativas estarían relacionados tanto con la falta de comunicación de las expectativas como con un nivel de exigencia excesivo.
- **Asunciones:** son las creencias básicas sobre la pareja y la relación (Epstein, Baucom y Daiuto, 1997) y que influyen en la relación. Eidelson y Epstein (1982) encontraron que cuando las personas mantenían la creencia de su pareja no podía cambiar existía una menor confianza en el futuro de la relación.
- **Estándares:** Son procesos no voluntarios, aprendidos y que suponen un marco de referencia sobre cómo debe ser la pareja y la relación. Si la realidad discrepa mucho del estándar o si éstos estándares se aplican de forma rígida se producirá una fuerte insatisfacción (Fletcher, Simpson y Thomas, 2000; Campbell, Simpson, Kashy y Fletcher, 2001).

En este punto nos parece interesante centrarnos en las investigaciones de Fincham y Bradbury (1992) sobre la importancia de las atribuciones en las relaciones de pareja. Para estos autores las atribuciones tienen tres dimensiones:

- Locus de control (interno/externo)
- Globalidad (global/específico)
- Estabilidad (Estable/Inestable)

Las parejas felices tienden a percibir la conducta positiva de la pareja como causada por características internas, globales y estables, mientras que la conducta negativa es juzgada como más situacional, inestable y específica. Si la persona piensa que su pareja (locus de control interno) posee siempre (estabilidad) un gran número (globalidad) de aspectos positivos, los sentimientos positivos hacia la pareja aumentan. Esto no significa que la persona no sea consciente de que su pareja tiene ciertos aspectos negativos, sino que éstos son atribuidos a factores externos como el cansancio, los problemas de trabajo, etc. Por lo tanto la pareja no actúa con intención de hacer daño, sino por desconocimiento o problemas ajenos. Las parejas infelices utilizan el patrón opuesto, es decir, las conductas positivas son atribuidas a causas situacionales, estables y específicas, mientras que las negativas son internas, globales y estables (Bradbury y Fincham, 1993). Se culpa al otro del error y se magnifican los daños causados, mientras que se obvian los aspectos positivos que son evaluados con más frecuencia como algo circunstancial (Fincham, Beach, y Baucom, 1987). Las atribuciones negativas hacen que las parejas sean más vulnerables al efecto del estrés en la relación, mientras que las positivas funcionan como factores protectores ante las situaciones adversas (Graham y Conoley, 2006). Esta concepción de Fincham y Bradbury (1992) estaría relacionada directamente con el estilo optimista descrito por Seligman (2011). Parte de los objetivos de esta tesis se centran en estudiar la relación entre este patrón de optimismo y la calidad de la relación de pareja.

3.7.5 TEORÍA TRIANGULAR DEL AMOR DE STENBERG

Sternberg definió durante los años 90 del siglo pasado su famosa Teoría Triangular del Amor que lo define en base a tres componentes:

- **LA INTIMIDAD, (I)** entendida como aquellos sentimientos dentro de una relación que promueven el acercamiento, el vínculo y la conexión. Es el factor más importante en las relaciones de pareja ya que es el factor que mejor predice la satisfacción de la relación (Levinger y Senn, 1967). Está compuesta por diez elementos con respecto a la persona amada (Sternberg, 1989):

- Promover su bienestar
- Respeto
- Capacidad de contar con la pareja en momentos de necesidad
- Entendimiento mutuo
- Compartir lo que se posee
- Dar apoyo emocional
- Comunicación íntima
- Valoración
- Ser feliz junto a la persona amada

Stenberg aporta como claves de la Intimidad la generosidad, el respeto, la confianza, la honestidad, el compromiso, la seguridad, la lealtad, reciprocidad, constancia, comprensión y aceptación (Sternberg, 2000).

- **LA PASIÓN, (P)** entendida como estado de intenso deseo de unión con el otro, expresión de deseos y necesidades. En la Pasión se incluye la necesidad de autoestima, entrega, pertenencia, sumisión y satisfacción sexual. La Pasión y la Intimidad interactúan habitualmente aunque puede haber pasión sin que haya intimidad. La pasión es más efímera que la intimidad pero más intensa y al igual que se explica a través de los procesos neuroquímicos es muy intensa al inicio, después se mantiene latente y puede ser recuperada. Para los hombres esta pasión tiene un carácter más sexual mientras que para las mujeres se relaciona más con la protección, la permanencia y la sumisión.
- **LA DECISIÓN O COMPROMISO, (C)** se define como la decisión de amar a otra persona y el compromiso por mantener ese amor, de estar dispuesto a adaptarse a la otra persona y hacerse cargo de la relación. El compromiso puede darse sin intimidad ni pasión o solo con uno de los dos factores.

Partiendo de estos tres factores y de las combinaciones posibles entre ellos, Sternberg (2000) define siete tipos de amor:

- 1) **SIMPATÍA O CARIÑO: SOLO INTIMIDAD.** Se trata de una verdadera amistad, no hay pasión ni compromiso de relación a largo plazo pero el vínculo emocional con la otra persona es muy fuerte.

- 2) AMOR COMPAÑERO: INTIMIDAD + COMPROMISO (I+C). Se daría en los matrimonios sin pasión
- 3) AMOR VACÍO: SOLO COMPROMISO. Son relaciones sin intimidad ni pasión aunque existe un gran respeto por la otra persona
- 4) AMOR FATUO O LOCO: PASIÓN + COMPROMISO (P+C). Es un compromiso basado en la pasión, pero sin intimidad por lo que son relaciones poco profundas.
- 5) ENAMORAMIENTO O ENCAPRICHAMIENTO: SOLO PASIÓN. Es obsesivo, intenso pero sin intimidad ni compromiso a largo plazo. Sería el tipo de relación que se da en el “flechazo”
- 6) AMOR ROMÁNTICO: INTIMIDAD + PASION: Es una atracción física y emocional pero sin compromiso
- 7) AMOR CONSUMADO O PLENO: INTIMIDAD + PASION + COMPROMISO: Es el amor ideal, difícil de alcanzar.

Evidentemente, si no existe ni pasión, ni intimidad ni compromiso no habría amor

De manera gráfica, los tres factores mencionados (Intimidad, pasión y compromiso) serían los vértices de un triángulo. El área de dicho triángulo es la cantidad de amor que siente una persona. El triángulo va adquiriendo diferentes formas en función de cómo se interrelacionan los factores, expresando de esa manera el nivel de carga (el equilibrio) de cada uno de los factores. Tal y como apuntan Serrano y Carreño (1993): *“De esta forma, las relaciones amorosas estarían definidas tanto por la intensidad como por el equilibrio de los elementos. Los triángulos del amor variarán en tamaño y forma y ambos aspectos definirán cuánto y cómo siente una persona hacia otra”*

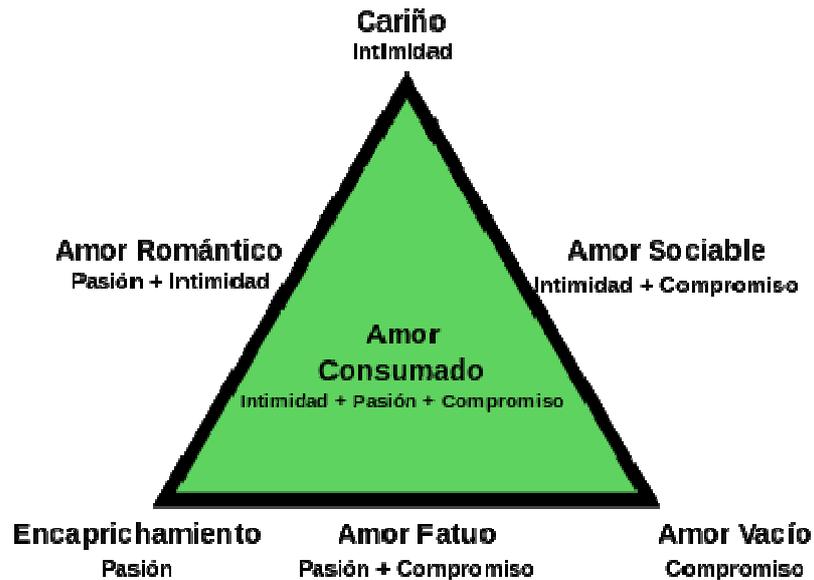


ILUSTRACIÓN 16 TEORÍA TRIANGULAR DEL AMOR DE STENBERG

A pesar de que esta teoría ha tenido un gran peso a la hora de explicar las diferentes relaciones amorosas presenta varias carencias. Entre ellas no explica el origen del amor ni qué aspectos son los definitivos a la hora de iniciar una relación amorosa o cuáles son los mecanismos de las rupturas amorosas. Por este motivo, el propio Sternberg ofreció en 1999 una nueva visión sobre las relaciones de pareja partiendo de cómo las parejas narran su “historia de amor”. Según Sternberg nos enamoramos de las personas con historias o concepciones de amor parecidas a las nuestras ya que esas personas se parecen a nosotros aunque parezcan diferentes.

3.7.6 TEORÍA DEL APEGO

La Teoría del Apego fue formulada por Bowlby (1969, 1979, 1980) con el fin de explicar la necesidad humana universal de crear vínculos afectivos estrechos a los que recurrir en momentos de sufrimiento o estrés. Los primeros desarrollos de la Teoría del Apego se basaron en la relación entre los bebés y sus madres pero pronto empezaron a generalizarse los estudios a las relaciones de pareja en la edad adulta. Las primeras investigaciones en este sentido fueron las de Hazan y Shaver (1987) que defendían que el comportamiento de los adultos en las relaciones íntimas está influenciado por las representaciones mentales que derivan de las relaciones que de niño se tuvieron con los cuidadores principales. Actualmente, esta definición se ha ampliado y el concepto de apego abarca “un vínculo afectivo que una persona establece entre él mismo y otro individuo específico, un vínculo que los mantiene unidos espacialmente y que tiende a prolongarse en el tiempo” (Ainsworth, Bell y Stayton, 1974; p. 31).

El “cuidado” al que hace referencia el concepto de apego está relacionado con los comportamientos y actitudes tanto cognitivas como emocionales que permiten ofrecer cuidado a la pareja y solicitarle el cuidado que uno mismo necesita (Kunze y Shaver, 1994). Y es que el objetivo de la pareja es el bienestar del otro, logrando así la estabilidad de la relación. (Collins, Ford, Guichard, y Allard, 2006).

El apego adulto se diferencia del apego infantil en que en la pareja la relación es recíproca, las necesidades afectivas están previamente satisfechas por otras figuras de apego y se regula el afecto si se producen situaciones de amenaza o conflicto (Feeney y Noller, 2001; Hazan y Shaver, 1987). Las relaciones de pareja deben ser simétricas, es decir, debe permitirse cambiar el rol de cada miembro de la pareja pasando de cuidador a cuidado de forma indistinta en función de la situación (Brennan y Bosson, 1998; Collins et al., 2006). Las diferentes situaciones que se pueden vivir a lo largo del ciclo vital de la pareja pueden sobrellevar la necesidad de ofrecer apoyo emocional y aceptar un cierto nivel de dependencia en un momento determinado (Fisher y Crandell, 2001). Este vínculo se hace especialmente presente en situaciones de estrés, en las que se busca seguridad y proximidad con la figura de apego (Mikulincer, Shaver y Pereg, 2003; Yárnoz, Alonso-Arbiol, Plazaola y Sainz de Murieta, 2001).

De acuerdo con la Teoría del apego, es más probable que las personas seguras estén más dispuestas a brindar apoyo y ayuda al otro, porque tienen más capacidad de empatía, son menos egoístas y afrontan mejor el estrés (Feeney y Collins, 2001; Mikulincer, Shaver, Gillath y Nitzberg, 2005) y porque cuando uno se siente emocionalmente seguro está menos centrado en sus propias necesidades y más orientado a sensibilizarse y a ayudar a otros (Mikulincer, Shaver, Gillath y Nitzberg, 2005). Además, la seguridad emocional favorece su propia regulación emocional y la percepción de la propia eficacia a la hora de afrontar el estrés. Esta perspectiva se relaciona directamente con la gestión emocional desde el punto de vista de la Inteligencia Emocional y por lo tanto podemos asociarlo a uno de los objetivos de la presente tesis de valorar cómo la inteligencia emocional de la pareja afectaría al cuidado de su pareja enferma y hasta qué punto esto tendría una relación con la calidad de vida del paciente. Otra relación entre Inteligencia Emocional y la conducta de cuidado la encontró Davis (1983) al comprobar que la capacidad de responder empáticamente a las necesidades de la otra persona, están mediatizadas por el grado de angustia personal que provoca las señales de dolor o malestar del otro. Tanto la empatía como la capacidad de percibir las señales emocionales en otras personas son aptitudes básicas en las personas con una alta Inteligencia Emocional.

Pero además de con la empatía, la conducta de apego estaría relacionada también con otra aptitud básica de Inteligencia Emocional: la autoestima, que determinará el grado de ansiedad sobre el hecho de ser rechazado o abandonado por la pareja. Si una persona tiene una percepción positiva de uno mismo esta ansiedad sería baja ya que no tiene la sensación de poder ser abandonado. Sin embargo, las personas con baja autoestima tenderán a expresar temor ante el

abandono de la figura de apego. En base a estas dos dimensiones (ansiedad y evitación) Bartholomew y Horowitz (1991) desarrollaron un modelo de cuatro estilos de apego, como se recoge en la siguiente Ilustración:

- 1) **SEGURO**: Idea positiva de sí mismo y de los demás, teniendo baja ansiedad y evitación a las relaciones de pareja
- 2) **EVITATIVO**: Idea positiva de sí mismo y negativa de los demás, por tanto baja ansiedad y alta evitación
- 3) **PREOCUPADO**; negativa de sí y positiva de los demás: alta ansiedad y baja evitación
- 4) **TEMEROSO**: idea negativa tanto de sí mismo como de los otros: alta ansiedad alta evitación

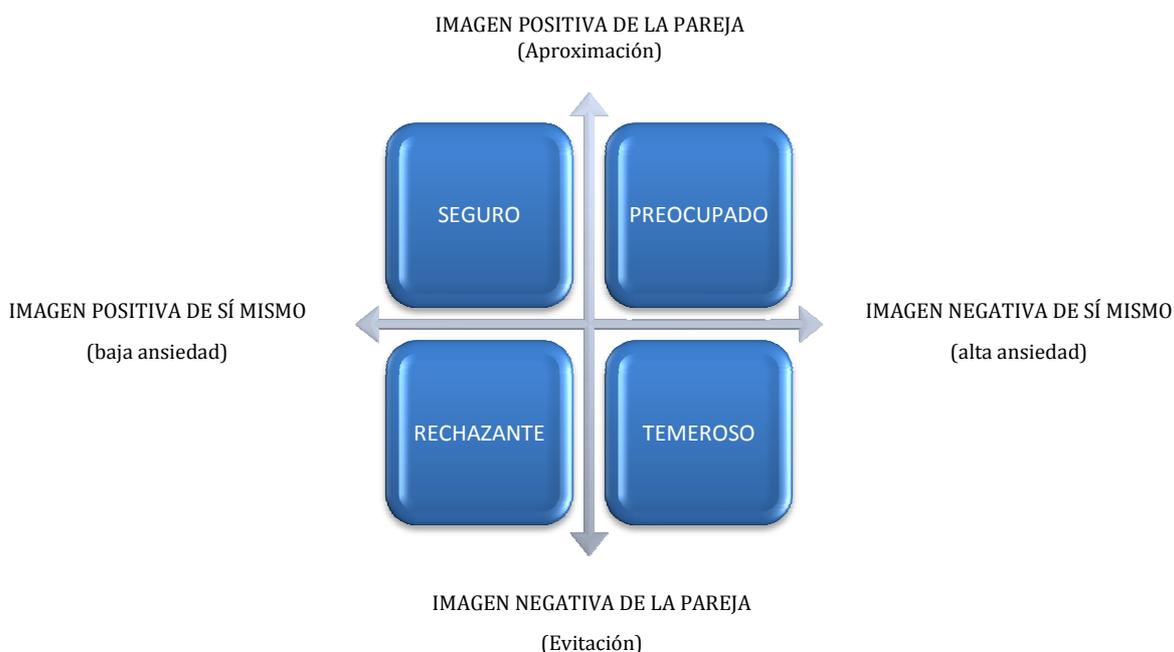


ILUSTRACIÓN 17 TIPOS DE APEGO BARTHOLOMEW Y HOROWITZ

En base a este planteamiento, parece evidente que pueda encontrarse una relación directa entre el estilo de apego y la satisfacción con la relación de pareja como de hecho han avalado numerosos estudios desarrollados a este respecto, desde los pioneros de Hazan y Shaver (1987) que demostraron que las personas con un Apego Seguro tenían relaciones más felices, de mayor confianza y más duraderas. Por el contrario, las personas con Apego Temeroso o ansioso presentaban una tendencia a los celos, la obsesión y la atracción sexual extrema mientras que las personas con Apego Evitativo tenían relaciones con muchos altibajos emocionales. Estos resultados

se han hallado también en investigaciones más recientes como la de Edwards (2007) y Butzer y Campbell (2008) quienes encontraron que las personas con Apego Temeroso o Evitativo presentan menor satisfacción sexual. Esta relación entre la satisfacción sexual está relacionada con la satisfacción de pareja solo en personas con Ansiedad de Apego pero no se relacionan en personas con un Apego Evitativo. Collins y Feeney (2000) hallaron que personas con apego inseguro tienden a presentar menos conductas de cuidado hacia el otro y a tener expectativas más negativas respecto del apoyo de la pareja, lo que redundaría en una menor satisfacción.

En cuanto a las diferencias en el desarrollo de las conductas de apego en función del sexo, no existe un consenso a la hora de determinar si el género influye en la manera de percibir y ofrecer apoyo y cuidado a la pareja. Según Gómez-Zapiain, Ortiz y Gómez-López (2012) la predisposición de las mujeres a cuidar parece tener un componente más social o cultural que de tipo biológico. Se ha constatado que, en los hombres, el rechazo a la intimidad, y en las mujeres, la ansiedad por el abandono, son los mayores predictores de la valoración negativa de la relación de pareja. No obstante, los datos no son consistentes, ya que otros trabajos han hallado que, en los varones, es la ansiedad la variable que predice mejor la insatisfacción (Feeney, 1994). Las diferencias en el desarrollo del cuidado con apego se deberían por tanto más a diferencias individuales en función de los Modelos Operativos Internos (MOI) que son los esquemas que una persona tiene de sí mismo y de los otros (Marrone, 2001) y cuyo origen está en las relaciones con las figuras de apego de la infancia y que guían la forma de relacionarse, sobre todo con la pareja (Feeney y Noller, 2001).

3.7.7 OTRAS TEORÍAS PSICOLÓGICAS SOBRE EL AMOR

Algunas teorías psicológicas sobre el origen y el mantenimiento del amor han mostrado un enfoque basado en el equilibrio que debe existir entre lo que ofrece y se recibe en la relación de pareja. La primera de ellas fue la **Teoría del Equilibrio o del Balance** (Heider, 1958). Para este autor en nuestras relaciones tendemos a buscar un cierto equilibrio. Si surgen tensiones, se tenderá a cambiar las relaciones con la pareja para intentar restablecer el equilibrio. Si se mantienen sentimientos positivos, habrá relación de unidad, y por lo tanto equilibrio así que la relación será satisfactoria. Relacionada con esta teoría encontramos las investigaciones de Newcomb (1959, 1968) que complementa la explicación postulando que las personas luchan por mantener el equilibrio y por tanto si existe algún desequilibrio una de las dos partes intentará reducirlo modificando determinados aspectos.

Siguiendo con esta visión de equilibrio en el amor, la **Teoría de la Igualdad** (Walster, Walster y Berscheid, 1978) considera que una relación de pareja será fructífera si intentamos maximizar nuestros logros, es decir, si obtenemos más compensaciones que castigos o si

distribuimos de forma equitativa las compensaciones y los costes entre los dos miembros de la pareja. Si la relación es desigual, es decir, no hay proporcionalidad, nos sentiremos atormentados y tenderemos a eliminar ese tormento restableciendo la igualdad en la relación

Para la **Teoría del Intercambio Social** (Homans, 1974) las relaciones interpersonales, y por lo tanto las relaciones de pareja, tienen un funcionamiento similar a la “Ley de la oferta y la demanda” de tal forma que hacemos concesiones para obtener la atención de otra persona, que es la única que nos puede ofrecer una serie de “beneficios” o “recompensas” que serán mayores cuanto más compensen nuestras propias inseguridades.

Otras teorías, sin embargo, consideran que el equilibrio que hay que buscar en una relación de pareja es más un equilibrio interno que el hecho de valorar la compensación entre lo que ofrecemos y lo que nos dan. En este marco encontramos la **Teoría de la Disonancia Cognitiva** (Festinger, 1957) según la cual, debe haber cierta consistencia entre las creencias, actitudes y pensamientos que poseemos con la conducta que manifestamos. Las contradicciones entre lo que creemos y lo que hacemos dan como resultado una tensión psicológica llamada “disonancia” que nos obligará a modificar las cogniciones existentes con el objetivo de reducir dicha tensión. Esta disonancia también se puede producir por expectativas no cubiertas por parte de la pareja.

Existen otras teorías que se han centrado en la perspectiva evolucionista para explicar el surgimiento de las relaciones amorosas. Wilson (1981) plantea que el amor es producto de tres instintos:

- La necesidad de ser protegido: buscando apego ante la amenaza del entorno. Este instinto viene del primigenio de protección frente a depredadores
- Protección paterna: de forma que no solo buscamos ser protegidos por nuestra familia sino también protegerla.
- Instinto sexual: En este sentido, Wilson cree que nuestra tendencia a la monogamia es un producto cultural, influenciado por nuestra moral y el deseo racional de aportar condiciones estables de vida a nuestros hijos. No obstante, en naturaleza, los hombres somos polígamos y su única motivación es esparcir los genes para lo cual es necesario tener varias parejas. Sin embargo, las mujeres son más selectivas ya que solo pueden ser fecundadas una vez al año.

De esta forma, si la función del amor es la reproducción de la especie, es lógico que como tal no tenga mucha duración y es necesario desarrollar otros mecanismos, como el compañerismo o el cariño, para criar a los hijos de forma estable.

3.8 SATISFACCIÓN CON LA RELACIÓN DE PAREJA

No existe una única definición sobre “Satisfacción de Pareja” ya que cada autor ha venido ofreciendo, bajo su propia perspectiva, una definición distinta relacionada con el marco teórico con el que ha trabajado. Podemos agrupar las diferentes definiciones sobre la satisfacción en la relación de pareja en tres grupos:

1. **Modelos Unidimensionales:** Creen que la satisfacción marital se valora en función del placer o displacer que produce en la persona esa relación. En esta categoría podemos encontrar las definiciones de Locke y Wallace (1959) o Hendrick (1988) para quien la satisfacción es el producto de una evaluación entre los aspectos positivos y negativos de la pareja.
2. **Modelos Bidimensionales.** Para quienes la satisfacción de pareja es un estado complejo que resulta de dos dimensiones independientes: las satisfacciones e insatisfacciones que produce la relación. En esta categoría encontraríamos entre otros a Larson y Bahr (1980).
3. **Modelo Multidimensional,** para quienes la satisfacción es una actitud que depende de varios factores como la interacción, la expresión del afecto, etc. En esta categoría encontraríamos a Pick y Andrade (1988).

Acevedo, Restrepo y Tovar (2007) han encontrado como variables intervinientes en la satisfacción de la pareja las siguientes (que pueden ser fortalecidas por la empatía):

- Las estrategias de solución de problemas
- El sistema de comunicación
- Tipo de relación de sus padres (en concreto, que sus padres no se hubieran separado)
- Nivel de ingresos económicos.

Melero (2008) lleva a cabo un desglose de los principales factores que pueden favorecer la calidad de la relación de pareja y que a su juicio son:

- **Comunicación:** Según algunos autores (Feliú y Güell, 1992; Geiss y O’Learly, 1981) es el principal motivo por el que las parejas acuden a terapia. Muchas investigaciones han encontrado una fuerte correlación entre las habilidades de comunicación de los miembros de la pareja con su satisfacción y la duración de la relación (Burlson y Denton, 1997; Robinson y Blanton, 1993). La comunicación además estaría estrechamente relacionada con la empatía que es fundamental para favorecer el crecimiento de la relación matrimonial.

- **Manifestaciones de Afecto:** Caricias, besos, abrazos, muestras de apoyo, halagos, etc. tienen un efecto positivo a medio y largo plazo.
- **Relaciones Sexuales:** La satisfacción sexual sería un elemento subjetivo (Lawrance y Byers, 1995) y que en algunas investigaciones se ha asociado a la estabilidad de la relación (Sprecher, 2002; Yeh, Lorenz, Wickrama, Conger y Elder, 2006) y a la satisfacción general con la relación de pareja (Christopher y Sprecher, 2000). En este aspecto debemos destacar que como comentábamos con anterioridad es parte del ciclo vital de la pareja que el aspecto sexual predominante al inicio de la relación vaya cediendo terreno a otros componentes como el compromiso (Sternberg, 1988).
- **Manejo de aspectos económicos y domésticos:** La percepción más importante en los aspectos domésticos podría ser la sensación de equidad. Las dificultades económicas afectan a la satisfacción marital a través de las interacciones disfuncionales que genera (Conger et al., 1990), a lo que por otra parte, han de sumarse los efectos negativos indirectos como son el aumento de las horas dedicadas al trabajo, el menor tiempo para el disfrute mutuo, etc.
- **Educación y crianza de los hijos:** El hecho de tener hijos supone un cambio radical en la pareja. Para Belsky e Isabella (1988) existen cuatro factores que favorecerán el ajuste a la nueva situación: las características del niño, las características de los padres, la relación de pareja y la red social. Se considera que el nacimiento de los hijos supone un descenso importante en el nivel de satisfacción de la relación (Gottman y Notarius, 2000; Twenge, Campbell, Foster, 2003), aunque algunos estudios han señalado un aumento en la misma (Feeney, Hohaus, Noller y Alexander, 2001) o creen que este descenso no se debe a la nueva situación de paternidad si no a otras variables como el tiempo de relación (Clements, Cordova, Markman y Laurenceau 1997; Kurder, 1993). También pueden existir desavenencias en cuanto a los estilos de crianza y educación
- **Manejo del tiempo libre y ocio:** Uno de los indicadores de satisfacción de pareja parece ser el número y tipo de actividades de ocio que se comparten. Liberman (1987) cree que en algunas ocasiones empezar una terapia de pareja por este punto es suficiente, aunque también parece necesario que cada uno pueda contar con sus propios espacios de esparcimiento sin la otra parte (Gottman, 1993).
- **Relaciones familiares y de amistad:** Igual que ocurre con el ocio, lo ideal es que se mantenga un equilibrio entre las relaciones sociales conjuntas y por separado.

Holman y Li (1997) encontraron que la cantidad de apoyo obtenida de las amistades íntimas era un fuerte predictor de la preparación para el matrimonio. Lewis y Spanier (1979), en su estudio clásico, encontraron que la calidad del matrimonio de los padres, de la relación con los hijos y el ambiente familiar predice, en conjunto, la estabilidad y satisfacción matrimonial. Por el contrario, el conflicto con la familia de origen predice una baja calidad marital (Wamboldt y Reiss, 1989).

Las investigaciones parecen demostrar que no existe diferencia de género en la satisfacción de las relaciones. Sin embargo, según algunos autores como Tapia (2001) en la mayoría de las discusiones de pareja la mujer se queja y critica al hombre mientras que él tiende a defenderse o callar. Según Acitelli (1992), las mujeres piensan más acerca de las relaciones, y la salud física y psicológica de las esposas está más íntimamente ligada a la satisfacción marital que la de los esposos. Cuando un matrimonio pasa por un conflicto, será más probable que sean las esposas las que asuman el trabajo emocional de repararlo y que los maridos renuncien. Esta renuncia puede que evite alguna consecuencia negativa para la salud del esposo, pero también agrega peso a la carga de la esposa. Busby y Gardner (2008), también han encontrado una correlación entre empatía y satisfacción marital siendo el género un factor clave para esa relación, ya que en las mujeres la correlación era más fuerte y la empatía predecía mejor en el caso de ellas, la puntuación en satisfacción marital pasado un año

Por lo tanto, parece ser que el sexo, junto con la edad y la duración de la relación serían factores influyentes que se relacionan con la percepción sobre la satisfacción de la relación de pareja. Para Carstensen y Fisher (1991) los cambios en los ajustes diádicos producidos en la variable edad estarían más relacionados con los cambios en las obligaciones, estado financiero y de salud de las personas mayores, ya que estas circunstancias obligan a un mejor ajuste en la relación. Para Henry, Miller y Giarrusso (2005) una de las variables que más influye en la percepción de la satisfacción de la relación y que es diferente en las parejas más jóvenes y en las más mayores es la variable relaciona con la salud. Según estos autores, las parejas con peores niveles de salud manifestaron tener problemas de relación. Los resultados del estudio sobre parejas mayores sugieren que la percepción del apoyo social dentro del matrimonio es más importante para la satisfacción marital y el bienestar general de las esposas que de los esposos. Amarato y Rogers (1997), que también encontraron que las mujeres otorgaban una mayor importancia a aspectos propios de las relaciones, mientras que los hombres daban mucha relevancia a las finanzas.

Se resume en la Tabla 9 algunas de estas aportaciones:

TABLA 9 PRINCIPALES DEFINICIONES SOBRE SATISFACCIÓN DE PAREJA

AUTORES	DEFINICIÓN DE SATISFACCIÓN DE PAREJA	VARIABLES INTERVINIENTES
Blood y Wolfe (1960)	La evaluación global y subjetiva que se hace del cónyuge	
Meléndez, Aleixandre y Sáez (1993) y Hicks y Platt (1970)	Comparación subjetiva entre lo que el sujeto quiere y lo que realmente es.	Percepciones Vivencias anteriores
Chadwick, Albrecht y Kunz (1976)	Evaluación de aspectos específicos de la vida marital	Factores socio-económicos, similitud con la pareja, adecuación en las funciones y roles dentro del sistema diádico
Roach, Frazier y Bowden (1981)	Actitud de favorabilidad o desfavorabilidad hacia la propia relación matrimonial	
Boland y Follingstad (1987)	Descripción general de actitudes, sentimientos y valoraciones del matrimonio	como feliz/infeliz, satisfactorio/insatisfactorio
Vera, Laborin y Domínguez (2000)	Capacidad de desarrollarse como una familia ante la sociedad.	Estabilidad Felicidad de la pareja,
Pick y Andrade (1988, en Moral, 2008; Acevedo et al., 2007)	Actitud multidimensional hacia el cónyuge y la relación,	Interacción, Expresión de afectos, Aspectos de organización Estructura de la diada
Acevedo et al. (2007)	Capacidad para resolver y manejar problemas de pareja	Papel activo Comunicación Diferentes Perspectivas

La satisfacción con la relación de pareja no es estable, si no que va variando a lo largo de los años de relación. Según algunas investigaciones, esta variación no supone un decrecimiento como pudiera parecer, si no que adopta forma de U. Charles y Carstensen (2002) encontraron que los conflictos creían al tiempo que decrecían los sentimientos positivos hacia la pareja en el grupo de edad media, mientras que los grupos más jóvenes y más mayores de su investigación presentaban mejor ajuste con la pareja. Además, entre las parejas más jóvenes y más mayores, éstas últimas se mostraban más felices (Villamizar, 2010). Otros autores como Kurdek (1998, 2005) encuentran que la satisfacción decrece linealmente en los cuatro años posteriores al matrimonio, posteriormente se estabiliza durante otros cuatro años y a partir de ese momento vuelve a decrecer.

Como se puede observar en el Gráfico 4, las mujeres ofrecen respuestas más extremas a la calidad de su relación de pareja ya que la perciben mejor que los hombres, pero cuando va mal, la percepción de ellas es mucho peor que la de ellos. Además, se constata una bajada muy importante en los niveles de satisfacción con la pareja desde el nacimiento de los hijos hasta que son adolescentes (Belsky, 2001). También para Schaie y Willis (2003) los hijos suponen una fuente de inestabilidad en la pareja lo que lleva a una disminución en la satisfacción con la pareja debido a la falta de tiempo para dedicar a la pareja, la asunción de diferentes roles, la falta de colaboración en determinadas tareas del hogar, y sobre todo las diferencias y desacuerdos en las actitudes y valores en la crianza y educación de los hijos. Vera, Félix-Castro y Rodríguez-Barrera (2001) concluyen que las parejas tienden a disminuir su satisfacción conforme aumenta el número de hijos.

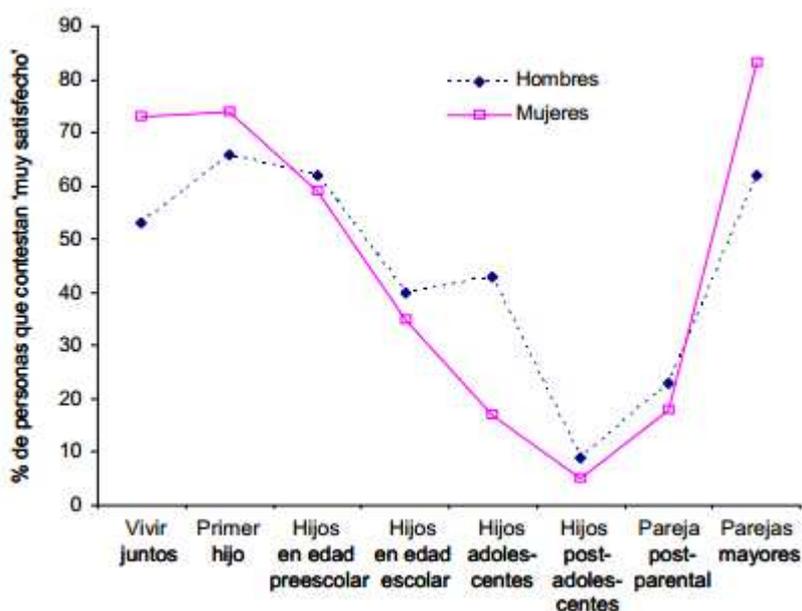


GRÁFICO 4 EVOLUCIÓN DE LA SATISFACCIÓN MARITAL

En resumen, las crisis son habituales y normales en cualquier relación de pareja. Para Willi (1987) la pareja pasa por cuatro crisis importantes:

- 1) La primera crisis en una relación de pareja aparece cuando proyectamos sobre la pareja nuestros propios miedos sobre el compromiso, la sexualidad, el uso del tiempo en común y del tiempo por separado, etc.
- 2) En los primeros años de convivencia, se plantean reglas y límites que suponen muchas veces una lucha de poder. Para superar esta crisis es importante que ambos cedan y traten de satisfacer las necesidades de la otra parte.
- 3) En la mediana edad se corre el riesgo de caer en la rutina, esto da lugar a una crisis personal en la que la persona busca su realización personal, a veces lejos de la pareja.
- 4) En la vejez, aparece la cuarta crisis relacionada con los cambios de rol que supone el abandono de la actividad profesional y al hecho de compartir más tiempo juntos

Spanier (1976) entiende que la satisfacción con la relación de pareja es una variable del Ajuste Diádico, entendido como un proceso cuyo resultado depende de diversos factores como las diferencias en la pareja, las tensiones interpersonales, la satisfacción, la cohesión y el consenso con la pareja. Tiene implicaciones muy importantes en la vida de pareja ya que la falta de ajuste se correlaciona con un mayor riesgo de depresión (Kurdek, 1998), ansiedad (McLeod, 1994) y problemas de salud en general (Prigerson, Maciejewski y Rosenheck, 1999). Además el Ajuste Diádico predice el funcionamiento familiar (David, Steele, Forehand y Armistead, 1996; Deal, 1996; Fisiloglu y Lorenzetti, 1994).

Gottman y Silver (2006), proponen que la diferencia entre parejas felices e infelices estriba en cuatro aspectos que, en caso de aparecer, dificultan la resolución del conflicto y ayudan al deterioro de la relación de pareja. Estos aspectos son la percepción de desprecio, la crítica, la actitud evasiva y la actitud defensiva. La satisfacción con la relación de pareja vendrá determinada por dos aspectos fundamentalmente:

- 1) Las características de sus miembros (estilo afectivo, aprendizaje, experiencias previas, etc.)
- 2) Contexto cultural y social en el que se encuentran (tradiciones, roles de género, etc.). Sprecher (2002) demostró que era más determinante las diferencias en las creencias románticas entre diferentes culturas que entre hombres y mujeres dentro de una misma cultura.

Las parejas actuales son sustancialmente distintas de las que podíamos encontrar a mediados del siglo pasado. En la actualidad, los roles sociales son más equitativos, existe una idealización del amor romántico que para algunos autores se ha convertido en un requisito imprescindible para el mantenimiento de las parejas (Simpson, Campbell y Berscheid, 1986) y se busca constantemente la sensación fisiológica de estar enamorado (Sanz, 2000). Con esta concepción, cuando la fase de amor pasional deja paso a un amor más sereno (Sternberg, 1986, 1988), aumenta la posibilidad de que se desarrolle un sentimiento de pérdida, que puede conllevar cierto desamor e infravaloración de otras áreas de la relación.

3.9 ESCALAS PARA LA MEDICIÓN DE LAS RELACIONES DE PAREJA

A partir de las diferentes teorías del amor han surgido, como hemos visto, diferentes formas de conceptualizar la satisfacción marital, entendiéndola bien como un constructo global (una evaluación general de la relación) o bien como un constructo factorial (donde se evalúan diversos componentes). Existen varios instrumentos para la medición tanto de la satisfacción de la relación de pareja como del ajuste diádico. A continuación hacemos una breve descripción de las más utilizadas.

3.9.1 ESCALA DE AJUSTE DIÁDICO. DAS (SPANIER, 1976)

Para medir el ajuste diádico, Spanier crea una escala de cuatro factores relacionados llamada la Escala de Ajuste Diádico (EAD). Está validada en España por Cáceres (1996) y Ortiz, Gómez y Apodaca (2002).

La Escala de Ajuste Diádico (EAD; Spanier, 1976) ha sido el instrumento más utilizado en la evaluación de la calidad y el ajuste de la pareja. Como prueba de ello, Spanier (1985) señala que en la década que siguió a su creación fue empleada en más de 1.000 estudios.

La EAD fue desarrollada como una escala multidimensional, aplicable al matrimonio y a otro tipo de parejas, compuesta por 32 ítems que ofrecen una puntuación global en ajuste diádico y en cuatro subescalas: Consenso, Satisfacción, Cohesión y Expresión de afectos, que pueden emplearse de forma aislada sin perder fiabilidad ni validez (Spanier, 1976, 1988; Spanier y Thompson, 1982).

Los estudios psicométricos realizados informan, generalmente, de una adecuada fiabilidad de consistencia interna con valores que oscilan entre 0,50 y 0,96, tanto para la escala global como para las distintas subescalas (Busby, Christensen, Crane y Larson, 1995; Carey, Spector, Lantinga y Krauss, 1993; Graham et al., 2006; Kurdek, 1992; Spanier, 1976; Spanier y Thompson, 1982). Únicamente se han encontrado problemas de fiabilidad en la subescala Expresión de afectos (Graham et al., 2006). De la misma forma, los resultados de fiabilidad test-retest y dos mitades muestran valores superiores a 0,75 y 0,79, respectivamente (Busby, Christensen, Crane y Larson, 1995; Carey, Spector, Lantinga y Krauss, 1993). Por su parte, los estudios de validez ofrecen correlaciones elevadas con otras medidas de ajuste y satisfacción marital (Busby, Christensen, Crane y Larson, 1995; Fisiloglu y Demir, 2000; Lim y Ivey, 2000; Spanier, 1976; Youngblut, Brooten y Menzies, 2006), un adecuado poder de discriminación entre parejas con buen y mal ajuste (Crane, Busby y Larson, 1991; Schumm, Paff-Bergen, Hatch y Obiorah, 1986; Sharpley y Rogers, 1984;

Spanier, 1976, 1988; Spanier y Thompson, 1982) y sensibilidad al cambio terapéutico (Boning y Henss, 1983). Se han desarrollado varios puntos de corte para discriminar parejas con buen y mal ajuste, que oscilan entre 92 y 107 puntos (Graham, Liu y Jeziorski, 2006), no obstante, uno de los más utilizados ha sido el punto de corte 107 (Busby, Christensen, Crane y Larson, 1995; Crane, Allgood, Larson y Griffin, 1990; Crane, Middleton y Bean, 2000).

3.9.2 ESCALA DE VALORACIÓN DE LA RELACION. RELATIONSHIP ASSESSMENT SCALE, RAS (HENDRICK, 1988)

Define satisfacción como la valoración positiva sobre el cónyuge y sobre la relación. Es un instrumento unifactorial de siete ítems con una escala de respuesta tipo Likert, con un rango de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). En su validación para la población estadounidense se obtuvo un $\alpha = 0.86$ y una correlación con el Test de Ajuste Marital de Locke-Wallace (Hendrick, 1988) de 0.48.

3.9.3 INVENTARIO MULTIFACÉTICO DE LA SATISFACCIÓN MARITAL (IMSM) DE CORTÉS ET AL. (1994)

Es un instrumento de 48 ítems con una escala de respuesta tipo Likert con un rango de 1 (me disgusta mucho) a 5 (me gusta mucho). Está constituido por seis factores que son:

- Interacción Conyugal (la frecuencia con que mi pareja se interesa en mis problemas)
- Físico-Sexual (la forma en que mi pareja aborda nuestras conversaciones)
- Organización-Funcionalidad (la contribución de mi pareja en los gastos familiares)
- Familia
- Diversión (la frecuencia con la que mi pareja propone que se distribuyan las tareas familiares)
- Hijos (la forma en que mi pareja educa a nuestros hijos)

3.9.4 ESCALA TRIANGULAR (STENBERG, 1988)

Es un instrumento que permite evaluar las relaciones de pareja basándose en la Teoría Triangular del amor, anteriormente descrita.

Cada una de las puntuaciones de un miembro de la pareja en los tres elementos de la Teoría Triangular (Intimidad, Pasión y Compromiso) conforman los vértices de un triángulo, que conformaría el Estilo de Relación, es decir, la forma que adquiere el triángulo. Mientras que la puntuación total en las tres variables supone el *Índice de amor*. Comparando los triángulos de ambos miembros de la pareja podemos predecir y diagnosticar la calidad de la relación de pareja.

La escala consta de 45 ítems, 15 para cada uno de los tres componentes. Es una escala Likert con un rango de 1 a 9, con una alta consistencia interna en los ítems. En un estudio llevado a cabo por Hendrick y Hendrick (1989) encontró una alta correlación entre los tres factores ($r=0.75$). Los tres factores explicaban el 60% de la varianza total.

3.9.5 ÍNDICE DE SATISFACCIÓN MARITAL (HUDSON, 1992)

El Índice de Satisfacción Matrimonial (Index of Marital Satisfaction), desarrollado por Hudson (1992) mide el grado, la severidad o la magnitud de un problema que un cónyuge o su pareja tiene en la relación matrimonial. El cuestionario describe diez situaciones que recogen aspectos representativos de la vida de una pareja en temas generales como relaciones sexuales, manifestaciones de afecto o interés, comunicación, tiempo libre o tareas del hogar. La conflictividad que se presenta en las distintas situaciones se centra en:

- Ser ignorado en demandas o planteamientos respecto a temas concretos,
- Enfrentarse a desacuerdos,
- Demandar realización de tareas cuyo cumplimiento es desagradable o poco grato,
- Ser criticado,
- Ser insultado, menospreciado o ignorado

3.9.6 ESCALA DEL AMOR (RUBIN, 1973)

Rubin definió unos 80 ítems que medían sentimientos que una persona podría expresar hacia otra. Luego, pidió a 198 estudiantes que respondieran a cada ítem en términos de lo que sentirían hacia un novio o novia, por un lado, y hacia un amigo platónico del sexo opuesto, por otro.

Tras un análisis factorial para seleccionar aquellos ítems que resultaran especialmente característicos del amor o del cariño, definió dos escalas de 13 ítems:

- Escala del Amor: Mide la dependencia a la pareja (*“Si yo jamás pudiera estar con... , me sentiría desgraciado/a”*), la predisposición a ayudar a la otra persona (*“Si se sintiera mal, mi deber principal sería darle animo”*) y la exclusividad y la posesividad (*“Yo me siento muy posesivo hacia ”*).
- La Escala del Cariño contiene ítems que miden atributos más afines a la amistad: Con ítems como: *“Yo creo que está inusualmente bien adaptado/a”*, *“Yo tengo confianza en el buen criterio de ”*, y *“Pienso que y yo somos muy parecidos”*.

Las escalas de Rubin han demostrado ser muy consistentes psicométricamente. En este sentido. Además, también están relacionadas con las clasificaciones de diversas mediciones externas. Por ejemplo, para aquellas parejas que dan un gran valor al amor dentro de sus elecciones matrimoniales, las clasificaciones de la Escala del Amor pronostican el rango de probabilidades de que, eventualmente, contraerán matrimonio; pero para las parejas que no consideran el amor como una base significativa para su elección matrimonial, las escalas no pronostican correctamente esta elección. Además, aunque tanto los hombres como las mujeres aman y quieren a sus enamorados más que a sus amigos, la diferencia entre los enamorados y los amigos es mayor para las clasificaciones de las escalas del amor que para las escalas del cariño. Es decir, el grado en que los sentimientos de una persona por su pareja supera a los que tiene por sus amigos, es mayor para el amor que para el cariño.

Aunque los ítems de la escala son distintos, el amor y el cariño son entidades que claramente se entrelazan, al menos estadísticamente, según Rubin. En este sentido, se describe una relación moderada entre las Escalas de Amor y de Cariño para los hombres, y una relación entre baja y moderada para las mujeres (siendo la relación entre el cariño y el amor mayor dentro de una población general que dentro de una población de estudiantes universitarios).

CAPÍTULO 4:
*SOBRECARGA DEL
CUIDADOR*

*La esencia de la grandeza radica en la capacidad de optar por la propia
realización personal en circunstancias en que otras personas optan por la locura.*

(Wayne Dyer)

4.1 INTRODUCCION

Si bien el origen del concepto de Burnout estuvo relacionado directamente con el ámbito laboral (asistencial y sanitario), el desarrollo de la investigación ha puesto de manifiesto la presencia de los factores que lo conforman (agotamiento, despersonalización y falta de realización personal) en otras profesiones (como abogados, profesores, etc.) y en otros ámbitos como el deportivo.

Ya en 1998 llevamos a cabo un análisis sobre la presencia de este síndrome en cuidadores de enfermos de Alzheimer, una enfermedad que por su prevalencia, duración y circunstancias asociadas al deterioro progresivo e irremediable de estos enfermos, provoca síntomas relacionados con la ansiedad, la depresión y el propio desgaste emocional de sus cuidadores principales (Peinado y Garcés de los Fayos, 1998).

Es cuando menos sorprendente, que lo que se ha definido como “síndrome del cuidador principal” haya sido estudiado ampliamente en el ámbito de la enfermedad de Alzheimer, pero no se haya investigado en casos de cáncer, una enfermedad tan frecuente y penosa como el Alzheimer.

Si consideramos que el burnout relacionado con la atención a un familiar enfermo es una enfermedad que aparece a medio camino entre la ansiedad y la depresión, y ambas circunstancias aparecen en los familiares de enfermos de cáncer, debemos suponer que este síndrome de “estar quemado” puede desarrollarse de forma más o menos frecuente en las parejas de los enfermos, originando además otras emociones negativas como el sentimiento de culpa o la impotencia.

El aprendizaje de estrategias de afrontamiento positivas, como un locus de control interno, que incidan sobre la importancia en el control de las propias emociones en una situación “incontrolable” podría aumentar el estado de ánimo de los familiares de enfermos de cáncer, fundamentalmente de las parejas al ser el cuidador principal más frecuente, previniendo la aparición del burnout como antesala de la depresión y como hipótesis, podría favorecer la calidad de vida de los enfermos.

4.2 DESARROLLO DEL CONCEPTO DE BURNOUT

El concepto de Burnout ha ido generalizándose desde su aparición en la década de los 70 del siglo pasado, en el que se definía como un síndrome relacionado directamente con la actividad asistencial, hasta un estado psico-físico-emocional asociado a determinadas variables más personales que circunstanciales. Desde ese momento, ha habido muchos autores que han tratado de definir tanto el concepto en sí de Burnout, como los factores que lo componen, los ámbitos en los que se produce y las variables asociadas a su origen y mantenimiento. A continuación describimos, desde un punto de vista cronológico, algunas de las aportaciones más relevantes a la definición del Burnout.

El Burnout fue descrito por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger para referirse a los síntomas físicos (agotamiento y fatiga, cefaleas, alteraciones gastrointestinales, insomnio, dificultades respiratorias, etc.) y emocionales (frustración, irritación, sentimiento de prepotencia hacia otras personas, etc.) que presentaba un grupo de voluntarios de una clínica para toxicómanos en la que Freudenberger colaboraba. De forma concreta, Freudenberger (1974) definió el Burnout como un *“estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo”*.

En 1976, Maslach llevó a cabo una investigación sobre la presencia de lo que llamó la "pérdida de responsabilidad profesional" en distintos ámbitos laborales (médicos, psicólogos, enfermeros, etc.) concluyendo que este síndrome se presentaba de forma más frecuente en personas que trabajan en contacto directo con pacientes. Maslach (1976) definió el Burnout como un *“síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas”*.

Para Edelwich (1980) el Burnout es *“una pérdida progresiva de idealismo, energía y propósito como resultado de las condiciones de trabajo de los profesionales asistenciales”* y describió cuatro fases:

1. **Entusiasmo:** con expectativas poco realistas
2. **Estancamiento:** Cuando el profesional ve que su trabajo no es reconocido
3. **Frustración:** Cuestionando su valía personal y profesional
4. **Apatía o indiferencia:** hacia el trabajo y hacia los pacientes.

Pines, Aronson y Kafry (1981) definieron el síndrome como *“un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos períodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente”* por lo que el centro de atención ya no se circunscribía exclusivamente al ámbito laboral.

En ese mismo año, 1981, Maslach y Jackson elaboraron el Maslach Burnout Inventory (MBI) que medía tres factores presentes en el Burnout: Cansancio Emocional, Despersonalización y Baja Realización Profesional. Estos tres factores aparecerían en esa misma secuencia temporal, es decir, el primer síntoma en aparecer era el cansancio o fatiga emocional, que a la larga provocaba un sentimiento de despersonalización produciendo la sensación de falta de realización profesional. Esta secuencia en la aparición de síntomas fue definida en el Modelo Procesual de Leiter (1988) quien plantea que el Burnout aparece cuando existe un desequilibrio entre las demandas de la organización y los recursos personales del trabajador. Esto provocaría Cansancio Emocional lo que llevaría a la aparición de una estrategia de afrontamiento basada en la “despersonalización”. Este proceso conduciría a un sentimiento de Realización Personal.

Gracias a la aparición del MBI las investigaciones sobre el Burnout empezaron a extenderse a otras áreas profesionales, fuera del ámbito sanitario y de asistencia social, como profesores, militares, etc. De esta manera, Pines y Aronson (1988), defienden que los síntomas del Burnout se encuentran en profesiones que requieren una gran demanda emocional durante un prolongado periodo de tiempo.

Farber y Wechsler (1991) describen seis estadios sucesivos:

1. Entusiasmo y dedicación
2. Respuesta de ira y frustración del trabajador ante los estresores laborales
3. No hay una correspondencia entre el esfuerzo y los resultados y recompensas
4. Se abandona el compromiso e implicación en el trabajo
5. Aumenta la vulnerabilidad del trabajador y aparecen síntomas físicos, cognitivos y emocionales
6. Agotamiento y descuido

Mingote Adán (1998) define el Burnout como un síndrome clínico-laboral que se produce por una inadecuada adaptación al trabajo. Este autor lleva a cabo un resumen de los factores comunes a la mayoría de las definiciones de *Burnout* y que son:

- Síntomas disfóricos, sobre todo agotamiento emocional
- Alteraciones de conducta en el ámbito asistencia
- Despersonalización en el trato al cliente
- Síntomas físicos (cansancio, agotamiento, malestar general)
- Estrategias de afrontamiento al estrés (como conductas adictivas)
- Bajo rendimiento laboral
- Baja realización personal
- Desmotivación

Mingote Adán (1998) añadió al concepto de Burnout (relacionado con el trabajo directo con personas, la alta implicación emocional con los clientes y la alta demanda de exigencias adaptativas) una baja posibilidad de ejercer un **control eficaz** sobre esta situación, según el paradigma de la indefensión aprendida de Seligman, tal y como apuntan Carlin y Garcés de los Fayos (2010).

Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) reformulan su definición de Burnout como un síndrome psicológico que aparece como respuesta a un **estrés laboral crónico** que presenta los siguientes síntomas:

- **Síntomas Emocionales:** Depresión, indefensión, desesperanza, irritación, apatía, desilusión, pesimismo, hostilidad, falta de tolerancia, acusaciones a los clientes/pacientes, supresión de sentimientos.
- **Síntomas Cognitivos:** Pérdida de significado, pérdida de valores, desaparición de expectativas, modificación de auto-concepto, pérdida de autoestima, desorientación cognitiva, pérdida de la creatividad, distracción, cinismo, criticismo generalizado.
- **Síntomas Conductuales:** Evitación de responsabilidades, absentismo laboral e intenciones de abandonar la organización, desvalorización, desconsideración hacia el propio trabajo, conductas inadaptadas, desorganización, evitación de decisiones, aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.
- **Síntomas Sociales:** Aislamiento y sentimientos de fracaso, evitación de contactos, conflictos interpersonales, malhumor, formación de grupos críticos, evitación profesional.
- **Síntomas Psicosomáticos:** Cefaleas, dolores osteomusculares, quejas psicosomáticas, pérdida de apetito, cambios de peso, disfunciones sexuales, problemas de sueño, fatiga crónica, enfermedades cardiovasculares, alteraciones gastrointestinales, aumento de ciertas determinaciones analíticas (colesterol, triglicéridos, glucosa, ácido úrico, etc.).

Más recientemente, Maslach y Leiter (2008) relacionan el *Burnout* especialmente con las características del trabajo: excesivo volumen de trabajo, conflicto y ambigüedad de rol, baja previsibilidad, falta de participación y apoyo social, y experiencia de injusticia.

Sin embargo, en los últimos años (y posiblemente relacionado con la corriente de pensamiento de la psicología positiva) el concepto de Burnout ha ido desligándose de forma progresiva de los factores objetivos del trabajo y se ha ido asociando de forma progresiva con su posible aparición como mecanismo de defensa (Carlin y Garcés de los Fayos, 2010) ante la confrontación entre el ideal y la realidad laboral (Jaoul, Kovess y Mugen, 2004).

El Burnout entendido como proceso y no como estado, y desde una perspectiva más asociada a las variables psicosocioemocionales del sujeto que a las características objetivas del trabajo, lo delimitan como un *estado de agotamiento emocional que “podría ser entendido como una respuesta al estrés laboral cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento habitualmente usadas por el sujeto, comportándose como variable mediadora en la relación estrés percibido y consecuencias”* (Carlin y Garcés de los Fayos, 2010).

En la Tabla 10 se resume lo aportado hasta este punto en cuanto al análisis del desarrollo cronológico del concepto de Burnout.

TABLA 10 RESUMEN CRONOLÓGICO DE LAS PRINCIPALES APORTACIONES A LA DEFINICIÓN DE BURNOUT

AÑO	AUTOR	DEFINICIÓN DE BURNOUT
1974	Freudenberger	Estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo
1976	Maslach	Síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas
1980	Edelwich	Pérdida progresiva de idealismo, energía y propósito como resultado de las condiciones de trabajo de los profesionales asistenciales
1981	Pines, Aronson y Kafry	Estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos períodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente
1981	Maslach y Jackson	Proceso secuencial de Cansancio Emocional, Despersonalización y Baja Realización Profesional
1988	Leiter	Desequilibrio entre las demandas de la organización y los recursos personales del trabajador que provoca cansancio emocional que conlleva la aparición de una estrategia de afrontamiento basada en la “despersonalización” y que da como resultado una baja realización personal.
1991	Farber	Seis estadios sucesivos: 1. Entusiasmo y dedicación. 2. Respuesta de ira y frustración ante los estresores laborales. 3. No hay una correspondencia entre el esfuerzo y los resultados y recompensas. 4. Se abandona el compromiso e implicación en el trabajo. 5. Aumenta la vulnerabilidad del trabajador y aparecen síntomas físicos, cognitivos y emocionales. 6. Agotamiento y descuido

1998	Mingote Adán	Síndrome clínico-laboral que se produce por una inadecuada adaptación al trabajo así como una baja posibilidad de ejercer un control eficaz sobre esta situación
2001	Maslach	Síndrome psicológico que aparece como respuesta a un estrés laboral crónico
2004	Jaoul, Kovess y Mugen	Confrontación entre el ideal y la realidad laboral
2008	Maslach y Leiter	Relacionado directamente con las características del trabajo: excesivo volumen de trabajo, conflicto y ambigüedad de rol, baja previsibilidad, falta de participación y apoyo social, y experiencia de injusticia.
2010	Carlin y Garcés de los Fayos	Estado de agotamiento emocional como respuesta al estrés laboral cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento habitualmente usadas por el sujeto, comportándose como variable mediadora en la relación estrés percibido y consecuencias

4.3 VARIABLES RELACIONADAS

4.3.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

4.3.1.1 SEXO

Al igual que ocurre con otros constructos psicológicos, los resultados en las investigaciones que tratan de asociar la variable “sexo” al Burnout muestran resultados contradictorios. Algunos autores han encontrado mayores índices de Burnout en mujeres que en hombres. Por ejemplo, Maslach y Jackson (1981) y Maslach (1982) apuntan que las mujeres experimentan mayor y más intenso agotamiento emocional que los hombres, mientras que otros autores como García y Herrero (2008) encuentran mayores niveles de “despersonalización” en hombres que en mujeres. León-Rubio, León-Pérez y Cantero (2013) también encontraron resultados que mostraron que los hombres perciben mayores niveles de despersonalización y falta de realización profesional que las mujeres.

4.3.1.2 EDAD

Los estudios analizados parecen encontrar mayor nivel de Burnout en personas de entre 30 y 40 años, diluyéndose el efecto del Burnout en personas de mayor edad (Johnson, Holdsworth, Hoel, Zapf, 2013; Moriana y Herruzo, 2004; Ortega y López, 2003). Vilorio y Paredes (2002) asocian esta situación al estrés causado por la falta de experiencia y las altas expectativas en una muestra de docentes jóvenes. Zeidan-Lukacs (2014) ha encontrado la misma correlación en una muestra de médicos, donde la edad se mostró como un predictor significativo de agotamiento emocional y despersonalización. Al aumentar la edad, los médicos reportaron una reducción de los niveles de cansancio emocional y despersonalización, lo que indica que los trabajadores más jóvenes pueden experimentar más estos sentimientos negativos. Amigo, Menéndez, y Ledesma (2014) también encontraron que a mayor edad, disminuían las puntuaciones en agotamiento emocional y cinismo.

4.3.1.3 ESTADO CIVIL

Según los resultados analizados en algunas investigaciones científicas, parece que las personas separadas, divorciadas y viudas obtienen puntuaciones significativamente superiores en Burnout que aquellas personas casadas o con una percepción positiva en cuanto a su nivel de apoyo familiar (Anaya, Ortiz, Panduro y Ramírez, 2006; Burke, Shearer. y Deszca, 1984; Cordeiro, 2001; Maslach y Jackson, 1984; Seltzer y Numerof, 1988). De esta manera, Taku (2014) ha encontrado una correlación significativa entre el nivel de apoyo familiar percibido (en concreto de la pareja) y bajas puntuaciones en Burnout en una muestra de médicos. Atence (1997) encontró diferencias significativas en cuanto a la falta de realización personal siendo el grupo de separados/divorciados/viudos el que obtuvo las medias superiores respecto a los demás. Acosta (2008) también encontró esta relación entre estado civil y puntuaciones en Burnout concluyendo que la relación de pareja, a través del apoyo, la contención emocional, la intimidad, las relaciones personales estrechas y profundas, y la responsabilidad que otorga la pareja, es una herramienta de afrontamiento adaptativa.

4.3.2 CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD

4.3.2.1 MODELO DE LOS CINCO GRANDES

Tal y como apunta Vilela (2013) la mayor parte de los estudios que han intentado encontrar correlaciones entre el Burnout y la personalidad se han basado en el Modelo de los Cinco Grandes encontrando que el factor *agotamiento emocional* correlaciona de forma más positiva con “neuroticismo” (León, Ramos y García, 2004; Roth y Pinto, 2010; Zellarsi, Wayne, Perrewé y Ford, 2004) mientras que los otros cuatro factores correlacionan de forma de forma inversa. Otros autores (Bakker, Van Der Zee, Lowing y Dollard,, 2006; Morgan y Bruin, 2010; Zellarsi, Wayne, Perrewé y Ford, 2000 en Gil- Monte, 2005) destacan que estos factores no solo correlacionan, sino que además el “neuroticismo” predeciría la presencia de agotamiento emocional. Por su parte, el factor “*despersonalización*” correlaciona también de forma positiva con neuroticismo (Roth y Pinto, 2010) y negativamente con agradabilidad (Roth y Pinto, 2010; Watson, Deary, Thompson y Li, 2008; Zellarsi, Wayne, Perrewé y Ford (2004) en Gil- Monte, 2005). Por último, la dimensión de realización personal correlaciona positiva y significativamente con el factor de agradabilidad extraversión (Zellarsi Wayne, Perrewé y Ford, 2004), conciencia y apertura al cambio, mientras que correlaciona negativamente con neuroticismo (Morgan y Bruin, 2010; Roth y Pinto, 2010). En la siguiente tabla mostramos a modo de resumen las correlaciones encontradas por diversos autores entre los tres factores de burnout y el Modelo de los Cinco Grandes.

TABLA 11 CORRELACIONES ENTRE CINCO GRANDES Y FACTORES DE BURNOUT

		FACTORES DE BURNOUT		
		Agotamiento Emocional	Despersonalización	Realización Profesional
MODELO CINCO GRANDES	Neuroticismo	Correlación Positiva	Correlación Positiva	Correlación Negativa
	Amabilidad	Correlación Negativa	Correlación Negativa	Correlación Positiva
	Extraversión	Correlación Negativa	--	Correlación Positiva
	Apertura	Correlación Negativa	--	--
	Responsabilidad	Correlación Negativa	--	--

4.3.2.2 PERSONALIDAD TIPO A

Si bien podría parecer que la personalidad tipo A (personas impacientes, competitivas, con un excesivo compromiso con el trabajo, agresivas, etc.) conllevaría un rendimiento mayor en el trabajo, los resultados hallados en varias investigaciones demuestran que la presencia de este patrón puede provocar un deterioro importante en la salud de estas personas incluido la presencia de Burnout (Buceta y Bueno, 2001; Cooper, 1988; Parkes, 1998).

4.3.2.3 PERSONALIDAD RESISTENTE (HARDINESS)

Kobasa (1982) definió el concepto de “personalidad resistente” en base a tres factores:

- **Compromiso:** tendencia a implicarse en diferentes actividades y a identificarse con el significado del trabajo (estaría relacionado con la motivación interna)
- **Control:** Convicción de que se puede intervenir en el curso de los acontecimientos (relacionado con el locus de control interno)
- **Reto:** Se perciben los cambios como oportunidades para aumentar las propias competencias y no como amenazas

Por tanto, aquellos sujetos que se encuentran en situaciones estresantes pero que tienen control, compromiso y una percepción de la situación como un reto, demuestran condiciones más favorables para el afrontamiento de dichas situaciones (Kosaba, 1979).

Varios estudios, como los de Ortega, Ortíz y Coronel (2007) encuentran una correlación significativa y negativa entre la personalidad resistente y el Burnout. También Moreno-Jiménez, Garrosa y González (2000) confirmaron en su estudio sobre una muestra de 107 profesores de educación secundaria, que la personalidad resistente modularía la presencia de Burnout, explicado fundamentalmente por el factor “control”. Moreno-Jiménez, Morett, Rodríguez y Morante (2006) encuentran los mismos resultados en el primer estudio sobre Burnout en bomberos en España.

4.4 INSTRUMENTOS DE MEDIDA

La aparición en 1981 del **Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS)** (Maslach y Jackson, 1981) supuso un hito en el estudio y desarrollo del concepto de Burnout. Este cuestionario, destinado a medir el Burnout en muestras relacionadas con el trabajo de servicios humanitarios, estaba compuesto por 22 ítems que medían, a través de una escala likert de 1 a 7, la puntuación en tres factores:

- Ajuste emocional
- Despersonalización
- Reducida Realización Personal

A partir del momento en el que se extiende el uso del MBI como un instrumento de medida sencillo y útil del Burnout, empiezan a ampliarse los estudios sobre este síndrome. Es precisamente el hecho de que los estudios sobre Burnout se extendieran a otros ámbitos, lo que produjo que en 1996, Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson desarrollaran el **Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI-GS)**, basado en el MBI original pero de aplicación a cualquier ámbito laboral. Además de la ampliación del campo de actuación del MBI-GS frente al MBI inicial, el instrumento de medición recoge también los cambios en los factores del Burnout que algunos teóricos han introducido en la teoría, pasando a evaluar las siguientes dimensiones:

- **Agotamiento:** que se diferencia del Cansancio emocional en que este nuevo factor añade más carga al cansancio físico sobre el emocional.
- **Cinismo:** que se diferencia de Despersonalización, en que este nuevo factor centra su atención en las conductas observables que derivan de la sensación de despersonalización.
- **Eficacia profesional:** no solamente recoge la realización profesional sino cómo de eficaz es la persona en el trabajo.

La definición de estas dimensiones está directamente relacionada con el burnout profesional pero no explicarían la presencia de este síndrome en otros ámbitos como el deportivo de ahí que no exista unanimidad a la hora de recoger estas tres variables como las definitivas en la explicación del concepto de burnout.

También a partir del MBI original, se ha creado una escala para la medición del Burnout en estudiantes, la **MBI-SS (Maslach Burnout Inventory-Student Survey)** de Schaufeli, Salanova, González-Romá y Bakker (2002). En cuanto a las propiedades psicométricas el MBI-HSS ha obtenido una consistencia entre 0.70 a 0.90 (Maslach y Jackson, 1986) y una alta fiabilidad test-retest en diversos estudios (Meda, Moreno, Rodríguez, Morante y Ortiz, 2008).

A pesar de que el MBI es el instrumento de referencia a la hora de evaluar el Burnout, existen otros cuestionarios que resumimos en la Tabla 12:

TABLA 12 RESUMEN CRONOLÓGICO DE LOS PRINCIPALES CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN DEL BURNOUT

NOMBRE DEL CUESTIONARIO	AUTORES	AÑO	ÁREA DE APLICACIÓN	FACTORES	CONSISTENCIA INTERNA α
Burnout Measure (BM)	Pines y Aronson	1988	ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Agotamiento físico - Emocional - Mental 	Entre 0,66 y 0,89
Staff Burnout Scale (SBS)	Jones	1980	SANITARIA	<ul style="list-style-type: none"> - Burnout cognitivo, - Afectivo, - Psico-fisiológico - Conductual 	<ul style="list-style-type: none"> - 0,73 - 0,50 - 0,59 - 0,44
Emener-Luck Burnout Scale (ELBOS)	Emener y Luck	1980	EDUCATIVA	<ul style="list-style-type: none"> - Sensaciones con el trabajo - Sensaciones con uno mismo en el trabajo - Preparación del ambiente - Respuestas negativas del trabajador al ambiente de trabajo - Disonancia entre el autoconcepto y el concepto de otros - Alternativas al trabajo 	En torno al 0,87
Gillespie-Numerof Burnout Inventory (GNBI)	Gillespie y Numerof	1984	GENERAL	Burnout activo y pasivo	No se han encontrado correlaciones con MBI ni con otros instrumentos de Burnout
Burnout Scale (BS)	Kremer y Hofman	1985	GENERAL	5 ítems incluidos en instrumentos que miden otros constructos	0,54

Teacher Burnout Scale (TBS)	Seidman y Zager	1986	EDUCATIVO	Tres dimensiones del MBI y un factor de percepción del apoyo por parte de los supervisores	Entre 0,72 y 0,89
Energy Depletion Index (EDI)	Garden	1987		Depleción de la energía	0,82
Mathews Burnout Scale for Employees (MBSE)	Mathews	1990	ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Actitudes hacia el trabajo - Locus de control - Habilidades de afrontamiento - Temperamento 	Entorno al 0,93
Escala de Variables Predictoras de Burnout (EVPB)	Aveni y Albani	1992	ASISTENCIAL	Variables predictoras del Burnout relacionadas con la ansiedad y la depresión	
Escala de Efectos Psíquicos del Burnout (EPB)	García Izquierdo	1992	ASISTENCIAL	Una única dimensión relacionada con el Agotamiento Emocional	0,90
Cuestionario de Burnout del Profesorado (CBP)	Moreno y Oliver	1993	EDUCATIVA	<ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes del Burnout (supervisión, condiciones de trabajo, etc.) - Factores del MBI de Burnout 	0.84
Holland Burnout Assessment Survey (HBAS)	Holland y Michael	1993	EDUCATIVA	<ul style="list-style-type: none"> - Percepción positiva y compromiso con la enseñanza - Apoyo de supervisores - Conocimiento del Burnout 	Entre 0,80 y 0.60
Rome Burnout Inventory (RBI)	Venturi, Rizzo y Dell'Erba	1994	ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Variables sociodemográficas - Cansancio emocional y físico, - Percepción del apoyo social, - Estresores laborales y no laborales - Insatisfacción - Estado de salud 	

Escala de Burnout de Directores de Colegios	Friedman	1995	EDUCATIVA	- Agotamiento - Reserva - Desprecio	0,98, 0,82 y 0,97
El Copenhagen Burnout Inventory	Kristensen, Borritz, Villadsen y Christensen	2005	GENERAL	- Burnout Personal - Relacionado con el trabajo - Relación con el cliente	- 0.90 - 0.83 - 0.82
Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de estar Quemado por el Trabajo en Profesionales de la Salud (CESQT PS)	Gil-Monte	2005	ASISTENCIAL	Ilusión por el trabajo, Desgaste Psíquico, Indolencia y Culpa	Entre 0,68 y 0,84

4.5 BURNOUT, ESTRÉS Y DEPRESIÓN

Después de definir qué es el Burnout, deberíamos delimitar también qué “no” es el Burnout. Esta diferenciación entre el hecho de “estar quemado” y otra sintomatología asociada es fundamental tanto para la prevención como para su tratamiento. Estrés y Burnout son conceptos relacionados pero no similares. La Organización Mundial de la Salud define estrés como “*el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción*”. Desde este punto de vista, el estrés no es una situación problemática, incluso al contrario, como señal de alerta podríamos definir al estrés como una respuesta adaptativa. Desde el punto de vista biológico, el estrés prepara al organismo para afrontar situaciones de peligro a través de la activación del sistema nervioso simpático que permite al cuerpo afrontar la situación o huir de ella. Durante la situación de estrés en el organismo ocurren una serie de síntomas perceptibles (aumento de la frecuencia cardíaca, tensión muscular, aumento de la frecuencia respiratoria, sudoración, etc.) e imperceptibles (cambios endocrinológicos en el hipotálamo, glándula suprarrenal, etc.). Estos síntomas provocan cambios a nivel cognitivo, motor y emocional. Todos estos cambios tenderán a desaparecer cuando el estímulo que ha provocado la reacción desaparezca. Sin embargo, en algunas ocasiones, la demanda del entorno nos obliga a “activar” la respuesta de estrés de manera frecuente. Es decir, las circunstancias percibidas como estresantes se van sucediendo de forma constante, lo que provoca que el organismo “no tenga tiempo” de relajarse de nuevo, manteniendo un nivel de activación alto. Este nivel de activación tan alto provoca que el cuerpo esté siempre alerta a los cambios del entorno de tal manera que en una situación de aparente normalidad, es decir, sin la presencia de factores de riesgo, el organismo reacciona con alerta. Esta situación de generalización de las respuestas de estrés a situaciones que no son de alerta se podría considerar una respuesta de ansiedad. Esta respuesta de ansiedad, si no es tratada y por lo tanto se prolonga en el tiempo, dará como resultado la percepción de que no tenemos los recursos necesarios para mantener el nivel de activación tan alto y durante tanto tiempo, lo que provocará el síntoma de “*agotamiento*” propio del Burnout. A nivel cognitivo, esta sensación de agotamiento emocional puede provocar la aparición de falta de “*realización personal*” que se manifestará en la conducta de “*cinismo*”. La situación de Burnout prolongada en el tiempo podría dar como resultado un cuadro de depresión, ya que la percepción prolongada en el tiempo de falta de recursos personales para afrontar la situación provocaría una disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las cosas, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad y culpabilidad, disminución de la capacidad de pensar, concentrarse o tomar decisiones, etc. (DSM-V: criterios para el diagnóstico de un cuadro de depresión mayor). Otros autores también han constatado que la depresión sería una consecuencia negativa del Burnout (Hätinen y cols, 2004; Burke, Greenglass y Schwarzer, 1996; Cooper et al., 2001; Glass, McKnight, y Valdimarsdottir, 1993; Leiter y Durup, 1994; Schaufeli y Enzmann, 1998).

4.6 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO. ENGAGEMENT

4.6.1 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO: COPING

Una situación tan estresante como es el diagnóstico del cáncer no produce el mismo efecto emocional en todas las personas. Mientras que unos pacientes y sus familiares responden con síntomas de ansiedad o depresión, otras personas lo afrontan con optimismo y esperanza, siendo capaces de mantener un estado de ánimo elevado durante gran parte del proceso de la enfermedad. ¿A qué se deben estas diferencias? Si atendemos a la **Teoría de Afrontamiento del Estrés de Lazarus** (Lazarus y Folkman, 1986) las diferentes respuestas responden a cómo las personas lleven a cabo dos procesos secuenciales, el primero sería una evaluación cognitiva sobre la situación estresante y los recursos de afrontamiento de los que se disponen, y posteriormente el desarrollo de estrategias de afrontamiento concretas. El proceso de valoración de la situación problemática o estresante sería el mostrado en la siguiente ilustración:

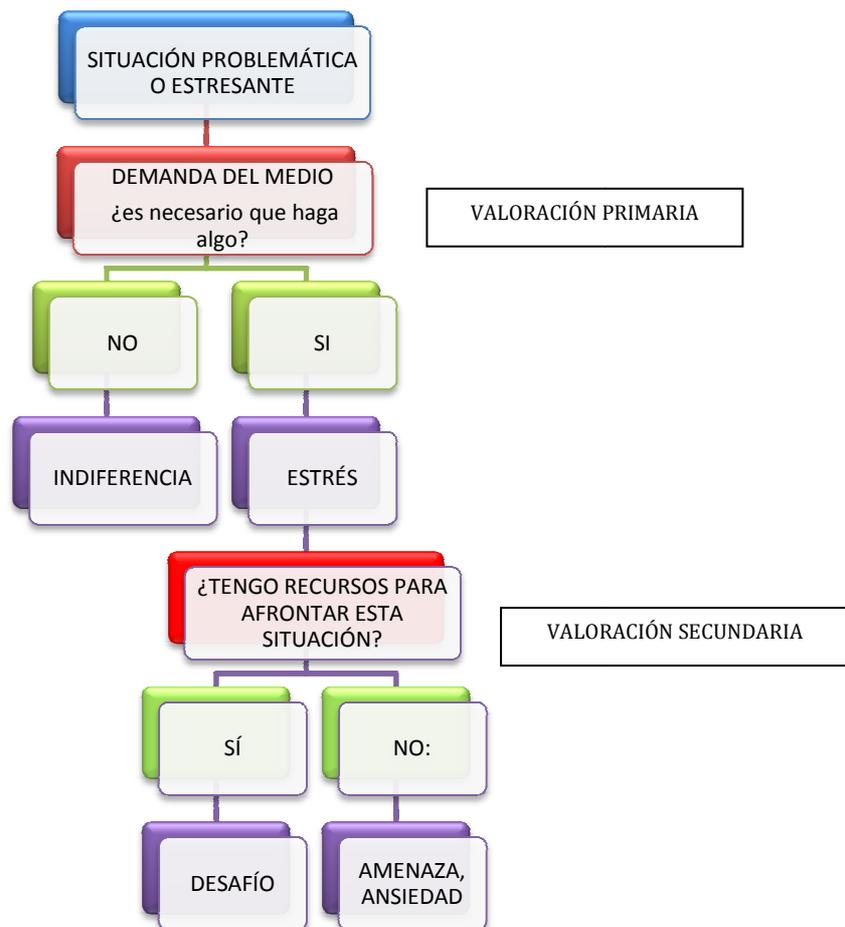


ILUSTRACIÓN 18 PROCESO DE VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN ESTRESANTE EN LA TEORÍA DEL AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS (LAZARUS Y FOLKMAN, 1986)

Según esta teoría, ante situaciones estresantes, las personas despliegan unos “*esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo*” (Lazarus y Folkman, 1986). Para desplegar estos recursos de afrontamiento, las personas utilizamos dos tipos de estrategias (no siempre de modo consciente):

- **Estrategias de resolución de problemas orientadas a la tarea:** conductas directamente encaminadas a resolver la situación que ha generado la respuesta de estrés. Las estrategias de afrontamiento serían:
 - o *Confrontación:* esfuerzos del sujeto por alterar la situación
 - o *Planificación:* planteamiento sobre cómo llevar a cabo las posibles soluciones

- **Estrategias de regulación emocional orientadas a la emoción:** conductas enfocadas a la parte emocional del problema y que centran su atención más en las emociones que la situación de estrés que las produce. Las estrategias de afrontamiento serían:
 - o *Aceptación de la responsabilidad:* el sujeto se hace cargo de la situación
 - o *Distanciamiento:* conductas encaminadas a alejarse del problema para reducir la carga emocional que implica
 - o *Autocontrol:* regulación de sus propias emociones, respuestas y pensamientos
 - o *Reformulación positiva:* percibir los aspectos positivos de la situación
 - o *Escape o evitación:* a nivel conductual implicaría el desarrollo de conductas adictivas (beber, fumar, comer en exceso, etc.) y a nivel cognitivo la asunción de pensamientos irracionales
 - o *Búsqueda de apoyo social:* búsqueda de consejo, asesoramiento o apoyo emocional.

Afrontar una situación estresante con estrategias orientadas a la emoción constituiría una respuesta desadaptativa ya que esta forma de afrontar las situaciones estresantes aumentan la respuesta al estrés y tienen consecuencias negativas a nivel emocional (Lazarus, 1990), un aumento en los síntomas de estrés agudo, la aparición de estados psicopatológicos (Escamilla, Rodríguez y González, 2009; Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009) y un mayor riesgo de desarrollar Burnout (Wheaton, 1997).

Como vemos, esta propuesta de Lazarus está directamente relacionada con el círculo Preocupación-Influencia propuesto por Covey (1997), quien plantea que la preocupación por un problema (regulación emocional) impediría o limitaría la acción necesaria para su resolución. Las personas proactivas centrarían sus esfuerzos en el círculo de influencia. Se ocupan de aquello sobre lo que pueden hacer algo lo que amplía su círculo de influencia. Por otra parte, las personas reactivas centran sus esfuerzos en el círculo de preocupación, en las circunstancias que no pueden controlar y en los defectos o acciones de los demás, provocándoles sentimientos de culpa,

acusaciones. La sensación de que no pueden hacer nada determina que su círculo de influencia se encoja. Como vemos, el concepto de preocupación-influencia está basado en el concepto de Locus de Control propuesto por Rotter (1966) y ampliado posteriormente por otros autores como Seligman (1999) que convirtió esta concepción en una de las piedras angulares de su Psicología Positiva.

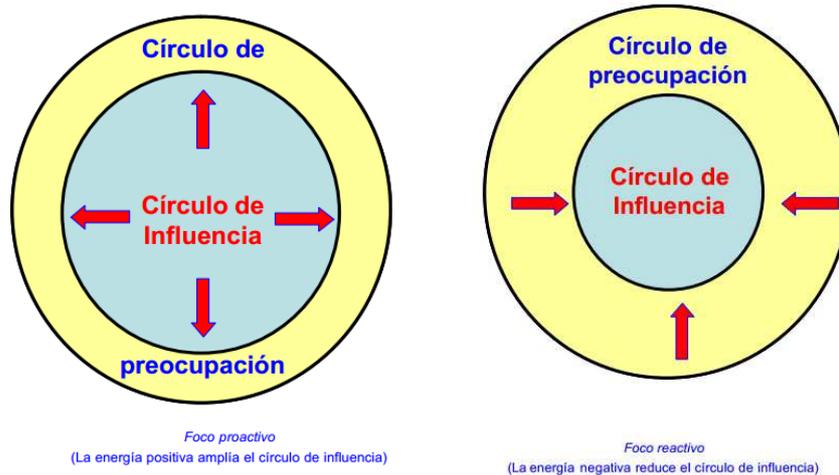


ILUSTRACIÓN 19 CÍRCULO PREOCUPACIÓN / INFLUENCIA. COVEY (1997)

En el caso específico de los pacientes con cáncer, tal y como apuntan Martín-Llull, Zanier y García (2003) se han publicado diversos estudios sobre las estrategias de afrontamiento. Por ejemplo, Valderrama, Carbellido y Domínguez (1995) encontraron en 71 mujeres con cáncer cervicouterino que el estilo de afrontamiento más utilizado es la *negación* (relacionada con el escape o evitación propuesto por Lazarus), aunque las pacientes hacen uso de una amplia gama de esfuerzos cognitivos y conductuales para controlar el problema y sus consecuencias emocionales. Stiebler-Leal (1993) encontró una correlación positiva entre las estrategias de afrontamiento iniciales del paciente y la progresión de la enfermedad. Ferrero, Toledo y Barreto (1995) en un estudio con pacientes de cáncer de mama constataron que el espíritu de lucha se asoció significativamente con una mejor percepción global de la calidad de vida y menor distrés psicológico. El fatalismo, la preocupación ansiosa y el desamparo/deseperanza se asociaron a una menor calidad de vida global y mayor distrés. Asimismo, en un estudio con 269 mujeres con cáncer genital y mamario se ha encontrado una asociación entre mayores problemas psicosociales, mayor depresión y más utilización de estrategias de resignación y catarsis (Ibáñez y Rosbundo, 1993). Martín-Llull, Zanier y García (2003) también encontraron que las estrategias de evitación hacia la enfermedad correlacionan negativamente con la percepción de la calidad de vida.

Pero además, estas estrategias de afrontamiento positivo no solo son importantes para el paciente sino también para su pareja. Tal y como apunta Cano (2005) el 36,4% de los cuidadores de enfermos de cáncer alcanzaron o superaron la puntuación clínica de la subescala de ansiedad de la HADS (8 puntos), frente al 15,7% de los pacientes con cáncer y un 9,2% de los cuidadores superaron en puntuación de depresión a los enfermos. Kyngas, Kroll y Duffy (2000) y Kyngas, Mikkonen, Nousiainen et al. (2001) concluyeron que los pacientes de cáncer suelen emplear con mayor frecuencia estrategias de tipo adaptativo. Es decir, es posible que los familiares de los enfermos de cáncer conlleven la situación de una manera más negativa que los propios enfermos.

Por lo tanto, el desarrollo de lo que Kobasa (1979) definió como personalidad resistente (*Hardiness*) implicaría el aprendizaje y puesta en práctica de estrategias de afrontamiento positivas que permitan percibir un cierto control sobre la situación o el estado de ánimo que genera, como han demostrado Báñez, Blasco y Fernández-Castro (2003) tanto en pacientes como en los familiares más cercanos. El hecho de que una de estas estrategias de afrontamiento positivas sea la percepción de apoyo social hace patente la necesidad de dotar también a la pareja de estas estrategias y de desarrollar en ella una personalidad resistente.

4.6.2 ENGAGEMENT

El hecho de incluir la perspectiva de la Psicología Positiva en este trabajo nos obliga a hacer mención al concepto de Engagement dentro del estudio sobre el Burnout. Tal y como apuntan Montoya y Moreno (2012) el Engagement está relacionado con la resistencia o personalidad resistente (Schaufeli, Enzmann y Girault, 1993 y Manzano (2002). La autoeficacia, el locus de control interno y el control emocional son variables de personalidad relacionadas con el Engagement (Schaufeli y Bakker, 2004) al tiempo que suponen factores protectores para el desarrollo del Burnout (Castañeda y García, 2010).

En la siguiente ilustración (20) esquematizamos cómo ante una situación estresante pueden desarrollarse dos tipos diferentes de estrategias de afrontamiento. La estrategia de afrontamiento más negativa llevaría aparejada sentimientos de falta de control emocional, lo que provocaría un enfoque de Locus de Control Externo al valorar que la persona no puede hacer nada para modificar la situación estresante, no puede influir sobre ella. Como hemos visto anteriormente, este tipo de estrategias de afrontamiento estarían relacionadas con conductas de evitación. Si la persona cree que no tiene el control es mejor no enfrentarse a la situación, evitarla. Estas condiciones provocarían a la larga el desarrollo de un cuadro de Burnout. Por otra parte, si la persona desarrolla estrategias de afrontamiento positivas, relacionadas con la sensación de que puede controlar la situación (control emocional y locus de control interno) porque tiene los recursos necesarios para hacerlo (autoeficacia) desarrollaría un patrón de comportamiento relacionado con el engagement.

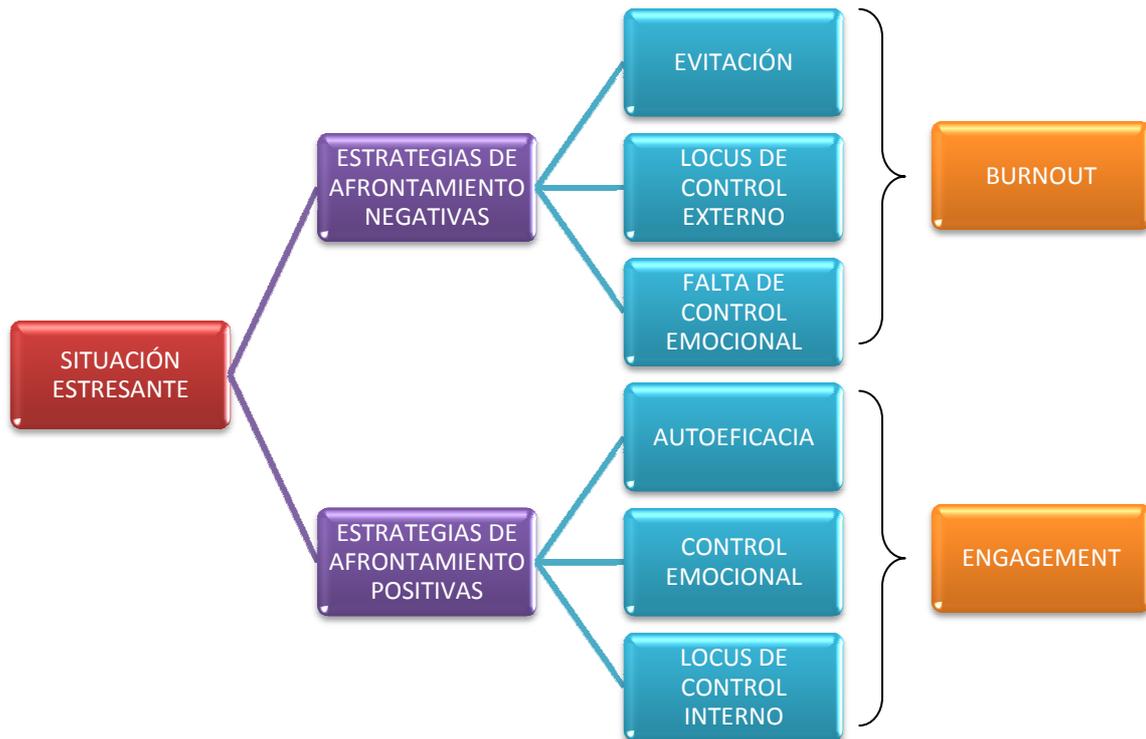


ILUSTRACIÓN 20 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SU RELACIÓN CON BURNOUT Y ENGAGEMENT

El engagement hace referencia por lo tanto al estado motivador positivo y persistente integrado por las siguientes dimensiones de (Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau, 2000; Schaufeli, Peiró y Schaufeli, 2002; Salanova, Martínez, Bresó, Llorens y Grau, 2005):

- **Vigor:** Alto grado de vitalidad y afán de esforzarse
- **Dedicación:** Entusiasmo, inspiración y retos en el trabajo
- **Absorción:** concentración. Es un factor relacionado con el concepto de “flow” que definió Csikszentmihalyi (1996) dentro de la Psicología Positiva y que hacía referencia al “estado mental en el que la persona está completamente absorta en una actividad con el único objetivo de la satisfacción y el placer de hacerla”

Según Schaufeli, Martínez, Marques, Salanova y Bakker (2002) estos tres factores correlacionan entre sí positivamente. Además, tal y como apuntan Maslach y Leiter (2008) estos tres conceptos son contrarios a los factores de Burnout y correlacionarían negativamente con ellos, de hecho esta correlación negativa se produciría por pares, es decir: vigor correlacionaría negativamente con Agotamiento y Dedicación con cinismo (Manzano, 2002).

La traducción al castellano del término “engagement” es difícil. Algunos autores como Carrasco, De la Corte y León (2010) lo traducen por “vinculación psicológica” aunque quizá la propia traducción desde el inglés (“*compromiso*”) reúna más aspectos positivos que la mera vinculación.

Las consecuencias del engagement son una actitud positiva, alta motivación para aprender cosas nuevas y asumir nuevos retos, iniciativa personal, desempeño exitoso, extrapolación de emociones positivas (Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau, 2000). Este término, de reciente aparición en la literatura científica, tiene todavía pocos resultados concluyentes en estudios científicos. Desde un principio se está intentando averiguar por qué, bajo las mismas circunstancias, unas personas desarrollan Burnout y otras personas optan por conductas de engagement. Los estudios analizados se han centrado en muestras de profesores, personal sanitario, etc. pero no existen todavía estudios que analicen esta misma relación en cuidadores familiares de personas enfermas o con dependencia.

4.7 BURNOUT: SÍNDROME DEL ASISTENTE DESASISTIDO

El síndrome de Burnout, como hemos visto, está más allá del simple estrés laboral ya que desde sus inicios se ha estudiado con población voluntaria que atiende a personas con algún tipo de dependencia y donde la carga emocional, empujada por el fuerte compromiso hacia la asistencia, es uno de sus factores clave. ¿Qué ocurre cuando a esta situación se añade todas las variables implicadas en una relación personal? ¿Puede existir Burnout en cuidadores informales de enfermos dependientes, fundamentalmente familiares y en concreto en la pareja? ¿Existe algún factor de protección del Burnout por el hecho de cuidar a un familiar o precisamente el factor de relación personal podrá agravar la situación de estrés aunque los sentimientos negativos (carga, culpa, etc.) tienden a ocultarse cuando la asistencia se ofrece a un ser querido?

En el año 1998 ya apuntábamos la existencia del síndrome de Burnout en cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer (Peinado y Garcés de los Fayos, 1998). Repasando la bibliografía existente desde ese momento hasta ahora se ha ido profundizando en el estudio de lo que denominábamos en aquel momento “*el síndrome del asistente desasistido*” en ese caso, en el marco del cuidado familiar a enfermos de Alzheimer.

Los factores que podrían inducir o agravar el Burnout en cuidadores familiares serían la presencia de costes sociales, psicológicos, financieros y físicos que acarrear a los cuidadores esta situación (Peinado y Garcés de los Fayos, 1998) y que se manifiestan a través en el padecimiento de estrés, carga emocional, depresión y una amplia variedad de síntomas de malestar emocional y decremento del bienestar (Rabins, Mace y Lucas, 1982). El “estrés del cuidador” (Wright, 1993) conlleva la aparición de la figura del “Cuidador Descuidado” (Olabarría, 1995) en aquellos casos en los que el cuidador presente estrategias de afrontamiento negativas o inadecuadas. Tal y como ya apuntábamos en aquel momento, el estrés del cuidador surge principalmente de las diferentes formas de percibir las necesidades del enfermo, invertir tiempo y recursos a cambio de otras privaciones, sentimientos de culpa, conflictos entre las expectativas o valores propios y del resto de miembros de la familia, insuficiencia de factores económicos, falta de recursos en la comunidad, etc. Generalmente el conflicto se establece entre satisfacer las necesidades del enfermo y las personales o familiares, ya que ambas son, en ocasiones, incompatibles. El cuidador ha de renunciar, en la mayoría de los casos, a parcelas de su vida social y laboral.

Son tres, principalmente, las categorías aisladas como factores predictores del padecimiento de Burnout (detalladas en la Ilustración 21):

- **Intrapersonales:** Recogen las variables propias del individuo y hacen referencia a aspectos de su personalidad, sus sentimientos y pensamientos, sus emociones, sus actitudes, etc.

- **Familiares.** Hacen referencia a las variables relacionadas con la familia que pueden por sí mismas generar situaciones aversivas, o bien juegan un papel importante en la interacción continua cuidador-resto de la familia-enfermo.
- **Interpersonales o ambientales.** Recogen las variables no relacionadas con el contexto familiar y sí con otros ámbitos que pueden originar fricciones importantes: amigos, estilos de vida, hábitos de ocio, etc.

VARIABLES INTRAPERSONALES

- Estado de salud del cuidador
- Indefensión aprendida
- Asunción/inadecuación del rol
- Personalidad resistente
- Género
- Estrategias de afrontamiento
- Conductas del self
- Patron tipo A
- Expectativas personales
- Satisfacción vital
- Exigencias vitales
- Esperanza

VARIABLES RELACIONADAS CON EL FAMILIAR

- Exigencias de la situación
- Toma de decisiones
- Recompensas
- Interacción/comunicación cuidador-familiar
- Estado de evolución de la enfermedad
- Demandas emocionales

VARIABLES AMBIENTALES

- Dinámica familiar negativa
- Apoyo familiar
- Estresores económicos
- Apoyo social
- Relaciones interpersonales
- Comunicación
- Recursos de afrontamiento familiares

ILUSTRACIÓN 21 FACTORES PREDISONENTES DEL DESARROLLO DEL BURNOUT EN CUIDADORES PRINCIPALES

A pesar del apoyo teórico a la aparición de síntomas de burnout en cuidadores principales familiares de enfermos de cáncer, únicamente hemos encontrado siete estudios publicados desde 1999 hasta ahora que relacionen ambas variables. Por ejemplo, Crowther (2011) estudió la aparición de estrés postraumático en familiares de pacientes con cáncer oral concluyendo que los cuidadores que reportaron incrementos en sus niveles de Burnout tenían un riesgo alto de desarrollar estrés postraumático como se evidencia por el aumento de la fatiga emocional. Al igual que hemos comentado que ocurre en los estudios de burnout laboral, este estudio también obtuvo puntuaciones más altas de burnout en los familiares más jóvenes que eran más propensos a tener un peor estado de salud, situación financiera y relaciones sociales.

Hill (2013) lleva a cabo una investigación sobre la “Comunicación Compasiva” en el entorno de los pacientes con cáncer y sus familias, ya que, según este autor, aquellas familias que discuten abiertamente sobre el cáncer tienen una mayor capacidad para hacer frente a la enfermedad, reportar menos trastornos psicológicos, problemas físicos, burnout del cuidador y tienen niveles más altos de la empatía y la intimidad. Hill llevó a cabo un taller de comunicación compasiva con pacientes de cáncer y sus cuidadores concluyendo que los resultados mostraron un aumento significativo en la empatía, la compasión por sí mismo y el bienestar general con respecto al inicio del taller. El 87,5 % de los participantes informaron que la terapia había mejorado la comunicación con los seres queridos y los profesionales sanitarios y afectado positivamente a sus emociones.

En otro estudio, Hagedoorn, Buunk, Kuijer, Ybema, De Jong, Wobbles y Sanderman (1999) estudiaron el efecto de enfermedades graves (esclerosis múltiple y cáncer) en la vida de las parejas, encontrando puntuaciones altas de burnout en el 3,5% de las parejas, estando además relacionado con sentimientos de depresión y disminución de la función social de las parejas, pero no con la condición física de los pacientes. El rango de edad de la muestra se situaba entre 26 y 78 años. Ybema, Kuijer, Hagedoorn y Buunk (2002) también compararon el nivel de burnout encontrado en una muestra de pacientes con cáncer y sus parejas, con pacientes con esclerosis múltiple. Las parejas tanto de los pacientes con cáncer como los de esclerosis múltiple son relativamente propensas a experimentar agotamiento cuando sienten que no invierten o no se benefician lo suficiente en el intercambio con su pareja enferma. Este estudio muestra que las percepciones de equidad o equilibrio en la relación entre los pacientes y sus parejas son importantes para prevenir el desgaste del cuidador y para mejorar las experiencias de los cuidadores positivos.

Bradley (2000) encontró una relación positiva entre la subescala de *cansancio emocional* del MBI y la estrategia de afrontamiento “búsqueda de apoyo social” y “planificación”, y entre la subescala de *Realización Personal* con la estrategia de “Confrontación”. También se encontró una relación negativa entre la búsqueda de apoyo social y el factor de *despersonalización* del MBI. Estos síntomas de burnout no habían disminuido con la participación en un grupo de apoyo. El factor que más correlacionaba con niveles altos en los tres factores de Burnout era el número de horas

semanales que se prestaba el cuidado, y no tanto la convivencia con el receptor de cuidados. Estos hallazgos indican que la longitud de tiempo en que un cuidador presta la atención puede ser menos importante que la intensidad de la atención prestada.

Beck (2001) encontró también síntomas de depresión, ansiedad, ira, altos niveles de carga, aumento de burnout y sentimientos de abandono y aislamiento en cuidadores de enfermos de cáncer. Las investigaciones demuestran que los cuidadores a menudo se vuelven física, emocional y verbalmente más agresivos hacia los beneficiarios de sus cuidados debido a los altos niveles de estrés. Tienen miedo de la muerte de la persona que cuidan cuando están ausentes de sus casas. En muchas ocasiones, los cuidadores se ven obligados a hacer frente a sus problemas psicológicos sin asistencia profesional.

Östlund, Wennman-Larsen, Persson, Gustavsson y Wengström (2010) investigaron la aparición de los síntomas de tensión con respecto a la depresión, el agotamiento y el bienestar emocional de las personas significativas de pacientes terminales de cáncer de pulmón, y cómo estos síntomas coexisten. La muestra se compuso de 84 personas significativas para pacientes terminales de cáncer de pulmón. Alrededor del 40 % de los cuidadores estaban afectadas negativamente en términos de salud mental.

Datos parecidos encontramos en el único estudio español encontrado sobre las variables cancer, burnout y cuidadores. Soto, Planes y Gras (2003) quienes evaluaron los síntomas de ansiedad y depresión en 105 familiares y amigos cercanos de los pacientes con cáncer hospitalizados. El 44,2% de la muestra tenían síntomas clínicamente relevantes de ansiedad y 23,1% los síntomas de la depresión, mientras que el 19,2% tuvo ambos síntomas al mismo tiempo. Las puntuaciones en ansiedad y depresión fueron más altas en las mujeres que en los hombres. Por otro lado, los familiares mayores o amigos tenían una mayor proporción de los síntomas de depresión que las más jóvenes.

CAPÍTULO 5:
*PSICOLOGÍA POSITIVA Y
OPTIMISMO*

La felicidad es amor, no es otra cosa. El que sabe amar es feliz

(Hermann Hess)

5.1 INTRODUCCIÓN

Una de las percepciones más frecuentes sobre el cáncer es que el estado de ánimo es determinante en el trascurso de la enfermedad, incluso en su posible recuperación. Es muy habitual escuchar frases relacionadas con lo importante que es mantener un ánimo optimista, pensar en positivo, etc. Sin embargo, existen muy pocas evidencias científicas de esta posible relación entre el estado de ánimo positivo y la calidad de vida, por no hablar de la supervivencia en el cáncer.

Los estudios sobre el optimismo, el bienestar emocional y la felicidad son muy recientes en el campo de la Psicología. Estos conceptos se relacionan con la aparición de la Psicología Positiva, cuyo origen se sitúa en la llegada de Seligman a la dirección de la Asociación Americana de Psicología en el año 1998. Seligman ha tratado de dar un giro al ámbito de estudio de la psicología, tratando de inculcar que si el objeto de la Psicología (fundamentalmente clínica) es tratar que los pacientes se encuentren bien, no sería tan importante estudiar los mecanismos que inducen a las personas a padecer depresión, ansiedad u otro tipo de trastornos psicológicos, como evaluar qué hacen las personas que son felices o que encuentran un cierto bienestar emocional con el fin de enseñar a las personas con padecimientos psicológicos como pueden enfocar su vida de otra forma.

En estos pocos años de vida de la Psicología Positiva se ha ido produciendo un cambio en su concepción básica sobre el objeto de estudio, pasando de valorar la felicidad como piedra angular de lo que debe ser esta nueva Psicología a centrarse en algo más tangible y con menos impedimentos conceptuales como es el bienestar. Entre las dimensiones del Bienestar Emocional tendríamos tanto concepciones “filosóficas” como el sentido de la vida o los logros a alcanzar, como elementos más concretos asociados a las relaciones sociales (donde el papel de la pareja es fundamental) y variables personales como las fortalezas o el estado de ánimo optimista.

Es fundamental que si tratamos de llegar a conclusiones científicas sobre cómo el estado de ánimo influye en el desarrollo del cáncer, su calidad de vida y su supervivencia, tomemos como referencia el constructo teórico que la Psicología Positiva nos aporta y comprobemos, de la misma manera que recientes aunque todavía escasos estudios encontrados hasta la fecha, si el estado de ánimo optimista tanto del enfermo de cáncer como de su pareja influyen en la enfermedad y hasta qué punto podemos demostrar, como se suele entender, que el vivir una situación tan traumática como es padecer cáncer o que la pareja lo padezca, puede llegar a suponer un auténtico crecimiento emocional.

5.2 PSICOLOGÍA POSITIVA

La Psicología Positiva es una rama de la psicología que busca comprender, a través de la psicología científica, los procesos que subyacen a las cualidades y emociones positivas del ser humano (Poseck, 2006).

Existe la percepción general que la Psicología Positiva es una “nueva perspectiva” de la psicología, que ha pasado de centrarse en aspectos psicopatológicos a una nueva concepción sobre cómo las variables más positivas (optimismo, felicidad, etc.) pueden no solo prevenir la aparición de ciertos trastornos como la ansiedad o la depresión, sino incluso contribuir a su curación. Sin embargo, si retomamos algunas de las concepciones de la Psicología Humanista de los años 60 del siglo pasado, como Rogers, Maslow o Fromm, podemos comprobar cómo guardan ciertas similitudes con las teorías más recientes enmarcadas en la Psicología Positiva. La contribución más destacada de la Psicología Positiva no ha sido tanto el enfoque en las variables “positivas” si no su carga científica, no quedándose únicamente en un planteamiento filosófico. Precisamente esa falta de base empírica de la Psicología Humanista dio lugar a una gran cantidad de movimientos de autoayuda dudosos y poco fiables (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000) de los que la Psicología Positiva trata de huir, no sin cierta dificultad. Como apuntan Park, Peterson y Sun (2013) la Psicología Positiva no pretende reemplazar a la psicología tradicional, sino complementarla a través de la ampliación de los temas de estudio legítimo con el objetivo de obtener una descripción completa y equilibrada de la condición humana.

El origen de la Psicología Positiva puede situarse en el año 1998, cuando Seligman es nombrado presidente de la Asociación Americana de Psicología. En su discurso señaló como una de sus directrices básicas ir hacia una psicología más positiva. Como parte de esta declaración de intenciones, el autor coordinó en el año 2000 un número especial de la revista *American Psychologist* titulado “Psicología Positiva” que contenía artículos científicos relacionados con la felicidad, la motivación intrínseca, las ilusiones positivas, la sabiduría, el talento, los mecanismos adaptativos, la creatividad y el desarrollo humano óptimo. Posteriormente, la publicación de dos libros de Seligman, “Auténtica Felicidad” (2002) y la revisión de sus teorías en “*La vida que florece*” (2011) han ido marcando las bases teóricas de la Psicología Positiva.

Las propias concepciones de Seligman sobre la Psicología Positiva han ido evolucionando en los últimos años. Para este autor, el objeto de la Psicología Positiva ya no es la “felicidad” como marcó en su inicial “Teoría de la Auténtica Felicidad”, sino el “Bienestar Emocional” cuyo “patrón oro” es el crecimiento personal. Por lo tanto, para su actual “Teoría del Bienestar” el objetivo de la psicología positiva no es encontrar la felicidad sino aumentar el crecimiento emocional (Seligman, 2011).

Esta revisión de la Teoría que sustenta a la Psicología Positiva y que ha realizado el propio Seligman se debe a tres circunstancias. La primera de ellas es que en demasiadas ocasiones se confunde la felicidad con el hecho de “estar contento” y esta confusión hace que el objetivo de la Psicología Positiva tienda a diluirse. La diferencia fundamental entre ambos conceptos sería que mientras que la alegría es una emoción, la felicidad es un sentimiento, es decir, un estado de ánimo más duradero que la alegría que se caracterizaría por suponer una reacción automática a una situación placentera. La segunda circunstancia la encontramos en el hecho de que la satisfacción con la vida ocupa un lugar demasiado privilegiado en la medición de la felicidad. Sin embargo, la satisfacción con la vida está demasiado determinada por cómo nos sentimos en un determinado momento y una puntuación en satisfacción vital cambiará de manera muy determinante en función del momento en el que preguntemos. La tercera circunstancia hace referencia a que en la Teoría de la Auténtica Felicidad, la emoción positiva, la entrega y el sentido no agotan los elementos que las personas eligen por su valor intrínseco. Es necesario tener más en cuenta las decisiones de las personas.

Otro cambio sustancial en esta evolución de la Psicología Positiva desde la Teoría de la Auténtica Felicidad a la Teoría del Bienestar lo constituye el cambio en los elementos centrales de ambas teorías. En la primera definición de Seligman, las personas pueden alcanzar una vida plena a través de tres caminos que empleados conjuntamente proporcionarían una mayor satisfacción:

- **EMOCIONES POSITIVAS**, también llamado “Vida Placentera” y que puede desarrollarse con técnicas como el Mindfulness o el Savoring.
- **FORTALEZAS PERSONALES**: Entre las que destacaría el Compromiso con la tarea (Engagement) que conllevaría a desarrollar una experiencia de Flow (cuando una actividad nos absorbe y en la que tenemos la sensación de que el tiempo se detiene).
- **INSTITUCIONES POSITIVAS** (familia, trabajo, escuela, comunidad) que nos permitiría desarrollar una “vida con significado”, vinculada a la búsqueda del sentido de la vida.

En la nueva concepción de la Teoría del Bienestar, Seligman sustituye estos tres elementos de la felicidad (emociones positivas, fortalezas personales e instituciones positivas) por cinco elementos o componentes del Bienestar y que ampliaremos en el siguiente apartado:

1. **EMOCIÓN POSITIVA** (vida placentera). Este primer elemento englobaría todos los conceptos recogidos en la misma definición de la Teoría de la Auténtica Felicidad, a los que se sumarían la propia felicidad y la satisfacción con la vida, que dejarían de ser los elementos cruciales de la teoría para convertirse en componentes de la emoción positiva

2. **ENTREGA:** Al igual que la emoción positiva, la entrega tendría una valoración fundamentalmente subjetiva y además con posterioridad a la situación que lo genera. Solo con retrospectiva podemos valorar si en una situación determinada tuvimos la sensación de que el tiempo se paraba o de que estábamos totalmente absortos en la tarea. Por lo tanto, estaría también relacionado con el concepto de Flow (Csikszentmihalyi, 1990).
3. **SENTIDO:** pertenecer y estar al servicio de algo que uno considera más importante que sí mismo. El sentido no es subjetivo.
4. **RELACIONES POSITIVAS:** Seligman (2011) mantiene que “los demás son el mejor antídoto contra los momentos difíciles de la vida y la forma más fiable para animarse”
5. **LOGROS:** la búsqueda del logro puede no estar relacionado directamente con una emoción positiva sino más bien con el logro momentáneo y con la “vida conseguida”, una forma de vida dedicada al logro por su valor intrínseco.

Para conseguir el objetivo de la Psicología Positiva desde esta nueva concepción de crecer a nivel personal, habría que desarrollar estas cinco características “centrales” y poseer al menos tres de las seis características “adicionales” que son:

- Autoestima
- Optimismo
- Resiliencia
- Vitalidad
- Autodeterminación
- Relaciones Positivas

5.3 ELEMENTOS DE BIENESTAR EMOCIONAL

5.3.1 EMOCIONES POSITIVAS

Seligman (2002) refiere que las emociones positivas pueden centrarse en el presente, pasado o futuro. Entre las emociones positivas respecto al futuro cita el optimismo, la esperanza, la fe y la confianza. Las relacionadas con el presente son la alegría, el éxtasis, la tranquilidad, el entusiasmo la euforia, el placer y, la más importante, la fluidez. Las emociones positivas sobre el pasado incluyen la satisfacción, la complacencia, la realización personal, el orgullo y la serenidad.

Tellegen, Lykken, Bouchard, Wilcox, Segal y Rich (1988) encontraron en estudios con gemelos separados y no separados al nacer, que la carga genética explicaría cerca del 80% del bienestar a largo plazo. Plomin, Lichtenstein, Petersen, McClearn y Nesselroade (1990) concluyen que esta relación entre la carga genética y la felicidad vendría determinada porque los genes hacen más probable la aparición de ciertas conductas.

En cuanto a las variables de personalidad, algunos autores han encontrado que el bienestar subjetivo se daría con más frecuencia en personas extrovertidas (Costa y McCrae, 1980) mientras que correlacionaría negativamente con el neuroticismo (Watson y Clark, 1997). Esta relación entre extroversión y felicidad podría estar basada en la fuerte correlación que según numerosos estudios existe entre el bienestar emocional y las relaciones sociales positivas (amigos, familia, pareja...). Tal y como apunta Peterson (2006) los aspectos que muestran correlaciones más fuertes con la felicidad son de naturaleza social: por ejemplo, la extraversión, el apoyo social, el número de amigos, las actividades de ocio, el matrimonio y el empleo (pero no los ingresos). Las emociones positivas pueden ser canalizadas hacia la prevención, el tratamiento y el afrontamiento de forma que se transformen en verdaderas armas para enfrentar los problemas de la vida (Fredrickson, 2000).

5.3.2 ENTREGA Y EXPERIENCIA DE FLUJO

El término “Fluir” (Flow) fue definido por Csikszentmihalyi como un “estado de involucramiento total en una actividad que requiere de una concentración completa”. Como este autor define en su libro “Aprender a Fluir” (2007), *“la calidad de vida no depende solo de la felicidad, sino de lo que uno haga para ser feliz”*. Si una persona, en función de sus objetivos de vida o de una simple actividad cotidiana, consigue “fluir” experimentará la sensación de que se actúa sin esfuerzo y podrá poner juego toda su capacidad para conseguir llevar a cabo esa “actividad de flujo”. Si los desafíos son demasiado altos, puede aparecer la frustración y si son desafíos demasiado bajos,

aparecerá el aburrimiento. Pero cuando tenemos que enfrentarnos a un desafío que requiere la aplicación de nuestras más altas capacidades, podremos alcanzar la experiencia de fluir. Cuando las metas son claras, la retroalimentación relevante y los desafíos y capacidades se hallan en equilibrio, se ordena y se invierte plenamente la atención. En esta experiencia es posible que no sintamos felicidad, ni siquiera un cierto grado de bienestar. Pero transcurrido un tiempo, podremos valorar lo bien que nos sentimos mientras realizamos esa actividad. Este modelo está esquematizado en la siguiente Ilustración:

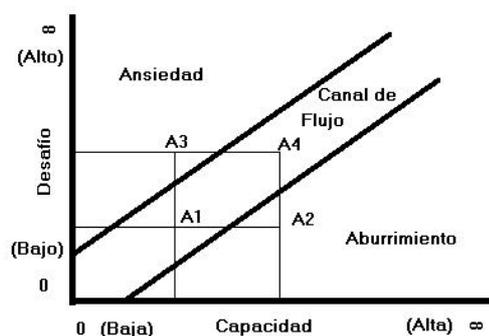


ILUSTRACIÓN 22 MODELO DE CANAL DE FLUJO DE CSIKSZENTMIHALYI (WHALEN, 1997)

5.3.3 EL SENTIDO Y EL PROPÓSITO DE LA VIDA

Definimos una vida con significado como aquella en la que las personas se sienten conectadas con algo más grande que ellas mismas (Peterson, Park y Seligman, 2005). Sin embargo, se produce una circunstancia interesante para la experiencia de la felicidad o el bienestar en este sentido: la búsqueda de sentido produce una menor satisfacción con la vida. Es decir, aunque tener sentido y propósito en la vida es beneficioso, el proceso de encontrar el significado de la vida puede implicar desafío y confusión. Cuando experimentamos acontecimientos trágicos, a menudo formulamos preguntas existenciales y tratamos de dar sentido a lo que nos ha sucedido. Pero el asunto del sentido y el propósito de la vida es aún más relevante en la etapa posterior a la adversidad. Aunque no está claro cómo las personas dotan de sentido a las experiencias traumáticas, parece plausible que el sentido y el propósito podrían desempeñar un papel importante para promover la resiliencia y el proceso de recuperación. Es en este sentido, tal y como explicaremos posteriormente en el apartado sobre Resiliencia y Crecimiento Post traumático, donde podemos encontrar la experiencia comentada por personas que han sufrido o están sufriendo un proceso como el cáncer (tanto los propios enfermos como sus parejas) al referir que el vivir esta situación les ha proporcionado un nuevo “sentido” a su vida. Si bien, con anterioridad no se habían planteado el sentido de la vida, el hecho de tener que sobrellevar una situación difícil les

proporciona un nuevo significado, encontrando en muchas ocasiones que el desempeño de un rol determinado (como en el caso de los cuidadores) le da sentido a su vida o el sentido de la vida adquiere connotaciones que no habían sido planteadas hasta la fecha.

5.3.4 RELACIONES INTERPERSONALES POSITIVAS

Quizás el hallazgo más consistente en la Psicología Positiva es que las relaciones positivas con otras personas —amigos, familiares y compañeros de trabajo— son el factor que contribuye de manera más importante al bienestar psicológico. Las buenas relaciones proporcionan apoyo emocional e instrumental en momentos de estrés y desafío, pero también proporcionan un sentido de conexión y la oportunidad de celebrar las cosas buenas de la vida.

Los investigadores han encontrado una interesante correlación entre la situación emocional y la felicidad. Myers (2000) estudió a 35.024 personas entre 1972 y 1996 y encontró un mayor grado de felicidad en los casados, frente a solteros y divorciados.

Es importante destacar aquí la evolución que ha tenido las teorías de Seligman, desde la Auténtica Felicidad al la Teoría del Bienestar, en su relación con la parte más social de su teoría. Si bien en un primer momento abogó por la implicación con la comunidad como factor clave de la felicidad, actualmente considera que es más acertado limitar este concepto al ámbito de las relaciones sociales más cercanas. Pero el pertenecer a un grupo de referencia es importante, como defiende la Psicología Social, el bienestar se produce en las relaciones más íntimas (pareja, amigos, compañeros de trabajo, familia, etc.).

5.3.5 LOGROS

Uno de los motivos por los que Seligman modificó su Teoría de la Auténtica Felicidad a su Teoría del Bienestar fue precisamente para incluir el concepto de “Logros” como uno de los componentes fundamentales del Bienestar. Y es que con independencia de que conlleven la experiencia de emociones positivas, las personas buscan conseguir objetivos en su vida por su valor intrínseco. Por esta misma razón, el Bienestar emocional no se correlaciona con variables sociodemográficas como el sexo, la edad, el estatus social, el nivel de estudios, etc. (Cuadra y Lorenzano, 2003). El bienestar es subjetivo es decir, con independencia de las circunstancias que rodeen al individuo (o precisamente por ellas o para ellas) algunas personas tienden a valorar determinados aspectos concretos de su situación proporcionándoles la experiencia subjetiva de bienestar. La Felicidad englobaría los conceptos de bienestar subjetivo y satisfacción vital lograda a través de la consecución de los logros propuestos.

5.3.6 RASGOS PERSONALES POSITIVOS

Como hemos visto anteriormente, los cinco elementos claves de la Psicología Positiva (emociones positivas, entrega, sentido, relaciones y logro) se combinan con otros elementos “complementarios” que están relacionados con los rasgos individuales positivos que hay que desarrollar y que pueden aprenderse. Entre estos elementos complementarios encontramos que algunos de ellos pueden relacionarse directamente con las competencias emocionales propuestas por Goleman (1998) como son la autoestima, la vitalidad (que podría relacionarse con la motivación tal cual fue descrita por Goleman), la autodeterminación (que podríamos relacionar con la autorregulación) y las relaciones positivas (relacionadas con las habilidades sociales y empatía de Goleman). Los otros dos elementos complementarios (Optimismo y Resiliencia) son específicos de la teoría de la Psicología Positiva.

5.3.6.1 OPTIMISMO

Se ha convertido en uno de los puntos centrales de la Psicología Positiva. Una gran cantidad de estudios científicos lo sitúan como una variable predictiva de salud y bienestar además de modulador de eventos estresantes (Poseck, 2006). Si bien algunos autores, como Avia y Vázquez (1999) lo consideran una dimensión de la personalidad estable, la tendencia actual trata de valorar el optimismo como un constructo cognitivo que puede aprenderse. Frente al optimismo absoluto, que podría considerarse un rasgo incluso patológico, encontramos el término “optimismo inteligente” que es una forma realista de valorar las circunstancias de la vida.

El optimismo (el pensamiento positivo) se asocia con un mejor estado de ánimo, mayor satisfacción con la vida; éxito en la escuela, el trabajo y los deportes; buena salud y una vida más larga. Las investigaciones revelan que el optimismo protege contra los efectos debilitantes de los eventos negativos. El optimismo es beneficioso en gran parte porque se asocia con una resolución activa de problemas. Se ha mostrado que una visión positiva se asocia con el bienestar físico, psicológico y social (Peterson, 2000).

Seligman, basándose en su Teoría de la Indefensión Aprendida (Abramson, Seligman, y Teasdale, 1978) formuló las bases del ***estilo atribucional del pensamiento optimista*** que se ha convertido en uno de los conceptos fundamentales de la Psicología Positiva en su aplicación más práctica y educativa. Las personas tenemos el hábito de tratar de dar una explicación a las circunstancias que nos ocurren. Este hábito fue definido por Seligman (1999) como “*Estilo Explicativo*” y suponen explicaciones “causales” que pueden ser aprendidas y por tanto modificadas para desarrollar un “estilo de pensamiento optimista”.

Las dimensiones de estos estilos explicativos, y por tanto de las valoraciones optimistas o pesimistas son:

- **DURACIÓN O PERMANENCIA** de las situaciones que nos ocurren. Tener una atribución “estable” nos llevaría a pensar que los acontecimientos que nos han ocurrido son permanentes en el tiempo; una atribución transitoria tendería a valorar el evento como cambiante. A la hora de mostrar este patrón de pensamiento, las personas con atribuciones estables hablarían con términos de “siempre” o “nunca” pensando que los sucesos negativos tenderán a repetirse o a mantenerse en el tiempo (“siempre estaré enfermo” “nunca me curaré del todo”). Las personas que desarrollan una creencia sobre hechos transitorios, pensarán en términos de “a veces” “últimamente” con la concepción de que tanto los acontecimientos malos como los buenos tienden a cambiar con el tiempo.
- **ALCANCE** del efecto del acontecimiento. Está asociada al espacio y a las diversas áreas de la vida de una persona. Las atribuciones “generales” serían del tipo “nada en mi vida va bien” “nadie me quiere”, mientras que las atribuciones “específicas” tratarían de atomizar la repercusión de los problemas circunscribiéndolos a áreas específicas de la persona “no tengo una buena salud, pero al menos tengo gente que me quiere”.
- **PERSONALIZACIÓN** o responsabilidad sobre la situación. El desarrollo de una atribución interna conllevaría la responsabilidad personal sobre el suceso acontecido, mientras que una atribución externa, la responsabilidad recae sobre los demás (locus de control externo) o sobre determinadas circunstancias relacionadas con la mala suerte, el destino, etc.

Las personas optimistas tendrían estilos explicativos contrarios a las personas pesimistas en cada uno de estos factores. De esta manera, una persona pesimista tiende a pensar que las circunstancias adversas van a durar para siempre (estilo explicativo de permanencia estable) mientras que una persona optimista percibe que las situaciones negativas tienden a desaparecer con el tiempo (estilo explicativo de permanencia transitoria). En cuanto a la variable de alcance, una persona pesimista piensa que toda su vida está afectada por sucesos negativos (alcance general), mientras que una persona optimista es capaz de concretar dónde se encuentran las circunstancias negativas de su vida (alcance específico). En cuanto a la personalización, el estilo explicativo propio de las personas pesimistas es el locus de control externo, mientras que las optimistas desarrollan un locus de control interno. Rojas y Ramos (2013) refieren que el *estilo optimista* de explicarse las cosas estimula al sujeto a minimizar el impacto de las desgracias, le da sensación de control de su vida y protege a la persona de la infravaloración de sí misma, del desánimo y el sentimiento de indefensión.

5.3.6.2 RESILIENCIA Y CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO

Precisamente en esta variable es donde más cambios profundos podemos encontrar entre la psicología “tradicional” y la psicología positiva. Si bien, desde la psicología freudiana se ha dado especial importancia a los traumas y heridas que dejaba en la psique la vivencia de determinadas situaciones conflictivas, la psicología positiva pone especial énfasis en cómo algunas personas tienen la capacidad no solo de sobreponerse a la adversidad (resiliencia) sino incluso “crecer” con ella, aprender de las situaciones complicadas, modificar su escala de valores y desarrollar recursos emocionales que les serán útiles en otros momentos de su vida.

La Psicología Positiva parte de la base de que el ser humano tiene una gran capacidad para adaptarse y encontrar sentido a las experiencias traumáticas, una capacidad que ha sido ignorada por la Psicología durante muchos años (Park, 1998; Gillham y Seligman, 1999; Davidson, 2002; citados por Poseck, Carbelo y Vecina, 2006).

Para la psicología positiva, trastornos como el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) no son tan habituales como pueda parecer en un principio. Los síntomas del TEPT (insomnio, pesadillas, recuerdos intrusivos, etc.) son normales e incluso adaptativos (Summerfield, 1999). Los datos apuntan a que alrededor de un 85% de las personas afectadas por una experiencia traumática siguen un proceso de recuperación normal y no desarrollan ningún trastorno (Bonanno, 2004).

Además, hay personas que no solo son capaces de recuperarse de un suceso traumático sino que además, experimentan un cambio de valores, actitudes y percepciones, vivenciando un crecimiento personal a consecuencia de la experiencia traumática vivida. Esta experiencia se conoce como Crecimiento Postraumático, y ya aparecía en algunos escritos de autores de la Psicología Humanista de la década de los años sesenta del S. XX. Como apuntan Vera, Carbelo y Vecina (2006) este no sería un proceso universal y no todas las personas pasarían por él a pesar de haber experimentado una recuperación no traumática de un suceso negativo. Tal y como reflejan Calhoun y Tedeschi (1999; 2000) este crecimiento postraumático se reflejaría a tres niveles:

- **Cambio en uno mismo:** aumento de la confianza en uno mismo y de sus propias capacidades para hacer frente a adversidades futuras
- **Cambio en las relaciones sociales:** “*ahora sé quiénes son mis verdaderos amigos y me siento mucho más cerca de ellos que antes*”. Por otro lado, el hecho de pasar sucesos traumáticos o difíciles hace que las personas desarrollen una mayor capacidad de empatía ante otras personas que están pasando por situaciones parecidas (Vera, Carbelo y Vecina, 2006).
- **Cambios en la espiritualidad y en la filosofía de vida:** tienden a sacudir de forma radical las concepciones e ideas sobre la forma de ver el mundo o (Janoff-Bulman, 1992).

En este sentido, Taylor, Lichtman y Word (1984) llevaron a cabo un estudio con enfermos de cáncer donde se les preguntó si el diagnóstico de la enfermedad había supuesto un cambio concreto en su vida. El 70% de las muestras contestó que sí que habían experimentado un cambio y que además para un 60% ese cambio era positivo ya que habían aprendido a tomarse la vida de otra forma y a disfrutar más de ella.

Algunos autores como Saakvitne, Tennen y Affleck (1998) relacionan el crecimiento postraumático con el mecanismo de supervivencia y adaptación desde un punto de vista evolucionista. En cualquier caso, parece que nos encontramos ante un componente más cognitivo que emocional (Calhoun y Tedeschi, 1999) por lo que las estrategias de afrontamiento cognitivo son cruciales para el desarrollo de este crecimiento postraumático.

5.4 FORTALEZAS PERSONALES

Peterson, Park, Pole, D'Andrea y Seligman (2008), como parte de los estudios empíricos para el desarrollo de la Teoría de la Psicología Positiva, llevaron a cabo un interesante estudio sobre las fortalezas en personas que habían vivido situaciones traumáticas (accidentes con peligro para la vida, asaltos, enfermedades y desastres naturales) encontrando un aumento significativo en fortalezas como la amabilidad, el amor, la curiosidad, la creatividad, el amor por el aprendizaje, la apreciación de la belleza, la gratitud, el entusiasmo, la valentía, la honestidad, la perseverancia y la religiosidad/espiritualidad, que precisamente eran los componentes del Crecimiento Postraumático (CPT) defendido por Tedeschi y Calhoun (1995). Estos resultados sugieren que los acontecimientos potencialmente traumáticos pueden provocar el crecimiento de ciertos rasgos positivos, que podrían utilizarse a su vez como elemento potenciador en las intervenciones psicológicas con personas que han sufrido situaciones traumáticas. Según Park, Peterson y Seligman (2004) las fortalezas de carácter más importantes y que más se asocian con el Bienestar Emocional tanto en adultos como en jóvenes e incluso niños, son:

- Gratitude
- Esperanza
- Entusiasmo
- Curiosidad
- Amor

Como base a sus estudios empíricos sobre Fortalezas Personales, Peterson y Seligman crean el “*Values in Action Inventory of Strengths*” (2006), traducido al castellano como **Cuestionario VIA de Fortalezas Personales** que si bien puede adolecer, como los propios autores señalan, de algunos problemas metodológicos, ha servido para definir las 24 **fortalezas personales** más importantes agrupadas en 6 categorías:

I. Sabiduría y conocimiento: Fortalezas cognitivas que implican la adquisición y el uso del conocimiento.

- 1. Creatividad [originalidad, ingenio]: Pensar en nuevas y productivas formas de hacer las cosas. Incluye la creación artística pero no se limita exclusivamente a ella.
- 2. Curiosidad [interés, amante de la novedad, abierto a nuevas experiencias]: Tener interés por lo que sucede en el mundo, encontrar temas fascinantes, explorar y descubrir nuevas cosas.
- 3. Apertura de mente [juicio, pensamiento crítico]: Pensar sobre las cosas y examinar todos sus significados y matices. No sacar conclusiones al azar, sino tras evaluar cada posibilidad. Estar dispuesto a cambiar las propias ideas en base a la evidencia.
- 4. Deseo de aprender [amor por el conocimiento]: Llegar a dominar nuevas materias y conocimientos, tendencia continua a adquirir nuevos aprendizajes.
- 5. Perspectiva [sabiduría]: Ser capaz de dar consejos sabios y adecuados a los demás, encontrando caminos no sólo para comprender el mundo sino para ayudar a comprenderlo a los demás.

II. Coraje: Fortalezas emocionales que implican la consecución de metas ante situaciones de dificultad, externa o interna.

- 6. Valentía [valor]: No dejarse intimidar ante la amenaza, el cambio, la dificultad o el dolor. Ser capaz de defender una postura que uno cree correcta aunque exista una fuerte oposición por parte de los demás, actuar según las propias convicciones aunque eso suponga ser criticado. Incluye la fuerza física pero no se limita a eso.
- 7. Persistencia [perseverancia, laboriosidad]: Terminar lo que uno empieza. Persistir en una actividad aunque existan obstáculos. Obtener satisfacción por las tareas emprendidas y que consiguen finalizarse con éxito.
- 8. Integridad [autenticidad, honestidad]: Ir siempre con la verdad por delante, no ser pretencioso y asumir la responsabilidad de los propios sentimientos y acciones emprendidas.
- 9. Vitalidad [pasión, entusiasmo, vigor, energía]: Afrontar la vida con entusiasmo y energía. Hacer las cosas con convicción y dando todo de uno mismo. Vivir la vida como una apasionante aventura, sintiéndose vivo y activo.

III: Humanidad: Fortalezas interpersonales que implican cuidar y ofrecer amistad y cariño a los demás.

- 10. Amor [capacidad de amar y ser amado]: Tener importantes y valiosas relaciones con otras personas, en particular con aquellas en las que el afecto y el cuidado son mutuos. Sentirse cercano y apegado a otras personas.
- 11. Amabilidad [generosidad, apoyo, cuidado, compasión, amor altruista, bondad]: Hacer favores y buenas acciones para los demás, ayudar y cuidar a otras personas.
- 12. Inteligencia social [inteligencia emocional, inteligencia personal]: Ser consciente de las emociones y sentimientos tanto de uno mismo como de los demás, saber cómo comportarse en las diferentes situaciones sociales, saber qué cosas son importante para otras personas, tener empatía.

IV. Justicia: Fortalezas cívicas que conllevan una vida en comunidad saludable.

- 13. Ciudadanía [responsabilidad social, lealtad, trabajo en equipo]: Trabajar bien dentro de un equipo o grupo de personas, ser fiel al grupo y sentirse parte de él.
- 14. Justicia [equidad]: Tratar a todas las personas como iguales en consonancia con las nociones de equidad y justicia. No dejar que los sentimientos personales influyan en decisiones sobre los otros, dando a todo el mundo las mismas oportunidades. .
- 15. Liderazgo: Animar al grupo del que uno es miembro para hacer cosas, así como reforzar las relaciones entre las personas de dicho grupo. Organizar actividades grupales y llevarlas a buen término.

V. Moderación: Fortalezas que nos protegen contra los excesos.

- 16. Perdón y compasión [Capacidad de perdonar, misericordia]: Capacidad de perdonar a aquellas personas que han actuado mal, dándoles una segunda oportunidad, no siendo vengativo ni rencoroso.
- 17. Humildad/Modestia: Dejar que sean los demás los que hablen de uno mismo, no buscar ser el centro de atención y no creerse más especial que los demás.
- 18. Prudencia [discreción, cautela]: Ser cauteloso a la hora de tomar decisiones, no asumiendo riesgos innecesarios ni diciendo o haciendo nada de lo que después uno se pueda arrepentir.
- 19. Autorregulación [autocontrol]: Tener capacidad para regular los propios sentimientos y acciones. Tener disciplina y control sobre los impulsos y emociones.

VI. Trascendencia: Fortalezas que forjan conexiones con la inmensidad del universo y proveen de significado la vida.

- 20. Aprecio de la belleza y la excelencia [asombro, admiración, fascinación]: Saber apreciar la belleza de las cosas, del día a día, o interesarse por aspectos de la vida como la naturaleza, el arte, la ciencia...
- 21. Gratitud: Ser consciente y agradecer las cosas buenas que a uno le pasan. Saber dar las gracias.
- 22. Esperanza [optimismo, visión de futuro, orientación al futuro]: Esperar lo mejor para el futuro y trabajar para conseguirlo. Creer que un buen futuro es algo que está en nuestras manos conseguir.
- 23. Sentido del humor [diversión]: Gusto por la risa y las bromas, hacer sonreír a otras personas, ver el lado positivo de la vida.
- 24. Espiritualidad [religiosidad, fe, propósito]: Pensar que existe un propósito o un significado universal en las cosas que ocurren en el mundo y en la propia existencia. Creer que existe algo superior que da forma a determina nuestra conducta y nos protege.

5.5 PSICOLOGÍA POSITIVA Y CANCER

Tal y como apuntan Ochoa, Castejón y Sumalla (2013) el cáncer es una experiencia potencialmente traumática, que genera un alto grado de malestar emocional y sintomatología postraumática (Kangas, Henry, y Bryant, 2002; Mehnert y Koch, 2007). En la última década han ido apareciendo algunos estudios sobre los efectos psicológicos en parejas (Hodges, Humphris, y Macfarlane, 2005) o en los padres y madres de niños o adolescentes con cáncer (Pelcovitz, Goldenberg, Kaplan, Weinblatt, Mandel, Meyers y Vinciguerra, 1996; Landolt, Vollrath, Ribi, Gnehm, y Sennhauser, 2003; Ozono, Saeki, Mantani, Ogata, Okamura y Yamawaki, 2007).

A pesar de que es frecuente escuchar comentarios sobre la importancia del estado de ánimo en una enfermedad como el cáncer, desde el punto de vista de la calidad de vida incluso de la posible recuperación de la enfermedad, los estudios científicos que correlacionan ambas variables es todavía muy escaso. De hecho, en la base de datos científica Psycinfo únicamente se encuentran 50 artículos en este sentido en los últimos 14 años, de los cuales únicamente 8 son estudios empíricos con muestras muy pequeñas (desde caso único a muestras de 90 personas) y todas ellas sobre mujeres que padecen cáncer de mama. Todavía la literatura científica es más escasa si hablamos de tratamientos basados en Psicología Positiva. Por ejemplo, Casellas-Grau, Font y Vives (2014) únicamente han encontrado 16 artículos en una revisión sistemática sobre las publicaciones que correlacionan ambos conceptos. Los enfoques terapéuticos encontrados están basados en mindfulness, expresión de las emociones positivas, intervenciones espirituales, terapia de la esperanza e intervenciones de construcción de significados. Estas intervenciones específicas promueven cambios positivos en los participantes, tales como mejorar la calidad de vida, el bienestar, la esperanza, la búsqueda de beneficio o el optimismo.

Youll y Meekosha (2013) llevaron a cabo una investigación con cuidadores de personas con cáncer, encontrando que el pensamiento positivo afecta a la experiencia del cáncer. Los resultados sugieren que el pensamiento positivo es un esfuerzo que llevan a cabo los cuidadores para minimizar el estrés y el daño a través de la expresión de sentimientos negativos.

La identificación de beneficios en el proceso de la enfermedad es una de las piedras angulares sobre las que se sustenta en concepto de Crecimiento Postraumático relacionado con la psicología positiva. Chaves, Vázquez y Herbás (2013) encontraron en una muestra de niños oncológicos y trasplantados que los niños expuestos a una intensidad moderada de su enfermedad tenían los niveles más fuertes de Identificación de Beneficios. Se encontró que esta Identificación de Beneficios se asocia con emociones positivas (Currier, Hermes y Phipps, 2009) y optimismo disposicional (Phipps, Steele, Hall y Leigh, 2007; Currier, Hermes y Phipps, 2009; citados por Chaves, 2014). Por otra parte, los resultados muestran que la satisfacción con la vida (Diener, Shu, Lucas y Smith, 1999), el bienestar (Ryff, Singer y Love, 2004) y las fortalezas personales (Park y

Peterson, 2006), como el amor, la perseverancia, gratitud, amor por el aprendizaje y la vitalidad también se relaciona positivamente con la Identificación de Beneficios.

Kerenyi (2008) llevo a cabo un estudio con 26 mujeres con cáncer de mama. El estudio también identifica los factores de protección posibles que ayudan a mejorar la calidad de vida de estas mujeres. Estos incluyen el bienestar espiritual, el afrontamiento activo, la identificación de beneficios y el optimismo.

Ho, Chan, Yau, y Yeung (2011) examinaron a 90 mujeres con cáncer de mama concluyendo que aquellas mujeres que atribuyen las causas de los acontecimientos positivos a factores internos, globales y estables tienden a informar más Crecimiento Postraumático. Entre las tres dimensiones del estilo explicativo optimista (interna, estable y global), la tendencia a globalizar las causas de los acontecimientos buenos y malos fueron los predictores más importantes de un Crecimiento Postraumático Autoinformado (CPT) y los síntomas de TEPT (trastorno por estrés postraumático), respectivamente.

Sumalla, Ochoa y Blanco (2009) concluyen que el cáncer tiene circunstancias que lo hacen diferente de otras enfermedades en cuanto a la posibilidad de aparición de crecimiento postraumático. En concreto, la amenaza constante, la incertidumbre y la vulnerabilidad asociada con el cáncer son las variables que se han relacionado más consistentemente con CPT y tienden a confundir la relación entre CPT y bienestar emocional.

En resumen, en una experiencia como la de padecer cáncer pueden ocurrir cambios vitales positivos, observándose en el 50-90% de los pacientes con cáncer de mama, el 76% de cáncer testicular y el 60-95% de los supervivientes de un cáncer infantil/adolescente entre otros (Córdova, 2008).

¿Hasta qué punto esta concepción “positiva” de la enfermedad puede ser perjudicial? Ruthing, Holfeld, Hanson (2012) apuntan en un estudio con 482 pacientes de cáncer que los resultados sugieren que la exposición a la idea de CPT puede llevar a los pacientes con cáncer a percibirse como culpables si no se recuperan de la enfermedad. Coyne y Tennen (2010) tampoco encontraron relaciones entre la mejoría en el cáncer y las variables de psicología positivas y de hecho han publicado varios estudios teóricos donde han sido muy críticos con la Psicología Positiva y su intento de relacionar el pensamiento positivo con cambios a nivel de salud, en concreto con lo relacionado con el aumento del sistema inmunológico, concluyendo que los resultados no son significativos. Estos artículos de Coyne y Tennen han obtenido respuesta por parte de otros colegas como Aspinwall y Tedeschi (2010) quienes les acusan de no haber tenido en cuenta la fuerte evidencia acumulada que sugiere que el optimismo se relaciona con los resultados de salud positivos para otras enfermedades graves, y que las intervenciones psicosociales pueden mejorar otros resultados importantes del cáncer, como la reducción del dolor y una mayor calidad de vida.

Si como hemos comentado antes, las personas que conviven con un enfermo de cáncer también pueden desarrollar estrés postraumático, es viable que puedan desarrollar también un cambio psicológico positivo relacionado con el crecimiento postraumático (CPT) (Cadell, 2007; Kim, Schulz, y Carver, 2007; Manne, Ostroff, Winkel, Goldstein, Fox y Grana 2004; Moore, Gamblin, Geller, Youssef, Hoffman, Gemmell y Likumahuwa, 2011; Thornton y Pérez, 2006; Weiss, 2004; Zwahlen, Hagenbuch, Carley, Jenewein, y Buchi, 2010; citados por Ochoa, Castejón y Sumalla, 2013). Diversos estudios muestran que hay una correlación significativa entre el CPT de los supervivientes de cáncer y el CPT de sus otros significativos (Manne, Ostroff, Winkel, Goldstein, Fox y Grana, 2004; Moore, Gamblin, Geller, Youssef, Hoffman, Gemmell y Likumahuwa, 2011; Thornton y Pérez, 2006; Zwahlen, Hagenbuch, Carley, Jenewein, y Buchi, 2010; citados por Ochoa, Castejón y Sumalla, 2013) pero se desconoce qué mecanismos explican la posible transmisión o contagio del crecimiento.

Sumalla, Ochoa y Blanco (2009) apuntan que los estudios sobre los efectos traumáticos de las personas que conviven con enfermos de cáncer se inician en la década de los 90 del siglo pasado, poniendo el foco de atención en los síntomas de estrés relacionados con el proceso de cuidar que permitieron desarrollar conceptos como el de “Fatiga por Compasión”, “Estrés Secundario al Trauma” o “Trauma Vicario” relacionado sobre todo con el personal sanitario más que con los familiares o allegados (Figley, 1995; McCann y Pearlman, 1990). Sin embargo, los estudios sobre las consecuencias “positivas” o de crecimiento para los cuidadores familiares no han sido tenidas en cuenta para la literatura científica hasta la aparición y el desarrollo de los conceptos relacionados con la Psicología Positiva, a pesar de que es precisamente el cambio en los vínculos afectivos (sobre todo por su fortalecimiento y la necesidad de compartir sentimientos) las características más comunes a las que se refieren las personas con cáncer (Petrie, Buick, Weinman, y Booth, 1999; Sears, Stanton, y Danoff-Burg, 2003).

Uno de los datos más destacados en el trabajo de Sumalla, Ochoa y Blanco (2009) es precisamente que las puntuaciones en CPT de enfermos de cáncer y sus parejas correlacionan de forma significativa (Manne, Ostroff, Winkel, Goldstein, Fox y Grana, 2004; Moore, Gamblin, Geller, Youssef, Hoffman, Gemmell, ... Likumahuwa, 2011; Thornton y Pérez, 2006; Zwahlen, Hagenbuch, Carley, Jenewein y Buchi, 2010). El estudio de Zwahlen, Hagenbuch, Carley, Jenewein y Buchi, (2010) referido por Sumalla, Ochoa y Blanco (2009) muestra que la mayor variabilidad en el CPT relacionado con el cáncer es precisamente la pareja en sí misma, seguida del rol superviviente vs. pareja) y del género. *“Cuando se analiza el rol de cada miembro de la pareja se observa que en prácticamente todos los estudios es el superviviente quien obtiene mayores puntuaciones de CPT respecto a su compañero o pareja”*. En cuanto al género, si es la mujer la enferma, la diferencia en CPT a favor de ellas es mayor respecto a sus compañeros que cuando es el hombre el enfermo de cáncer y además, condiciona más el CPT de la pareja (hombre) que en el caso contrario, como demuestran estudios como el de Weiss (2004) donde el CPT de pacientes con cáncer de mama predecía el CPT de sus maridos. Ruf, Buchi, Moergeli, Zwahlen y Jenewein (2009) llevaron a cabo un estudio cualitativo con enfermos de cáncer de ambos sexos concluyendo que mientras las mujeres

hacían más énfasis en las mejoras de las relaciones con su pareja, a través de una mayor intimidad y comunicación, los hombres con cáncer referían más un cambio positivo relacionado con la familia y los amigos en general, pero no se limitaban al ámbito de la pareja.

Otro aspecto que puede relacionarse con diferencias en CPT en parejas con cáncer es la gravedad de la enfermedad ya que mientras que en estudios con supervivientes de cáncer las correlaciones en las dimensiones de CPT entre el enfermo y su pareja son más frecuentes, en casos de cáncer avanzado solo se correlacionan las puntuaciones en las dimensiones Espiritualidad y Fuerza Personal (Sumalla, Ochoa y Blanco, 2009).

También se ha encontrado diferencias significativas en cuanto a la edad. Es decir, tener un cáncer o una pareja con cáncer joven sí favorecería un crecimiento pos-traumático mutuo y compartido, seguramente porque para ambos el cáncer supone una mayor alteración o ruptura de la visión social o natural del enfermar, y también hay una mayor disponibilidad y capacidad para el cambio (Sumalla, Ochoa y Blanco, 2009).

Existen estudios muy interesantes sobre si las personas significativas de los enfermos de cáncer corroboran el CPT de los enfermos (Moore, Gamblin, Geller, Youssef, Hoffman, Gemmell, ... Likumahuwa, 2011; Shakespeare-Finch y Barrington, 2011; Shakespeare-Finch y Enders, 2008). Moore, Gamblin, Geller, Youssef, Hoffman, Gemmell, ... Likumahuwa, 2011) encuentran un elevado grado de acuerdo entre el CPT autoinformado del superviviente y la evaluación que realizaba su cuidador. En este mismo estudio se encontró una correlación directa y significativa entre el CPT del cuidador y el del superviviente de cáncer, lo que podría suponer, a juicio de los autores, que el CPT del cuidador puede tener como modelo el CPT del superviviente. Otro estudio muy interesante en este sentido es el de Dorval, Guay, Mondor, Mâsse, Falardeau, Robidoux, ... Deschênes (2005) que evaluaba la cercanía percibida en parejas tras un año de diagnóstico de cáncer de mama no metastásico, encontrando un acuerdo en torno al 59% en este tema. Estos autores señalan cuatro interacciones que se producen a corto plazo tras el diagnóstico y que predicen la unión al cabo de un año. Estas interacciones son:

- Los maridos informaban que la esposa era su confidente
- Los maridos obtenían consejos sobre cómo afrontar el cáncer en las dos primeras semanas tras el diagnóstico
- Las acompañaban a cirugía
- Habían mostrado más afecto a los tres meses del diagnóstico.

Sin embargo, para otros autores, es el recuerdo de cambio a nivel de relación lo que se está midiendo en estas investigaciones, no el hecho de que ese cambio se haya producido realmente (Tennen y Affleck, 2009; Kirkpatrick y Hazan, 1994). Sumalla, Ochoa y Blanco (2009) concluyen argumentando que el CPT de las parejas de enfermos de cáncer es vicario al del propio enfermo. Es el superviviente quien experimenta directamente el crecimiento y quien más influye en el

crecimiento de su pareja. Por eso, ciertas variables como el compromiso marital o la percepción de cercanía influyen en el CPT de las parejas. El interesante estudio de Sumalla termina argumentando si los beneficios de intervenciones psicológicas basadas en facilitar el CPT de los enfermos de cáncer (Ochoa, Sumalla, Maté, Castejón, Rodríguez, Blanco y Gil, 2010) puede suponer una mejora en el CPT de la pareja (aunque estas no reciban directamente el tratamiento) o es necesario intervenir directamente sobre la pareja para conseguir un aumento del CPT compartido tal y como se muestra en estudios recientes (Heinrichs, Zimmermann, Huber, Herschbach, Russell, y Baucom, 2012).

CAPÍTULO 6:
INTELIGENCIA
EMOCIONAL

Nunca sabes lo fuerte que puedes llegar a ser, hasta que ser fuerte es tu única opción
(Chuck Palahniuk)

6.1 INTRODUCCIÓN

Es indiscutible que vivir en el ámbito familiar el proceso de una enfermedad como el cáncer conlleva una gran carga emocional. En esta situación, las emociones de miedo y frustración conviven con la esperanza e incluso con los momentos de felicidad que aporta el hecho de que se valoren los detalles, en ocasiones pequeños, pero fundamentales que en otro momento de la vida pasarían desapercibidos.

En este trabajo, partimos de la hipótesis de que la forma en la que tanto el enfermo como su pareja gestionen sus emociones durante el proceso de la enfermedad correlacionará de forma directa con la calidad de vida del enfermo y la calidad de la relación de pareja. Partiendo de esta hipótesis, no deja de sorprender la escasez de publicaciones científicas que tratan de valorar el aporte que la Inteligencia Emocional tiene en la enfermedad. En algunos estudios, como los de Rey, Extremera y Trillo (2013), la inteligencia emocional mostró una variación única y significativa en la predicción de la calidad de vida. Estos resultados proporcionan evidencias preliminares de que las habilidades de la IE son complementos útiles en el campo de la psico-oncología. Haffey (2007) también encontró esta relación con una muestra de niños oncológicos. Smicht y Andrykowski (2004) concluye su investigación con 210 pacientes de cáncer de mama constatando que una alta inteligencia emocional podría amortiguar el impacto negativo de la enfermedad y facilitar la adaptación a los eventos traumáticos.

En el presente capítulo realizaremos un breve repaso a las principales teorías sobre la Inteligencia, cuya evolución han confluído en la actual concepción de que la “inteligencia intelectual” conlleva también una gran parte emocional y social, siendo más importante para el correcto ajuste psicológico e incluso para el “éxito vital” tener altas puntuaciones en IE que en CI. A este análisis, sumaremos las diferentes concepciones y el desarrollo histórico del constructo “emoción”. A través de estas dos vías (la inteligencia por un lado, y la “emoción” por otra) llegaremos a la definición de Inteligencia Emocional (IE), los principales modelos que han tratado de definirla y los diferentes instrumentos para su medición.

6.2 INTELIGENCIA EMOCIONAL

6.2.1 INTELIGENCIA

El concepto y el interés sobre la Inteligencia han estado tradicionalmente unidos a las diferentes opciones para su medición que distintos autores y diferentes corrientes han defendido a lo largo del tiempo. Si nos centramos en los estudios sobre los instrumentos estandarizados de evaluación, podemos situar el origen más pragmático sobre el estudio y la medición del constructo “Inteligencia” en el encargo que el Gobierno Francés hizo a Binet en 1905 con el objetivo de encontrar una herramienta de fácil administración que permitiera identificar a aquellos alumnos que requerían una educación especial, lo que dio como resultado la *Binet-Simon Scale*, que sentaba las bases de la medición de la inteligencia relacionada con la edad del individuo (edad mental vs. edad cronológica). En base a esta relación, Stern (1912) formuló el concepto de Cociente Mental como el resultado de dividir la Edad Mental entre la Edad Cronológica. Posteriormente, Terman (1916) redefinió el término Cociente Mental de Stern por **Cociente de Inteligencia (CI)** y basándose en el test de Binet-Simon generó la Stanford-Binet Scale.

A partir de este momento, diferentes autores han planteado conceptos relacionados con la “Inteligencia” siempre ligados a la predicción de “éxito académico”, dando como resultado la invariable asociación entre ambos conceptos.

Spearman (1904) establece el **factor “g”** como índice general de inteligencia, una especie de energía mental general que aportaría mayor cantidad de “g” a actividades mentales complejas. Este factor “g” estaría ligado a procesos como habilidad, velocidad, intensidad y grado de resultado intelectual. Por su parte, **Thurstone** (1938), en contraposición al concepto de Spearman, formuló la **Teoría Factorial de la Inteligencia**. Para este autor no existía una sola “inteligencia general” si no que pueden existir hasta siete habilidades especiales (comprensión y fluidez verbal, habilidad numérica, percepción espacial, memoria, razonamiento y rapidez de percepción) que conformarían el constructo “inteligencia”.

Cattell (1967) distinguió entre *Inteligencia Fluida* (eficiencia mental esencialmente no verbal y relativamente independiente de la cultura) e *Inteligencia Cristalizada* (habilidades y conocimientos adquiridos que dependen, en términos de desarrollo, de la exposición a la cultura).

Posteriormente a estos autores, comenzaron a postularse los principios de la inteligencia planteada como parte del *Procesamiento de la Información* gracias a teóricos como Guilford, Campione, Brown y Sternberg. Por ejemplo, **Guilford** (1950) entendía la inteligencia como un proceso dinámico, en el que intervienen diversos factores que conforman un sistema complejo de interacción enfocado a los productos, sentando las bases del conocido como **Modelo de la**

Estructura del Intelecto Tridimensional (Operaciones de procesamiento de la información, contenidos y productos) siendo la inteligencia la relación entre las operaciones mentales realizadas y el producto obtenido; para **Sternberg** (1985), en el marco de su **Teoría Triarquica de la Inteligencia**, entendía la Inteligencia como “*«actividad mental dirigida hacia la adaptación intencional, selección o transformación de entornos del mundo real relevantes en la propia vida»* y postulaba que la inteligencia estaría formada por una diversidad de habilidades de pensamiento y de aprendizaje que son empleadas en la resolución de problemas. **Borkowski** (1985) plantea que la inteligencia cuenta con dos componentes básicos: un sistema arquitectónico, que representa el componente estructural cuyas características están descritas en términos de capacidad, durabilidad y eficiencia; y uno ejecutivo, que ejemplifica el componente de control, y consiste en bases de conocimientos, esquemas, procesos de control y metacogniciones.

No es hasta la aparición de la Teoría de las Inteligencias Múltiples de Gardner (1987) que se incluyen variables relacionadas con las relaciones sociales y habilidades personales como parte de los factores determinantes de la Inteligencia. Según Gardner existirían, entre otras, la inteligencia inter e intra personal que sientan las bases de la posteriormente conocida como “Inteligencia Emocional”.

A partir de la definición de Gardner sobre Inteligencia, las teorías que han pretendido definir y establecer indicadores de medición sobre la Inteligencia, siempre han tenido en cuenta esta perspectiva socioemocional. Por ejemplo, Sternberg distingue entre la Inteligencia analítica, práctica y creativa (Sternberg, 1997, 2000; Sternberg, Grigorenko y Bundy, 2001), estableciendo como variable fundamental del concepto de inteligencia la creatividad y los aspectos personales y sociales.

En la Tabla 13 se esquematiz lo explicado hasta este punto sobre las principales concepciones de Inteligencia y su evolución histórica desde el inicio del S. XX hasta nuestros días.

TABLA 13 EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE INTELIGENCIA EN SUS PRINCIPALES TEORÍAS DURANTE EL S. XX

AÑO	TEORÍA	AUTOR	CONCEPTO DE INTELIGENCIA	FACTORES
1904	Teoría Bifactorial	Spearman	Se compone de un factor principal llamado “Factor g” (energía mental hereditaria y estable) y varios factores específicos (habilidades específicas frente a determinadas tareas)	
1920	Teoría Trifactorial	Thorndike	Producto de varias capacidades intelectuales distintas interconectadas	<ul style="list-style-type: none"> - Inteligencia Social - Inteligencia Concreta - Inteligencia Abstracta

1938	Teoría Multidimensional	Thurstone	La inteligencia no es un rasgo unitario si no que debe hallarse a través del análisis factorial de siete capacidades (factores) distintos	<ul style="list-style-type: none"> - Habilidad espacial - Rapidez perceptual - Habilidad numérica - Significado verbal - Memoria - Fluidez verbal - Razonamiento
1967	Teoría Jerárquica Mixta	Cattell	La inteligencia está compuesta por una Inteligencia Cristalizada que se adquiere por experiencia y aprendizaje (habilidades verbales y numéricas) y una inteligencia fluida heredable (imaginación, memorización, etc.)	
1977	Teoría Estructura del Intelecto	Guilford	La inteligencia es un conjunto sistemático de aptitudes o funciones, que procesan información de formas distinta	Existen 120 factores diferentes y no jerarquizados
1978	Teoría Triarquica	Sternberg	La inteligencia es la habilidad para adaptarse de manera creativa a nuevas situaciones	<ul style="list-style-type: none"> - I. Experencial (Creatividad) - I. Componencial (Analítica) - I. Contextual (Práctica)
1980	Teoría de los Tres Estados	Carroll	La Inteligencia estaría compuesta por tres estratos jerárquicos: 1º) Aptitudes mentales primarias (de Guilford) 2º) Factores generales (entre los que están la I. cristalizada y fluida de Cattell) 3º) Factor "g" (de Spearman)	
1995	Teoría de las Inteligencias Múltiples	Gardner	Existen siete tipos de inteligencia relativamente independientes entre sí	<ul style="list-style-type: none"> - I. Interpersonal - I. Intrapersonal - I. Musical - I. Cinestésica - I. Naturalista - I. Lógico-Matemática - I. Lingüística

6.2.2 EMOCIONES

6.2.2.1 DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LAS EMOCIONES

Definir qué es una emoción no es una tarea sencilla. Como apuntaban Wenger, Jones y Jones (1962): *"Casi todo el mundo piensa que sabe qué es una emoción hasta que intenta definirla. En ese momento prácticamente nadie afirma poder entenderla"*.

La palabra "emoción" proviene etimológicamente del vocablo latino "emotio", que deriva a su vez del verbo "emovere" y que significa "hacer moverse" o "causar movimiento". La Real Academia la define como una *"alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa, que va acompañada de cierta conmoción somática"*.

A pesar de que la emoción es una función cognitiva básica, la primacía de los enfoques conductistas y cognitivistas ha mantenido apartada de la psicología todo lo relacionado con las variables emocionales (sobre todo las positivas) a pesar de que según Lazarus (1991) las teorías clínicas de la psicopatología se centran en las emociones, así como el quehacer de la psicología clínica en general que se asienta sobre las bases de los síntomas emocionales tanto en el diagnóstico como para el tratamiento.

De todas las definiciones sobre emoción que podemos encontrar en la literatura científica, nos centraremos en la precisa definición que aporta Bisquerra (2003) que define emoción como *"un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a una respuesta organizada. Las emociones se generan como respuesta a un acontecimiento interno o externo (p. 12)."*

Muchas veces en el lenguaje popular, y en algunas ocasiones incluso en el científico, se confunde el concepto de "emoción" con otros relacionados con él como "afectividad" o "sentimiento". De ahí que consideremos importante hacer una breve definición de estos conceptos relacionados. La afectividad sería un constructo más general que engloba los términos de sentimiento y emoción. Esta afectividad marcaría el "tono emotivo" de una persona. Por su parte, los sentimientos son reacciones subjetivas ante determinados estímulos o situaciones con una duración moderada en el tiempo. Por lo tanto, los sentimientos estarían muy relacionados con el "estado de ánimo" como nivel emocional de una persona, en un momento dado y durante un tiempo como reacción ante una situación particular. Por su parte, las emociones son más intensas, breves y en muchas ocasiones automáticas ante un estímulo o situación. Este carácter de respuesta inmediata y automática las hace relacionarse directamente con la respuesta fisiológica aunque con el matiz de la suma de las manifestaciones conductuales que las acompañan. Las emociones

interrumpen el curso ordinario de la conducta y el pensamiento, dándoles ocasionalmente una nueva orientación. (Mora y Martin, 1997). Por lo tanto, las emociones son reacciones inconscientes mientras que los sentimientos resultarían de la experiencia subjetiva de la emoción. Para estos autores la diferencia entre emociones y sentimientos no estaría tanto en la duración e intensidad del fenómeno como en que éste sea experimentado de forma consciente o inconsciente: *“Una vez que la emoción ha sido detectada por la conciencia, el sentimiento surge de la interpretación cognitiva, consciente, realizada sobre sus manifestaciones fisiológicas y somáticas”* (Mora y Martin, 1997).

Damasio (2003) dentro de su *Teoría de la Mente* basada en un enfoque estrictamente neurobiológico, considera que emoción y sentimiento son dos procesos claramente diferenciables, existiendo además una secuencia de aparición, y es que la emoción antecedería al sentimiento. Una emoción, es esencialmente un programa motor no aprendido e innato, al que se añaden algunas estrategias cognitivas que en conjunto tienen como finalidad la conducción de la vida. El sentimiento, a diferencia de la emoción, es siempre una cognición acerca de lo que sucede en la emoción, es decir, una cognición sobre aquello que nos emociona. Podemos encontrar esquematizado este proceso en la siguiente ilustración:



ILUSTRACIÓN 23 RELACIÓN ENTRE SENTIMIENTO. EMOCIÓN Y AFECTIVIDAD

6.2.2.2 TEORÍAS SOBRE LA EMOCIÓN

6.2.2.2.1 ENFOQUE EVOLUCIONISTA

Desde la Grecia Clásica se ha venido manteniendo un profundo interés por el estudio de las emociones. Sin embargo, desde el punto de vista más psicológico que filosófico o histórico, podemos identificar como el inicio de los estudios sobre la emoción la publicación del libro *“La expresión de las emociones en el hombre y en los animales”* (1872) de Darwin, donde se defendía la existencia de emociones congénitas como la alegría, la tristeza, la rabia y el miedo (Martin y Boeck, 2004) que son parte de las emociones básicas. Para Darwin, las pruebas de que las emociones son innatas se podían encontrar en el hecho de que existieran expresiones faciales de las emociones similares entre niños y adultos y entre personas de diferentes orígenes y culturas. Para Darwin, esas expresiones tenían un objetivo de función social y comunicativa fundamental.

6.2.2.2.2 ENFOQUE PSICOFISIOLÓGICO

El resumen más conciso de este tipo de teorías psicofisiológicas serían las palabras de LeDoux (2002) para quien las emociones son solo nombres que designan fenómenos cerebrales. Esta concepción sobre las emociones se originó con la publicación por parte de James de su artículo *“¿Qué es una emoción?”* (1884), donde su novedosa concepción sobre las emociones supuso una nueva corriente de pensamiento en la Psicología. James (1884) señaló que *“los cambios corporales siguen directamente a la percepción del hecho desencadenante (...) nuestra sensación de esos cambios según se van produciendo es la emoción”*. Es decir, la emoción es considerada como la percepción (una consecuencia) sobre los cambios físicos automáticos. El esquema de aparición de la emoción que postulaba James se recoge en la siguiente ilustración:



ILUSTRACIÓN 24 ESQUEMA DE APARICIÓN DE LA EMOCIÓN SEGÚN JAMES (1884)

Esta concepción de James coincidió en el tiempo (y en el contenido) con las publicaciones de Lange, sentando las bases de lo que se conocería como “**La Teoría de James y Lange**” que se resume con frecuencia en la frase “*No lloramos porque estamos tristes, sino que estamos tristes porque lloramos*”.

Damasio es considerado actualmente (Palmero, 2000) como continuador de las teorías de James, tratando de localizar la estructura neurobiológica responsable de la experiencia emocional y basando sus trabajos en una concepción jerárquicamente organizada del sistema nervioso. Para Damasio (1996) la experiencia de la emoción se produce en cuatro etapas cada una de las cuales afecta a una estructura cerebral determinada. Las fases serían:

1. **Percepción y Evaluación del Estímulo**, en el que estarían implicadas las áreas relacionadas con los sentidos y la memoria “emocional”, localizada en el *Sistema Límbico Profundo* (DLS) así como la *corteza prefrontal* (PFC) para la evaluación del estímulo.
2. **El “disparo” de la emoción**: en el que estarían implicados la *amígdala* (que permite, entre otras funciones, la emisión e interpretación de las expresiones faciales y corporales relacionadas con las emociones), *el cortex prefrontal ventromedial* y la *circunvolución cingular anterior (ACG)* responsables de la toma de decisiones emocionales (Contreras, Ceric y Torrealba, 2008), la empatía y la anticipación del premio, y la *ínsula anterior* (relacionada con las conductas motoras relacionadas con la emoción) y que ha demostrado recientemente su relación directa con conductas adictivas como el juego o las drogas (Contreras, Ceric y Torrealba, 2008).
3. **La ejecución de la emoción**: *Hipotálamo* (relacionado con las conductas instintivas de hambre, sed, agresión, respuesta sexual y en la secreción de las hormonas que acompañan a las emociones), *ganglios basales* (integra la emoción y el movimiento que la acompaña, por ejemplo, echarse hacia atrás ante un susto) y *tronco cerebral* (responsable de la manifestación de las emociones, como por ejemplo de las expresiones faciales por la estimulación del núcleo lagrimal).
4. **El estado emocional** propiamente dicho relacionado con áreas implicadas en el movimiento, cambios viscerales, etc.

Además de la precisa localización de las emociones en el sistema nervioso, otra aportación fundamental de Damasio a la Teoría de las Emociones, es la modificación de la “estructura lineal” planteada en la teoría de James y Lange por una “concepción circular”, en la que las propias emociones se van retroalimentando entre sí, dando como resultado nuevas reacciones fisiológicas que provocan nuevas conductas y nuevas cogniciones tal y como aparece en la Ilustración 25:

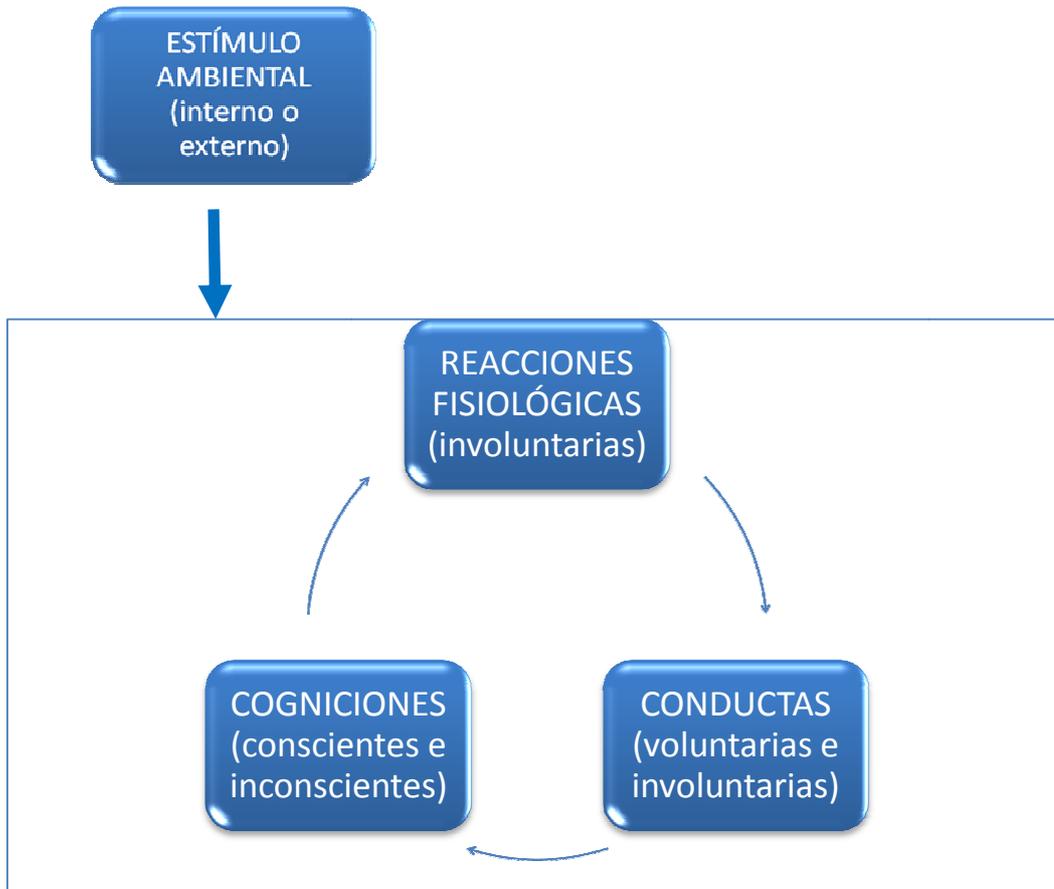


ILUSTRACIÓN 25 TEORÍA CIRCULAR DE LAS EMOCIONES DE DAMASIO (1996)

6.2.2.2.3 ENFOQUE CONDUCTISTA

Es evidente que desde el modelo conductista, el interés por las emociones se limita a su papel como posible estímulo condicionado o como respuesta condicionada visible, objetiva y evaluable, centrándose básicamente en emociones negativas (y que se pueden condicionar) como el miedo en el caso de las fobias. Fernández-Abascal (1997) explica que este enfoque analizó *“la conducta emocional como un conjunto de respuestas observables (motoras y fisiológicas) que se pueden condicionar al igual que cualquier otra respuesta. La conducta emocional puede ser provocada por nuevos estímulos, que previamente no generaban respuesta, siempre que se siga un procedimiento de condicionamiento clásico”* (p. 137).

Siguiendo las bases teóricas de Watson (1925), **Mowrer** (1947) propuso la **“Teoría de los Dos Factores”** en la que las emociones son respuestas condicionadas que se dan como resultado de dos procesos o etapas:

1. Etapa de **Adquisición** de la respuesta condicionada (por ejemplo, la emoción de miedo) mediante la asociación de un estímulo neutro con un estímulo condicionado aversivo, a través de un proceso de condicionamiento clásico en el que se van produciendo conductas de evitación
2. Etapa de **Consolidación**, o de condicionamiento instrumental de la respuesta de evitación por la terminación del estímulo condicionado

Unos años más tarde, dentro del enfoque conductista, Rescorla y Solomon (1967) postularon su “**Teoría Moderna de los Dos Procesos**” que introducía la “reacción emocional” como variable influyente tanto en el condicionamiento clásico como en el instrumental, dependiendo de si los estímulos condicionados son positivos o aversivos. Es más, la conducta operante podrá predecirse en función de esta reacción emocional. Tal y como ejemplifica Domjan (2007): “*reforzar una presión de palanca con comida (...) crea la expectativa de comida y la emoción de “esperanza”*”.

La Respuesta Emocional Condicionada (REC) también llamada “supresión condicionada” se basa en el hecho de que la aparición de un estímulo que genera miedo produce unas respuestas incompatibles con la conducta del sujeto. Por lo tanto la emoción sería un factor determinante para el estudio, cuantificación y predicción de las conductas condicionadas. El ejemplo más paradigmático de esta REC lo encontramos en el “caso del pequeño Albert” desarrollado por Watson y Rayner en 1920.

6.2.2.2.4 ENFOQUE COGNITIVISTA

Los autores del enfoque cognitivista dieron más importancia a la percepción subjetiva del estímulo. Por ejemplo, Arnold (1960) definió la emoción como “*una tendencia hacia algo evaluado como bueno o la evitación de algo evaluado como malo*”. Si la persona percibe que la emoción que tiene es positiva tenderá a repetir el estímulo que lo ha causado, mientras que si las emociones son negativas, tenderá a evitarlas.

La teoría de Arnold fue ampliada por Lazarus (1991) quien creía que para que se dé la emoción, debe producirse una *valoración primaria* (¿Es positivo o negativo para la consecución de mis objetivos?) y una *valoración secundaria* (¿Puedo hacer frente a esta situación? ¿Dispongo de los recursos adecuados para afrontarla?). Esta valoración secundaria constituiría una *estrategia de afrontamiento o coping*, definida por Lazarus y Folkman (1984) como “*aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo*”. Para Lazarus, la emoción y la cognición están unidas y su relación es bidireccional.

Dentro de la corriente cognitivista, la idea de Lazarus (1991) de que la evaluación de la situación era el origen de las emociones en un individuo fue modificada por Scherer (1992) quien consideraba que la emoción estaba causada por las expectativas y la conformidad con las normas sociales (que sería la última etapa en la evaluación de los estímulos de la que emergen las emociones) y más tarde por Mathews y MacLeod (1994) quienes consideraban que las diferentes emociones se originan en el procesamiento de la información emocionalmente relevante que haga el sujeto. Por ejemplo, la excesiva atención a la información amenazante puede generar ansiedad o la dificultad para eliminar pensamientos negativos genera depresión. Los trastornos emocionales se deberían, por tanto, a las diferencias cognitivas en el procesamiento de la información emocional que haga cada sujeto.

Otra aportación del modelo cognitivo a la teoría de las emociones es la teoría de Weiner (1993) sobre que la reacción emocional sigue la secuencia atribución-emoción-acción. Después de realizar una conducta existe una valoración primaria sobre si las consecuencias han sido agradables o desagradables, lo que daría origen a una primera emoción. Después, al analizar las causas del resultado de la conducta se lleva a cabo una “atribución de causalidad” de la que se origina una emoción más elaborada que será la que motive la repetición posterior (o no) de esa conducta.

Según Chóliz (2005) las atribuciones causales más importantes (y el estado emocional evocado en función del resultado de esa conducta) son las que aparecen en la Tabla 14:

TABLA 14 MODIFICACIÓN PROPIA AL ESQUEMA DE CHOLIZ

ATRIBUCIÓN CAUSAL	ESTADO EMOCIONAL	
	ÉXITO EN LA CONSECUCCIÓN DE LOS OBJETIVOS	FRACASO EN LA CONSECUCCIÓN DE LOS OBJETIVOS
ESFUERZO	RELAJACIÓN	VERGÜENZA, CULPA
HABILIDAD	ORGULLO	INCOMPETENCIA
SUERTE	SORPRESA	SORPRESA
ES RESPONSABILIDAD DE OTROS	GRATITUD	IRA
DIFICULTAD DE LA TAREA	ORGULLO	RESIGNACIÓN

En la actualidad, el enfoque cognitivo convive, o más bien se enfrenta, con el modelo biologicista de las emociones. Por un lado, la psicología cognitiva mantiene que una emoción no puede darse sin la valoración cognitiva (parece por tanto, que la emoción es consecuencia del proceso cognitivo), mientras que para la teoría biologicista, para que una persona sienta una emoción puede no estar presente este componente cognitivo, como lo demuestra la **“hipótesis del feedback facial”** (Tomkins, 1962; Izard, 1977; Ekman, 1984) según la cual una persona genera una emoción debido a la información que le llega de los movimientos de la musculatura de su cara.

Se resume en la Tabla 15 las principales corrientes de pensamiento sobre las emociones explicadas hasta este punto.

TABLA 15 CUADRO RESUMEN DE LAS PRINCIPALES CORRIENTES DE PENSAMIENTO SOBRE LAS EMOCIONES

ENFOQUE	AUTORES	CONCEPTO DE EMOCION
EVOLUCIONISTA	Darwin (1872)	Las emociones básicas son innatas y adaptativas y se reflejan en las expresiones faciales
PSICOFISIOLÓGICO	James (1884)	La emoción es la percepción de los cambios físicos automáticos
	Damasio (1998) Teoría de la mente	Las emociones pueden localizarse en estructuras cerebrales concretas) y se retroalimentan entre sí
CONDUCTISTA	Mowrer (1974) Teoría de los dos factores	Las emociones se pueden condicionar. Son respuestas visibles, objetivas y evaluables
COGNITIVISTA	Arnold (1960)	La emoción es una tendencia hacia algo que hemos evaluado como bueno o malo
	Lazarus (1991)	La emoción depende de valoraciones primarias y secundarias
	Scherer (1992)	La emoción está causada por expectativas y la conformidad con las normas sociales

	Mathews Y MacLeod (1994)	Se originan en el procesamiento de la información emocionalmente relevante
	Weiner (1993) Y Cholz (2005) Teoría de la atribución causal	La emoción depende de la atribución sobre las causas que la han originado

6.2.2.3 TIPOS DE EMOCIONES

Desde las primeras teorías sobre la emoción, se ha intentado definir cuáles son aquellas que podríamos considerar como “básicas”, es decir, aquellas emociones presentes de forma innata en todas las personas. Descartes ya hablaba de seis emociones básicas: sorpresa, amor, odio, deseo, gozo y tristeza. Todas las demás emociones estarían compuestas por al menos dos de estas emociones básicas.

La definición de cuáles serían estas emociones básicas depende del enfoque del planteamiento. De esta manera, para aquellos autores que defienden un **modelo biológico** de las emociones, estas emociones primarias dependerán del efecto que sobre el cerebro (u otros sistemas fisiológicos) produzca la emoción. Por ejemplo Panksepp (1982) propone la existencia de cuatro emociones (miedo, furia, pánico y expectativa) porque existen cuatro vías neuroanatómicas en el sistema límbico. Tomkins (1970) distingue entre seis emociones primarias (alegría, timidez, rabia, asco, miedo y sorpresa) debido a que hay seis patrones de descarga neuronal. Ekman (1984) realizó un estudio transcultural para analizar las diferentes emociones faciales que subyacen a las emociones y planteó que existían siete emociones (miedo, tristeza, rabia, alegría, sorpresa, asco y desprecio). Plutchik (2000) hace una lista de ocho emociones fundamentales que son: rabia, asco, tristeza, sorpresa, miedo, resignación, alegría y anticipación donde cada emoción se corresponde con uno de los ocho síndromes emoción-conducta que comparten todos los organismos. Trevarthen (1984) se basa en una perspectiva de desarrollo al proponer cuatro emociones fundamentales – alegría, angustia, miedo y rabia. Estas cuatro emociones emergen pronto en el segundo mes de vida, mucho antes que otras emociones por ejemplo, vergüenza.

Sin embargo, para los autores de las **corrientes cognitivistas**, no sería posible limitar un listado de emociones básicas, ya que al depender de la interpretación subjetiva que cada individuo da a una situación determinada, habría tantas emociones distintas como personas. Un ejemplo de la limitación de la teoría biológica de las emociones para los cognitivistas sería el hecho de que una

misma reacción fisiológica (como por ejemplo el aumento en la frecuencia cardiaca) puede aparecer en diferentes emociones (como la ira, los celos o la envidia).

Actualmente, existe cierto consenso en determinar la existencia de seis emociones básicas: sorpresa, miedo, rabia, asco, alegría y tristeza, propuestas ya por Eckman (1972) (Tabla 16) para las que se pueden definir la situación que las desencadena, la respuesta fisiológica que las acompañan y las consecuencias conductuales y además diferentes expresiones faciales características (Ilustración 26). Una de las condiciones fundamentales de estas emociones básicas es que son universales e innatas, como demuestran los estudios llevados a cabo con niños invidentes que pese a no haber visto estas expresiones faciales son capaces de emitir las. En 1999, Ekman amplió su lista de emociones básicas incluyendo otras emociones que no podían expresarse a través de expresiones faciales como el alivio, bochorno, culpa, orgullo, vergüenza, etc.



ILUSTRACIÓN 26 MÁSCARAS DE TEATRO CON EXPRESION DE EMOCIONES BÁSICAS

TABLA 16 ORIGEN, RESPUESTA FISIOLÓGICA Y CONSECUENCIA CONDUCTUAL DE LAS EMOCIONES BÁSICAS

EMOCION	SITUACION DE ORIGEN	RESPUESTA FISIOLÓGICA	CONSECUENCIA CONDUCTUAL
SORPRESA	Acontecimientos repentinos o inesperados	Aumento en la tasa de descarga neutral.	Aumento de la capacidad cognitiva al tiempo que “paraliza” otras funciones cognitivas
MIEDO	Percepción de daño o peligro	Activación del Sistema Nervioso Simpático (descarga de adrenalina, tensión muscular, etc.)	Supervivencia: Respuestas de huida o afrontamiento
RABIA	Pérdida de control o frustración	Tasa persistente alta de descarga neuronal	Moviliza la energía hacia la destrucción del obstáculo (ataque)
ASCO	Estímulos desagradables (químicos fundamentalmente) potencialmente peligrosos o molestos. EC's condicionados aversivamente. Los EI's suelen ser olfativos o gustativos.	Aumento en reactividad gastrointestinal Tensión muscular Bloqueo de las fosas nasales Nauseas	Respuesta de huida o rechazo
ALEGRÍA	Logro, consecución exitosa de los objetivos que se pretenden. Congruencia entre lo que se desea y lo que se posee, entre las expectativas y las condiciones actuales y en la comparación con los demás (Michalos, 1986)	Descenso de la tasa de descarga neuronal	Incremento en la capacidad para disfrutar de diferentes aspectos de la vida. Genera actitudes positivas hacia uno mismo y los demás, favorece el altruismo y empatía (Isen, Daubman y Norwicki, 1987). Establecer nexos y favorecer las relaciones interpersonales (Izard,

			1991) Sensaciones de vigorosidad, competencia, trascendencia y libertad (Meadows,1975) -Favorece procesos cognitivos y de aprendizaje, curiosidad y flexibilidad mental (Langsdorf, Izard, Rayias y Hembree, 1983).
TRISTEZA	Distanciamiento, Separación o la pérdida	Actividad neurológica elevada y sostenida (Reeve, 1994). Ligero aumento en frecuencia cardiaca, presión sanguínea y resistencia eléctrica de la piel (Sinha, Lovallo y Parsons, 1992).	La tristeza puede inducir a un proceso cognitivo característico de depresión (tríada cognitiva, esquemas depresivos y errores en el procesamiento de la información), que son, según Beck, los factores principales en el desarrollo de dicho trastorno emocional (Beck, 1983) Desánimo, melancolía, desaliento. Pérdida de energía

Una gran parte de los teóricos que han defendido la existencia de emociones primarias, también hablan de “**emociones secundarias**” como emociones de menor carga biológica, cognitiva o conductual o bien como la combinación de emociones primarias. En este grupo destacaría la “rueda de las emociones” de Plutchik (2000) para quien existen ocho emociones básicas, identificadas cada una con un color diferente, que permite encontrar su posición con respecto al resto de emociones primarias y la relación con otras emociones, ya que de la unión de dos emociones básicas se obtiene otra emoción diferente (secundaria o terciaria):

1. Éxtasis (AMARILLO)
2. Admiración o confianza (VERDE CLARO)
3. Terror o miedo (VERDE OSCURO)
4. Asombro o sorpresa (AZUL CLARO)
5. Pena o tristeza (AZUL OSCURO)
6. Odio o disgusto (LILA)
7. Furia o enojo (ROJO)
8. Vigilancia o anticipación (NARANJA)

Como vemos en la representación gráfica, estas emociones básicas se contraponen entre sí por pares: la alegría frente a la tristeza, la ira contra el miedo, la confianza frente a disgusto, y sorpresa frente a la anticipación. Además, esta representación gráfica presenta también diferentes intensidades de color en las emociones secundarias que reflejan la diferencia en la intensidad de la emoción.

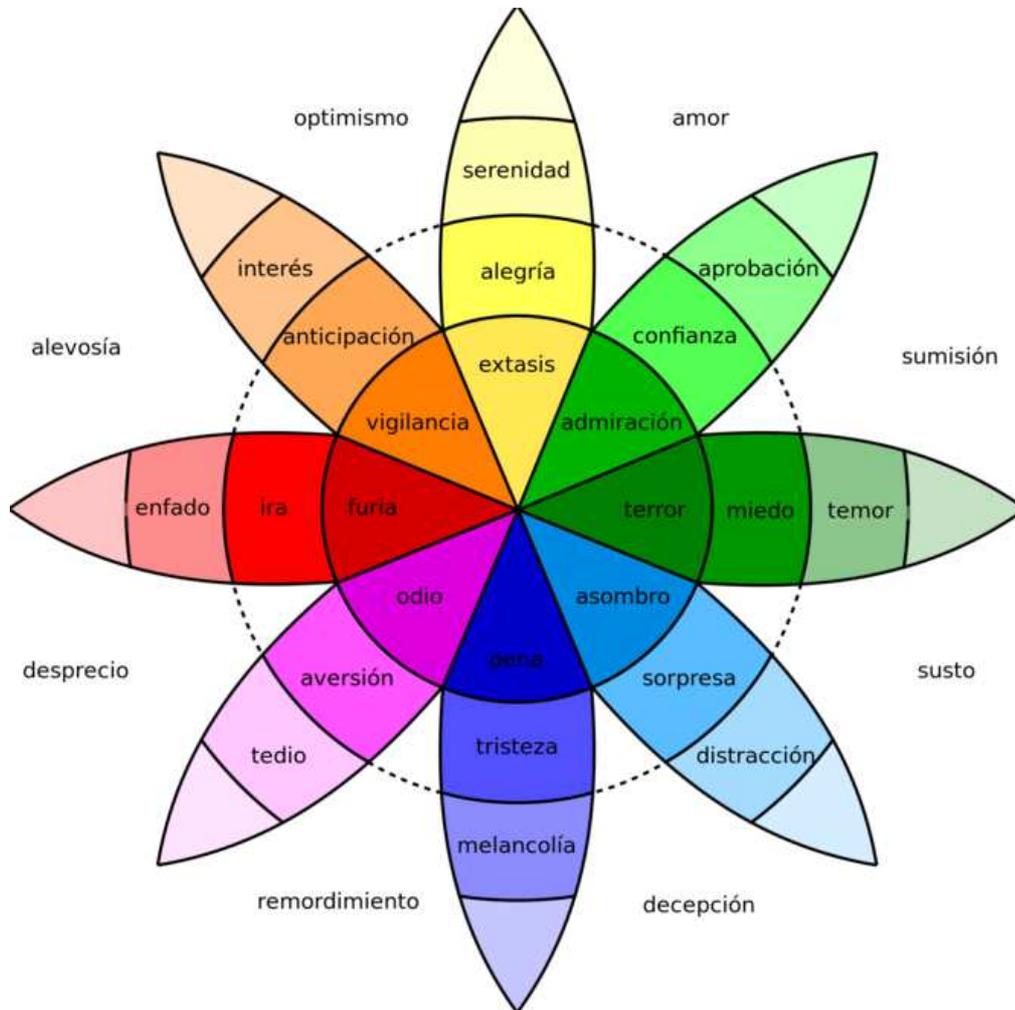


ILUSTRACIÓN 27 RUEDA DE LAS EMOCIONES DE PLUTCHIK (2000)

TABLA 17 RELACIÓN ENTRE EMOCIONES (PLUTCHIK, 2000)

DIADA PRIMARIA	DIADA SECUNDARIA	DIADA TERCIARIA
<p>AMOR</p> <p>ÉXTASIS CONFIANZA</p>	<p>CULPA</p> <p>ÉXTASIS MIEDO</p>	<p>PLACER (DELEITE)</p> <p>ÉXTASIS SORPRESA</p>
<p>SUMISION</p> <p>CONFIANZA MIEDO</p>	<p>CURIOSIDAD</p> <p>CONFIANZA SORPRESA</p>	<p>SENTIMENTALISMO</p> <p>CONFIANZA TRISTEZA</p>
<p>ALARMA</p> <p>MIEDO SORPRESA</p>	<p>DESESPERACIÓN</p> <p>ANTICIPACIÓN TRISTEZA</p>	<p>VERGÜENZA</p> <p>MIEDO DISGUSTO</p>
<p>DECEPCIÓN</p> <p>SORPRESA TRISTEZA</p>	<p>?</p> <p>SORPRESA DISGUSTO</p>	<p>INDIGNACIÓN</p> <p>SORPRESA ENOJO</p>
<p>REMORDIMIENTO</p> <p>TRISTEZA DISGUSTO</p>	<p>ENVIDIA</p> <p>TRISTEZA ENOJO</p>	<p>PESIMISMO</p> <p>TRISTEZA ANTICIPACIÓN</p>
<p>DESPRECIO</p> <p>DISGUSTO ENOJO</p>	<p>CINISMO</p> <p>DISGUSTO ANTICIPACIÓN</p>	<p>MORBO</p> <p>DISGUSTO ÉXTASIS</p>
<p>AGRESIÓN</p> <p>ENOJO ANTICIPACIÓN</p>	<p>ORGULLO</p> <p>ENOJO ÉXTASIS</p>	<p>DOMINACIÓN</p> <p>ENOJO CONFIANZA</p>
<p>OPTIMISMO</p> <p>ANTICIPACIÓN ÉXTASIS</p>	<p>FATALISMO</p> <p>ANTICIPACIÓN CONFIANZA</p>	<p>ANSIEDAD</p> <p>ANTICIPACIÓN MIEDO</p>

Plutchick (2002) presenta su propuesta como una *teoría psicoevolutiva de las emociones*, que combinaría tres modelos:

- **Estructural:** Las emociones son “tridimensionales” ya que combinan tres aspectos básicos con los que el lenguaje matiza nuestras emociones: intensidad, similitud con otras emociones y bipolaridad (cada emoción tiene su contraria).
- **Secuencial:** Para Plutchik (2002) las emociones no son procesos lineales, sino que siguen una secuencia circular o proceso de feedback. Las personas tendemos a mantener un equilibrio emocional en nuestras vidas y son precisamente las emociones las que nos proporcionan el feedback que permitirá regular nuestras conductas para mantener ese equilibrio.
- **Derivado:** las emociones se manifiestan en otros aspectos de la persona, por ejemplo en la personalidad que depende directamente de los estados emocionales básicos de los individuos. Es decir, cuando un estado emocional se repite de manera continuada, acaba convirtiéndose en un rasgo de personalidad (Plutchick, 2002).

Para Damasio (2005) existen tres grupos de emociones distintas, que se definirían por sus correspondientes fenotipos:

1. **Primarias:** miedo, alegría, tristeza, etc.
2. **De fondo:** entusiasmo y desánimo. Constituyen nuestro “estado de ánimo” y sobre ellas basamos nuestras actuaciones conscientes. Las emociones no son estados pasajeros que aparecen ante determinados estímulos y posteriormente desaparecen. Si esto fuera así, tendríamos momentos “neutros”, sin emociones. Sin embargo, estamos sumergidos durante todo el día en un estado emocional “de fondo”.
3. **Sociales** (también conocidas como emociones secundarias): vergüenza, desprecio, orgullo, envidia... se denominan así porque requieren la presencia de una segunda persona para expresarse.

Según este autor, todas las emociones tienen una importante base biológica y forman parte del repertorio emocional con el que nacemos, que se trasmite genéticamente. Se tiende a creer que las emociones sociales están determinadas por el aporte de la cultura a través de agentes socializadores como la familia o la escuela, sin embargo para Damasio (1996) la cultura solo puede modular la expresión de estas emociones y orientar su manifestación.

6.2.3 INTELIGENCIA EMOCIONAL

Existe consenso en situar el origen del concepto de Inteligencia Emocional (IE) en el artículo “*Emotional Intelligence*” de Salovey y Mayer publicado en 1990. Sin embargo el concepto introducido por estos autores pasó desapercibido hasta que Goleman publicó en 1995 su libro “Inteligencia Emocional” que popularizó no solo el término en sí, sino un marcado interés por el estudio de las emociones y de la forma de gestionarlas como clave del éxito personal, académico y profesional. Según Epstein (1998) la rápida aceptación y popularización del término “Inteligencia Emocional” se debió a tres factores fundamentales:

- 1) La sobrevaloración del cociente intelectual (CI) a lo largo de todo el siglo XX, ya que había sido el indicador más utilizado para la selección de personal y recursos humanos.
- 2) La percepción generalizada en la sociedad de que las personas que poseen un alto nivel intelectual, carecen de habilidades sociales y emocionales.
- 3) El mal uso en el ámbito educativo de los resultados en los tests y evaluaciones de CI que pocas veces pronostican el éxito real que los alumnos tendrán una vez incorporados al mundo laboral, y que tampoco ayudan a predecir el bienestar y la felicidad a lo largo de sus vidas.

Desde su origen, el constructo IE ha ido evolucionando de la misma forma que otros conceptos de psicología. En un principio, las investigaciones estaban más centradas en el propio desarrollo teórico del modelo y la elaboración de instrumentos de evaluación científicos (Mayer, Caruso y Salovey, 2000; Salovey, Woolery y Mayer, 2001) hasta llegar al momento actual, en el que la mayor parte de las publicaciones referentes a la IE se centran en averiguar la correlación de la IE con otras variables (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004). Actualmente, estamos asistiendo al incremento de las investigaciones que tratan de utilizar la IE como variable predictora en factores como el rendimiento académico (Ashknasy y Dasborough, 2003; Barchard, 2003; Brackett y Mayer, 2003; Malik y Shujja, 2013; Ferrando, Prieto, Almeida, Ferrándiz, Bermejo, López-Pina, Hernández, Sainz y Fernández, 2011), deportivo (García-Coll Ruiz-Pérez, Martín-Esteban y Palomo-Nieto, 2011; García, 2009), profesional (Coetzee y Harry, 2014; Leigh, 2013), etc.

A lo largo de esta evolución del concepto de IE han sido varias las definiciones que se han proporcionado. Como veremos más adelante, existen tres modelos diferentes a la hora de concebir qué es la IE, por lo tanto, ofrecemos a continuación la definición aportada por cada uno de ellos:

- **Salovey y Mayer** definen por primera vez la IE en 1990 y posteriormente reformulan su definición en 1997 entendiéndola como “*la habilidad de percibir con exactitud, valorar y expresar emociones; la habilidad de acceder o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad de comprensión*”

emocional y conocimiento emocional; y la habilidad de regular emociones para promover el crecimiento intelectual y emocional”.

- Para **Goleman** (1995), la IE es la *capacidad de controlar y regular los propios sentimientos, comprender los sentimientos de los demás y usar la "emoción" o "sentir" el conocimiento para guiar los pensamientos y las acciones.*
- Según **Bar-On** (2002) es la *capacidad de percibir, integrar, comprender y manejar las emociones que tienen que ver con la comprensión de uno mismo y de los demás, y hacer frente con más éxito a las exigencias ambientales.*

6.2.3.1 CORRELACIONES ENTRE IE Y OTRAS VARIABLES

Como hemos comentando anteriormente, la evolución del concepto de IE ha ido permitiendo que se haya pasado de los intentos de definir en marco teórico y conceptual de la IE y sus instrumentos de evaluación, a un interés en relacionar la IE con distintas variables en varias áreas diferentes. A modo de ejemplo, exponemos a continuación algunas de los factores con los que se ha encontrado correlación con puntuaciones en IE agrupados por ámbitos de interés y variables sociodemográficas como son el sexo y la edad.

- **SEXO:** Prácticamente desde el inicio de las investigaciones sobre IE se ha intentado delimitar si existían diferencias en la forma en la que hombres y mujeres expresan, regulan y gestionan sus emociones. Sin embargo, los resultados han sido contradictorios (Brackett y Salovey, 2004). Tal y como apunta Gartzia, Aritzeta, Balluerka y Barberá (2012) parece ser que las diferencias en cuanto a los resultados pueden deberse al tipo de instrumento de medición utilizado. En los estudios que utilizan instrumentos que plantean la IE como un conjunto de habilidades cognitivas (Mayer, Salovey y Caruso, 2000), se encuentran diferencias entre hombres y mujeres en el uso, comprensión y manejo de las emociones, encontrándose puntuaciones mayores en mujeres que en hombres (Mayer, Salovey y Caruso, 2000; Salovey y Mayer, 1990; Salovey, 2006). Sin embargo, las investigaciones que conceptualizan la IE como un conjunto de competencias emocionales evaluadas mediante instrumentos de autovaloración, no se han encontrado diferencias significativas en cuanto al sexo en puntuaciones totales de IE, aunque sí que parece que puede haber diferencias en algunos factores. Por ejemplo, las mujeres tienden a puntuar más en atención y expresión emocional y los hombres más en regulación (Bar-on, 2006). Tal y como apunta Gartzia, Aritzeta, Balluerka y Barberá (2012) es posible que esta diferencia esté

directamente relacionada con la socialización diferencial de mujeres y hombres y es una de las variables que determinan en mayor medida la forma de pensar, comportarse y sentir (Bem, 1974; Tajfel y Turner, 1986). De esta forma, las diferencias en IE entre hombres y mujeres sería más una diferencia basada en el *género* (papel que hombres y mujeres desempeñamos en la sociedad y que viene dado por la educación, la cultura el el proceso de socialización) que basada en el *sexo* (diferencias físicas entre mujeres y hombres). En el mismo sentido Sánchez-Núñez, Fernández-Berrocal, Montañés y Latorre (2008) señalan que la socialización, las pautas educativas que niños y niñas reciben, el tipo de cuentos que escuchan, el hecho de que las niñas adquieran el lenguaje antes (lo que les permiten verbalizar sus sentimientos antes que los niños), la forma en la que las madres y los padres se dirigen a sus hijos o hijas en función del sexo, etc. hacen posible esta diferenciación en IE. Esta diferencia en cuanto a las puntuaciones de hombres y mujeres en función del tipo de instrumento de medición que se utilice, también ha sido encontrada por Sánchez-Núñez, Fernández-Berrocal, Montañés y Latorre (2008) basándose en estudios de Brackett y Mayer (2003), Brackett, Rivers, Shiffman, Lerner y Salovey (2006), Lumley, Gustavson, Partridge, y Labouvie-Vief (2005) y Petrides y Furnham, (2000) concluyendo que *“los hombres autoinforman una IE superior a las que posteriormente ejecutan mientras que a las mujeres les ocurre lo contrario, informan una IE inferior a la que demuestran en las pruebas de ejecución”*.

- **EDAD:** Navarro, Latorre y Ros (2009) llevaron a cabo una comparación entre jóvenes (edad media: 22.14 años) y mayores (edad media: 65.7) a través de las puntuaciones obtenidas en el TMMS-24, comprobando que las personas mayores puntuaban más alto en claridad y reparación. Ugarriza (2001) encontró que la IE tiende a incrementarse con la edad produciéndose un ligero decremento a partir de los 55 años. Sin embargo hay otros estudios como los de Martos y Gómez (2004) o Bernarás, Garaigordobil y De las Cuevas (2011) que no han encontrado diferencias significativas entre las puntuaciones en IE y edad.
- **AMBITO EDUCATIVO:** Por el propio origen del concepto de IE, el ámbito educativo es el campo donde más se ha investigado la correlación entre IE y otras variables. En este sentido se han encontrado, entre otros, relaciones entre las altas puntuaciones en Inteligencia Emocional y con factores relacionados tanto con el alumnado como con los maestros:

- **ALUMNADO**
 - Comportamientos prosociales (ajuste social) (Engelberg y Sjoberg, 2004)
 - Actitudes cívicas (Carbonneau y Nicol, 2002)
 - Sensibilidad Social (Lopes, Coté, Salovey, Beers y Petty, 2005)
 - Rendimiento Académico (Ashknasy y Dasborough, 2003; Barchard, 2003; Brackett y Mayer, 2003)
 - Correlaciona negativamente con el absentismo y los problemas de conducta en el aula (Petrides, Frederickson y Furnham, 2004)

- **PROFESORADO**
 - Motivación del profesor (Sutton y Wheatley, 2003)
 - Variables relacionadas con el comportamiento de los niños (Emmer, 1994)
 - Gestión eficaz del aula (Marzano, Marzano y Pickering, 2003)
 - Control de la ira en el aula, como alternativa a la conducta de suprimirla y exteriorizarla (Sahin-Baltaci y Demir, 2012)

- **ÁMBITO LABORAL:** Al igual que ya ocurriera con el Coeficiente Intelectual, el interés del mundo laboral por la IE se debe fundamentalmente, a la intención de utilizar los cuestionarios de IE como herramienta para la selección de personal y para la predicción del rendimiento laboral de la persona en el puesto de trabajo. De ahí que la mayor parte de los estudios científicos tengan como objeto el intento de correlacionar ambas variables.
 - Los resultados del estudio de Coetzee y Harry (2014) ponen de manifiesto la importancia del desarrollo de la inteligencia emocional de los individuos con el fin de fortalecer su capacidad de adaptación profesional.
 - Leigh (2013) en un estudio con 96 altos mandos del ejército de EEUU encontró una correlación positiva y significativa entre la inteligencia emocional general y el liderazgo transformacional, ($r(94) = 0,667$, $p < 0,01$) y una correlación negativa y significativa entre la inteligencia emocional general y pasiva liderazgo / evitativo, ($r(94) = -0.358$, $p < 0.01$). A las mismas conclusiones ha llegado Campbell (2013) con una muestra de mandos de la policía.
 - Rankin (2013) en un estudio con 307 estudiantes de enfermería encontró una correlación directa entre sus puntuaciones en IE y los resultados del rendimiento académico y durante las prácticas,

concluyendo que los procedimientos de *“reclutamiento y selección deben considerar la inteligencia emocional como un criterio adicional de entrada legítima de los estudiantes de enfermería”*.

- Zhang y Wang (2011) llevaron a cabo un meta-análisis con el propósito de evaluar cuantitativamente el impacto de la inteligencia emocional individual sobre el desempeño laboral. Los resultados mostraron en general que la correlación entre el rendimiento de la inteligencia y el trabajo emocional individual era moderadamente fuerte ($r = 0,28$). Además, los resultados indicaron la relación positiva entre la inteligencia emocional y el rendimiento individual de trabajo.
 - Lopes, Grewal, Kadis, Gall y Salovey (2006) encontraron una correlación positiva entre IE y **mayor éxito en el trabajo** utilizando la escala MSCEIT.
-
- **ÁMBITO DEPORTIVO:** Como constatan Ros, Moya y Garcés de los Fayos (2013) en su revisión bibliográfica sobre los artículos científicos publicados sobre IE en el deporte, el número de publicaciones científicas sobre esta materia es todavía escaso, aunque se ha presentado un aumento significativo de estas publicaciones desde el año 2009. Sin embargo, aún continúa siendo insuficiente.
 - García-Coll Ruiz-Pérez, Martín-Esteban y Palomo-Nieto (2010) encontraron una correlación entre las altas puntuaciones en IE y el rendimiento deportivo, de tal forma que los deportistas en deportes de equipo de más alto nivel de su muestra, presentaban puntuaciones mayores en el factor reconocimiento de emociones.
 - García (2009) encontró que según aumentaba el nivel deportivo se incrementaba ligeramente las puntuaciones en IE y que las mayores puntuaciones se encontraban en deportistas internacionales.
 - Crombie, Lombard y Noakes (2009) llevaron a cabo un interesante estudio en equipos de críquet correlacionando algunas variables deportivas, no con las puntuaciones individuales de los jugadores sino con la puntuación media del equipo, encontrando correlación positiva ($r = 0.69$) entre el número de logs y la puntuación media del equipo en inteligencia emocional. Esta investigación concluye que la importancia de la IE en el deporte la podemos encontrar en tres factores: los equipos con altas puntuaciones en IE aprender a rendir mejor en situaciones de estrés (como son las competiciones), no se dejan influenciar por las derrotas ni por otros equipos y se sobreponen con mayor rapidez a las contrariedades del deporte.

- **HÁBITOS SALUDABLES:** Varios estudios plantean una relación entre IE y hábitos saludables partiendo de la hipótesis de que la gestión emocional de las propias emociones otorgaría el autocontrol necesario para evitar conductas relacionadas con el consumo o dependencia de determinadas sustancias, al tiempo que las habilidades sociales favorecerían la evitación de la presión de grupo considerada como factor fundamental en el inicio de conductas adictivas.
 - Trinidad y Johnson (2002) encontraron una relación directa entre las altas puntuaciones en IE y el menor consumo de sustancias.
 - Monaci (2013), por su parte, no encuentra una relación directa entre puntuaciones en IE y consumo o abuso de alcohol aunque sí una correlación entre la baja IE y la presión de grupo y la alta IE y el estilo de afrontamiento.

- **RELACIONES SOCIALES:**
 - Según algunos autores, la IE predeciría unas **mejores relaciones interpersonales** (Brackett, Rivers, Shiffman, Lerner y Salovey, 2006; Extremera et al., 2004; Lopes, Salovey, Cote y Beers, 2005)
 - También se ha relacionado las altas puntuaciones en IE con un **menor número de conflictos entre parejas** (Brackett, Warner y Bosco, 2005)
 - Las personas con alta IE puntúan más en empatía (Mestre, Samper, Tur, y Díez, 2001) y extraversión y cordialidad (Warwick y Nettelbeck, 2004; Ciarrochi et al., 2000)

- **BURNOUT:** Los estudios científicos que han intentado encontrar si existe correlación entre los factores de la IE y el Burnout se han centrado fundamentalmente en el ámbito laboral con el fin de encontrar una variable que pueda predecir el rendimiento en el trabajo. Las conclusiones de los estudios más recientes sobre esta correlación son los siguientes:
 - Hammett (2014) ha encontrado una existía una correlación negativa y significativa entre la cantidad de agotamiento que experimenta un empleado y su nivel de inteligencia emocional
 - Görgens-Ekermans (2012) concluyó su investigación sobre una muestra de enfermeras postulando que la IE ejercía un efecto moderador sobre el estrés laboral y el burnout y que por lo tanto, un aumento en las puntuaciones de IE ayudarían a disminuir la frecuencia de aparición del burnout en personas que padecieran estrés crónico.

- Pishghadam y Sahebjam (2012) llevaron a cabo una correlación entre IE, burnout y tipos de personalidad, concluyendo que el factor “agotamiento emocional” correlacionaba significativamente con “neuroticismo” y “extroversión”. La escala de Inteligencia Intrapersonal predecía altas puntuaciones en el factor “despersonalización” mientras que el factor “realización personal” correlacionaba positivamente con la escala de Inteligencia Interpersonal.
- Srivastava (2013) encontró una relación positiva y significativa entre IE, el factor “agotamiento emocional” y la efectividad en el puesto de gerencia. Concluye su estudio argumentando la necesidad de crear programas de formación emocional para gerentes al tiempo que aconseja utilizar las variables de IE para los procesos de selección en un puesto de alta dirección.
- Xie (2011) encontró una correlación negativa entre IE, satisfacción laboral y “agotamiento emocional”.
- Augusto-Landa, Berrios-Martos, López-Zafra, y del Carmen (2006) llevaron a cabo su estudio a través del cuestionario de auto-observación TMMS hallando relaciones significativas entre “atención emocional” y el factor de burnout “despersonalización”; “Claridad emocional” con “realización personal” y “reparación emocional” con “realización personal”, salud mental y satisfacción laboral. Estos dos últimos factores (salud mental y alta satisfacción) también correlacionaban entre sí. Por último, encontró que las puntuaciones más bajas en Burnout implicaban estar más satisfechos con el trabajo.
- Ricca (2004) y Budnick (2004) encontraron una relación inversa entre puntuaciones totales en IE y en burnout en muestras de enfermeras y policías respectivamente.

6.2.3.2 MODELOS TEÓRICOS DE INTELIGENCIA EMOCIONAL

Desde el origen del concepto de IE diversos autores han aportado su propia concepción y definición del marco teórico que sustentaría la validez de este constructo. Petrides y Furnham (2000, 2001) y Pérez, Petrides y Furnham (2005) han agrupado las diferentes propuestas teóricas planteadas en dos modelos teóricos:

- **MODELO DE IE COMO HABILIDAD:** Este modelo se basa en la Teoría del Procesamiento de la Información Emocional y las capacidades relacionadas con dicho procesamiento, enfocado en las ***habilidades emocionales básicas*** (Mayer y Salovey, 1997; Mayer, Salovey y Caruso, 2000). Este modelo es el más restrictivo ya que intenta aportar una visión estrictamente científica, por lo que aunque es menos conocido a nivel popular, tiene un apoyo empírico muy

importante. Los representantes de este modelo son Mayer y Salovey quienes entienden la IE como un conjunto de habilidades que nos permiten percibir, comprender y regular nuestras emociones de la forma más adaptativa, utilizando la información emocional para mejorar los procesos cognitivos.

- **MODELO MIXTO:** Este modelo tiene en cuenta ***dimensiones de personalidad*** como asertividad, extroversión, optimismo, etc., junto con habilidades emocionales como la autorregulación, el autoconocimiento, etc. (Bar-On, 2000; Goleman, 2001). Este modelo aboga por un marco amplio de IE en el cual se incluyan todos los factores posibles que no estén recogidos por el constructo de Inteligencia Académica, como serían el control de los impulsos, la automotivación, las relaciones sociales, etc. (Goleman, 1995; Bar-On, 2000). Dentro de este modelo encontraríamos las aportaciones de Goleman, (1995, 1998, 2003); Boyatzis, Goleman y Rhee (2000) y Bar-on (1997, 2000). Este modelo ha sido criticado entre la comunidad científica al abogar por un marco centrado en el desarrollo de competencias para el éxito (Matthews, Roberts y Zeidner, 2004). En este sentido, Fernández-Berrocal y Extremera (2002) comentan que *“La inteligencia emocional, como habilidad, no se puede entender tampoco como un rasgo de personalidad o parte del «carácter» de una persona. Puede existir una “cierta interacción entre la IE y la personalidad, al igual que existe con la inteligencia abstracta. (...) Las personas con cierto tipo de personalidad desarrollarán con más o menos facilidad, con mayor o menor rapidez, sus habilidades emocionales. Al fin y al cabo, la persona no es la suma de sus partes, sino una fusión que convive –milagrosamente– de forma integrada” (p. 3).*

6.2.3.2.1 MODELOS DE IE COMO HABILIDAD

- **MODELO DE MAYER Y SALOVEY**
.....

Como comentábamos anteriormente, aunque la popularización del término IE se debe a Goleman, los primeros autores que utilizaron el término “Inteligencia Emocional” fueron Mayer y Salovey en 1990. El modelo de Mayer y Salovey ha evolucionado desde su primera concepción en 1990 hasta la actualidad. En un principio, postularon que la IE podría estar constituida por tres capacidades mentales:

- **Valoración de las emociones**, tanto propias como de otros, entendido como la capacidad de percibir, valorar y expresar las emociones con exactitud.
- **Regulación de las emociones**, tanto propias como en otros, que permitiría facilitar el pensamiento.

- **Utilización de las emociones**, que permitiría manejar reflexivamente las emociones para promover el crecimiento intelectual y emocional.

Actualmente, esta concepción ha evolucionado al conocido como **“Modelo de las Cuatro Ramas”** (Mayer y Salovey, 1997; Mayer, Salovey y Caruso, 2000) que se observa a continuación (Ilustración 28). Otra novedad de este “Modelo de las Cuatro Ramas” radica en el hecho de entender la IE como un conjunto de capacidades emocionales que se sitúan a lo largo de un continuo, ordenadas en función de la función psicológica que cumplen. La capacidad más básica (situada en la parte más inferior de la representación del modelo) es la de percibir emociones con exactitud y la capacidad de mayor nivel (situada en la parte más alta) la de manejar emociones de forma adecuada. Para alcanzar estas capacidades emocionales de mayor nivel es necesario haber alcanzado un desarrollo más complejo de determinadas funciones ejecutivas como son organizar, ejecutar y evaluar actividades que estén relacionadas con la consecución de determinadas metas u objetivos. Las ramas primera, tercera y cuarta están relacionadas con el razonamiento sobre las emociones, mientras que la segunda está más relacionada con la explicación como la emoción facilita el razonamiento. Dentro de cada una de estas cuatro ramas, existen determinadas destrezas que también se representan de forma secuencial. De esta manera, para desarrollar la habilidad de identificar emociones en otras personas (en la primera rama de percepción, evaluación y expresión de las emociones), hemos debido de adquirir primeramente la habilidad de identificar nuestras propias emociones.

ILUSTRACIÓN 28 REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL MODELO DE LAS CUATRO RAMAS DE MAYER Y SALOVEY (1997) ADAPTADO DE FERNANDEZ-BERROCAL Y EXTREMERA (2005)

REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES

- Habilidad para estar abierto a los estados emocionales positivos y negativos
- Habilidad para reflexionar sobre las emociones y determinar la utilidad de su información
- Habilidad para vigilar reflexivamente nuestras emociones y la de otros y reconocer su influencia
- Habilidad para regular nuestras emociones y la de los demás sin minimizarlas o exagerarlas

CONOCIMIENTO EMOCIONAL

- Habilidad para designar las diferentes emociones y reconocer las relaciones entre la palabra su significado
- Habilidad para entender las relaciones entre las emociones y las diferentes situaciones que las originan
- Habilidad para comprender emociones complejas y/o sentimientos simultáneos
- Habilidad para reconocer las transiciones de unos estados emocionales a otros

FACILITACIÓN DEL PENSAMIENTO

- Las emociones facilitan el pensamiento al dirigir la atención a la información importante
- Las emociones facilitan la formación de juicio y recuerdos respecto a las emociones
- Las variaciones emocionales cambian la perspectiva fomentando la consideración de múltiples puntos de vista
- Las emociones favorecen acercamientos específicos a los problemas

PERCEPCIÓN, EVALUACIÓN Y EXPRESIÓN DE LAS EMOCIONES

- Habilidad para identificar nuestras propias emociones
- Habilidad para identificar emociones en otras personas
- Habilidad para expresar correctamente nuestros sentimientos y necesidades
- Habilidad para discriminar entre expresiones emocionales honestas y deshonestas

• IZARD

Izard (2001) desarrolló este enfoque dentro de sus investigaciones sobre la expresión emocional en niños. A través de un estudio sobre las conductas que las madres desarrollaban en función de las expresiones faciales de los bebés concluyendo que la expresión emocional de una persona genera conductas específicas en otras personas.

Para Izard, el conocimiento emocional se va adquiriendo a lo largo del desarrollo y es la base para una correcta adaptación. Este conocimiento emocional se compone de diferentes factores que son resultado de la interacción entre personalidad, inteligencia y emociones y dependen a su vez del desarrollo cognitivo, la experiencia personal y el aprendizaje social (Izard, 2001). Estos factores son:

1. Percibir con exactitud señales emocionales
2. Etiquetar señales emocionales
3. Identificar la causa de la emoción en uno mismo y en los otros
4. Reconocer y etiquetar las propias emociones
5. Comprender la relación entre emoción, motivación y conducta
6. Comprender las reglas familiares y sociales para la expresión de las emociones
7. Comprender las reglas para la expresión de sensaciones emocionales
8. Comprender las reglas para simular emociones
9. Comprender la co-ocurrencia de emociones y la ambivalencia

6.2.3.2.2 MODELOS MIXTOS

• GOLEMAN

Tal y como hemos comentado anteriormente es indiscutible la aportación que Goleman ha realizado en cuanto a la difusión y popularización del término IE. De hecho, ahí radica precisamente las críticas que recibe este modelo, considerado por una gran parte de los teóricos más científicos como una explicación “popular” pero sin demasiado fundamento científico. Sin embargo, quizá podríamos considerar que esta es también una de sus virtudes. La rápida difusión del concepto de IE entre la población en general ha empujado a algunos teóricos a demostrar científicamente su existencia, lo que ha producido un aumento considerable en el número de estudios científicos publicados sobre el tema.

En la parte de las “ventajas” estaría la concepción de la IE como un conjunto de aptitudes o competencias que pueden aprenderse. Esta cualidad del modelo de Goleman hace muy fácil el trasladarlo a Programas de mejora de las competencias emocionales sobre todo en el ámbito educativo. Para Goleman, la IE comprendería cinco habilidades o aptitudes básicas:

- En el plano más personal:
 1. **Autoconocimiento** (conocimiento de las propias emociones). Parte de este autoconocimiento sería el reconocimiento de emociones y la autovaloración y autoconfianza (relacionadas directamente con la autoestima).
 2. **Autorregulación:** Una vez que la persona conoce sus emociones puede regularlas en una situación o momento específicos. Para Goleman, la autorregulación está compuesta por cinco atributos:
 - *Autocontrol*
 - *Credibilidad*
 - *Locus de control (interno o externo)*
 - *Flexibilidad*
 - *Agrado o desagrado por la novedad*
 3. **Motivación:** Una vez que la persona puede regular sus emociones podrá demorar la gratificación y controlar la impulsividad. De esta manera, la capacidad de motivarse uno mismo estaría relacionada con:
 - *Motivación de logro*
 - *Compromiso*
 - *Optimismo versus pesimismo*
- En el plano más social
 4. **Empatía-Alexitimia:** relacionada con la ética y los valores morales, tendría los siguientes componentes:
 - *Altruismo*
 - *Aprovechamiento de la Diversidad*
 - *Conciencia política*
 5. **Habilidades sociales y control de las relaciones,** se entienden como instrumentos para influir en los demás. Se compone de siete dimensiones:
 - *Influencia*
 - *Comunicación*
 - *Catalización del cambio*
 - *Liderazgo*
 - *Resolución de Conflictos*
 - *Colaboración y cooperación*
 - *Habilidades de equipo*

• **BAR-ON**

El modelo de Bar-On (1997) surge de la adaptación de una escala de Bienestar Mental que el autor construyó en su trabajo de Tesis Doctoral. Su modelo es fruto de las sucesivas profundizaciones explicativas de los 15 factores que obtuvo en la escala inicial.

Según Bar-on (2006) para que una persona pueda tener una buena IE debe ser consciente de uno mismo, comprender las propias fortalezas y debilidades y expresar lo que uno siente y piensa de forma “no destructiva”, “*manejar las emociones con el fin de que ellas trabajen para nosotros [...] (capacidad intrapersonal)*”, *ser consciente de las emociones, sentimientos y necesidades de los demás y de establecer y mantener relaciones constructivas, cooperativas y satisfactorias*” (capacidad interpersonal) y ser suficientemente optimista, positivo y automotivado.

Según el autor, todos estos factores se agrupan en cinco variables:

1. Intrapersonal:

- *Autorespeto*: Percibirse con exactitud, comprenderse y aceptarse
- *Autovaloración emocional*: ser conscientes y comprender nuestras emociones
- *Asertividad*: expresar nuestras emociones de forma efectiva y constructiva
- *Independencia*: no depender emocionalmente de otros
- *Autoactualización*: luchar por alcanzar las metas personales

2. Interpersonal:

- *Empatía*: ser conscientes de las emociones de otros y comprenderlas
- *Responsabilidad Social*: identificarse con el grupo social de pertenencia y cooperar con otros
- *Relaciones Interpersonales*: establecer relaciones de reciprocidad con otros

3. Manejo del estrés:

- *Tolerancia al estrés*: manejar las emociones de forma efectiva y constructiva
- *Control de los impulsos*: controlar las emociones de forma efectiva y constructiva

4. Adaptabilidad:

- *Testar la realidad*: validar objetivamente los propios sentimientos y pensamientos con la realidad externa
- *Flexibilidad*: adaptar y ajustar nuestros sentimientos y pensamientos a nuevas situaciones

- *Resolver problemas*: tanto de carácter personal como interpersonal

5. Afecto general:

- *Optimismo*: ser positivo
- *Felicidad*: sentirse contento con uno mismo, con otros y con la vida en general

• **PETRIDES Y FURNHAM (2000)**

Dentro del modelo mixto, en la línea de lo aportado por Goleman y Bar-on, encontramos la propuesta de Pétrides y Furnham (2000) conocida como “**Modelo de Rasgo**”. Para estos autores la IE es un conjunto de conductas y autopercepciones sobre la capacidad de reconocer, procesar y utilizar la información emocional (Petrides, Frederickson y Furnham, 2004; Pérez, Petrides y Furnham, 2005). Por lo tanto, tanto la inteligencia personal como la social son capacidades “autopercebidas” y más importante que conocer qué factores conforman la IE sería concebirla como un rasgo transversal de la personalidad. No obstante, Pétrides y Funham (2001) consideran que la IE estaría compuesta por quince factores, cuya definición depende de cómo las personas se perciben a sí mismos. Estos factores son:

1. Adaptabilidad
2. Asertividad
3. Expresión de las emociones
4. Gestión de emociones
5. Percepción clara de emociones
6. Regulación
7. Impulsividad baja
8. Aptitudes para la relación
9. Autoestima
10. Automotivación
11. Competencia social
12. Manejo del estrés
13. Empatía rasgo
14. Felicidad rasgo
15. Optimismo rasgo

Tal y como apunta Aguado (2005) este modelo sería similar a un modelo de “metacognición” ya que se relaciona con la capacidad de observar de manera introspectiva nuestros propios procesos emocionales y reflexionar sobre ellos.

A modo de resumen, recogemos en la Tabla 18 las diferentes aportaciones teóricas desde los modelos mixto y de habilidad junto con los instrumentos de evaluación que cada uno de ellos aporta para la valoración de la IE, como introducción al siguiente apartado de este capítulo.

TABLA 18 CUADRO RESUMEN DE LOS PRINCIPALES MODELOS DE IE

MODELO	AUTORES	FACTORES	INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN
MODELO DE IE COMO HABILIDAD	Salovey y Mayer (1990; 1997)	<ul style="list-style-type: none"> - Atención Emocional - Claridad Emocional - Reparación Emocional 	<ul style="list-style-type: none"> - TMMS (<i>Trait Meta-Mood Scale</i>) - SSRI (<i>Shutte Self Report Inventory</i>)
	Modelo de las Cuatro Ramas (Mayer, Salovey y Caruso, 1999)	<ul style="list-style-type: none"> - Percepción, Evaluación y Expresión de las emociones - Facilitación del Pensamiento - Comprensión y análisis de las emociones (Conocimiento emocional) - Regulación de las emociones 	MSCEIT <i>(Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test)</i>
	Izard (2001)	<ul style="list-style-type: none"> - Percibir con exactitud señales emocionales - Etiquetar señales emocionales - Identificar la causa de la emoción en uno mismo y en los otros - Reconocer y etiquetar las propias emociones - Comprender la relación entre emoción, motivación y conducta - Comprender las reglas familiares y sociales para la 	ACES <i>(Assessment of children's emotional skills)</i> Tentacosta e Izard (2007): Evalúa las habilidades emocionales en niños

		expresión de las emociones - Comprender las reglas para la expresión de sensaciones emocionales - Comprender las reglas para simular emociones - Comprender la co-ocurrencia de emociones y la ambivalencia	
MODELO MIXTO (IE como factor de personalidad)	Goleman (1995)	- Autoconocimiento - Autorregulación - Motivación - Empatía-Alexitimia - Habilidades sociales y control de las relaciones	ECI (<i>Emotional Competence Inventory</i>)
	Bar-On (2002)	- Intrapersonal - Interpersonal - Manejo del estrés - Adaptabilidad - Afecto general	EQ-i (<i>Emotional Quotient Inventory</i>)
	Pétrides y Furnham (2000)	- Adaptabilidad - Asertividad - Expresión de las emociones - Gestión de emociones - Percepción clara de emociones - Regulación	TEIQue (<i>Trait Emotional Intelligence Questionnaire</i>)

		<ul style="list-style-type: none">- Impulsividad baja- Aptitudes para la relación- Autoestima- Automotivación- Competencia social- Manejo del estrés- Empatía rasgo- Felicidad rasgo- Optimismo rasgo	
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

6.2.3.3 MEDICIÓN DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

El hecho de que no exista consenso sobre el concepto de IE y cuáles son los factores que la componen tiene como consecuencia que existan diferentes cuestionarios para medir la IE en función del modelo teórico que se escoja de referencia. Por lo tanto, para utilizar alguno de los instrumentos de medición existentes es necesario posicionarse primero desde el punto de vista teórico sobre qué entendemos por IE.

A pesar de esta multiplicidad de instrumentos de medida existentes, en lo que sí que hay acuerdo es en diseñar procesos que permitan evaluar tanto la puntuación total en IE como en cada uno de los factores que la componen, con el rigor necesario en cuanto a su fiabilidad y validez, que obliga el hecho de pretender otorgar un carácter científico a las mediciones, ya sea para hallar las correlaciones existentes con otros factores o variables como para utilizar esa medición en los ámbitos laboral, educativo, etc.

Para medir la IE se han utilizado tres tipos diferentes de instrumentos:

- Instrumentos de Autoinforme
- Test de ejecución
- Informes de observadores externos.

6.2.3.3.1 INSTRUMENTOS DE AUTOINFORME

Son los instrumentos más utilizados para evaluar la IE en el Modelo de Mayer y Salovey y en el Modelo de las Cuatro Ramas de Mayer, Salovey y Caruso.

Entre sus ventajas están la rapidez en su administración y la facilidad en la corrección. Entre las circunstancias que más controversia desatan está el hecho de que sea el propio sujeto quien se puntúa ya que este hecho puede no ofrecer una medición “objetiva” del constructo IE al estar influenciado por la “deseabilidad social”. En el caso de que existan procesos emocionales inconscientes, el individuo podría no percibirlos y por tanto no informar sobre ellos. De ahí, que el resultado obtenido en este tipo de instrumentos sea conocido como Inteligencia Emocional Percibida.

Entre los instrumentos de autoinforme más utilizado está el desarrollado por Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai (1995) llamado el ***Trait Meta-Mood Scale (TMMS)***. Este instrumento ha sido traducido y validado en España por Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos

(2004) y aunque mantiene la misma estructura que el instrumento original es una versión reducida, ya que reduce los 48 ítems del original a 24. Los factores que evalúa son:

- **Atención Emocional:** “Soy capaz de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada”
- **Claridad Emocional:** “Comprendo bien mis estados emocionales”
- **Reparación Emocional:** “Soy capaz de regular los estados emocionales correctamente”.

Una circunstancia a tener en cuenta de los factores evaluados por el TMMS, tal y como apunta Sánchez-Núñez (2007), es la correlación entre los tres factores que lo componen, al menos en las muestras de hispano-hablantes. Las personas con alta IE presentan puntuaciones bajas en Atención Emocional y altas en Claridad y Reparación (Extremera y Fernández Berrocal, 2002); Extremera y Fernández-Berrocal, 2005; Fernández-Berrocal, Ramos y Extremera, 2001; Salovey, Bedell, Detweiler y Mayer, 1999).

Al mismo tiempo, se ha demostrado que existe una dependencia secuencial entre los tres factores. Reparación emocional predice Claridad y estos dos factores correlacionan significativamente entre sí, al igual que hacen los factores Atención y Claridad. Sin embargo, no se encuentran correlaciones significativas entre Atención y Reparación (Extremera y Fernández-Berrocal, 2005; Fernández-Berrocal, Ramos y Orozco, 1999; Salovey, Mayer y Caruso, 2002).

Otro de los instrumentos de auto-evaluación de la IE más utilizados, basado también en el primer modelo de Salovey y Mayer es el **Shutte Self Report Inventory (SSRI)** de Shutte, Malouff, Hall, Haggerty, Cooper, Golden y Dornheim (1998), también denominado *Assessing Emotions Scale*. El SSRI tiene 33 ítems y evalúa aspectos tanto intra como interpersonales (percepción, manejo de las propias emociones, habilidades sociales y utilización emocional). En un primer momento Shutte desarrolló este cuestionario para que aportara una escala unifactorial, sin embargo posteriores desarrollos como los de Ciarrochi, Chan y Baigar (2001) incluyeron cuatro factores (percepción de las emociones, gestión de las propias emociones, gestión de las emociones de los otros y utilización de las emociones). Austin, Saklofske, Huang y Mckenney (2004) añadieron 8 ítems más y se centraron en tres factores: evaluación emocional, utilización de las emociones y regulación emocional. Finalmente, Gignac, Palmer, Manocha y Stough (2005) seleccionaron 28 de los 33 ítems que han demostrado un mejor ajuste al modelo de Salovey y Mayer (1990).

Como comentábamos anteriormente, cada uno de los modelos explicativos de la IE ha desarrollado su propio instrumento de medición. Para la evaluación de la IE en base su modelo, Petrides y Furnham (2003) diseñaron el **Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue)**, que analiza las puntuaciones en IE Rasgo. Este instrumento consta de 153 ítems y 15 subescalas que corresponden a cuatro factores (bienestar, autocontrol, emocionalidad y sociabilidad) y que ofrecen una puntuación global en IE Rasgo (Petrides y Furnham, 2003). También existe una versión

reducida de este cuestionario que consta de 30 ítems (Trait Emotional Intelligence Questionnaire-Short Form (TEIQue-SF))

Por su parte, Bar-On desarrolló el **Emotional Quotient Inventory EQ-i**, un instrumento de auto-evaluación que consta de 133 ítems, 15 subescalas y 5 factores de orden superior aunque existe una versión abreviada de 51 ítems (Bar-On, 2002). Este cuestionario mide la puntuación en cinco factores: inteligencia intrapersonal, inteligencia interpersonal, adaptación, gestión del estrés y humor general. La crítica más importante que se ha hecho a este instrumento ha sido que es difícil distinguir si se evalúa IE o factores de personalidad (Petrides y Furnham, 2001). Cuenta con una versión para adolescentes, *Emotional Quotient Inventory: Youth Version* (EQ-i: YV)

Para evaluar la IE desde el modelo de Goleman, se ha desarrollado el **Emotional Competence Inventory (ECI)** (Boyatzis, Goleman y Rhee, 2000). El ECI es una escala con 20 dimensiones dirigida a medir las competencias emocionales descritas, aunque agrupadas en cuatro categorías: *autoconciencia, autogestión, consciencia social y habilidades sociales*. El ECI tiene dos formas. Una de ellas es autoinformada y la otra una evaluación 360 grados (Boyatzis y Goleman, 2007). Existen modificaciones posteriores que ha reducido el número de ítems original (de 110 a 73). Este instrumento está más enfocado a la evaluación de competencias sociales y emocionales en el ámbito laboral ya que incluso cuenta con una evaluación del supervisor (Boyatzis, 2009).

6.2.3.3.2 TEST DE EJECUCIÓN

Este tipo de instrumentos han sido desarrollados por Mayer, Salovey y Caruso (2004) con el objetivo de intentar salvaguardar los inconvenientes que suponía el cuestionario de auto-valoración TMMS-48. Además, el desarrollo de estos test de ejecución, eminentemente prácticos, corresponde al mismo tiempo con el desarrollo del concepto de IE en el Modelo de las Cuatro Ramas.

El test de ejecución más utilizado y más validado científicamente es el “**Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test**” (MSCEIT) desarrollado por Mayer, Salovey y Caruso (2002) y adaptado al castellano por Extremera y Fernández-Berrocal (2002). Consta de 141 ítems que miden los cuatro factores del modelo de cuatro ramas, para lo cual el sujeto debe cumplimentar ocho tareas emocionales distintas. Las puntuaciones se comparan con dos criterios: el criterio experto (el grado de acuerdo con la opinión de 21 investigadores en el campo emocional) y el criterio consenso (el grado de acuerdo con las respuestas dadas por 5.000 personas).

Los cuatro factores del Modelo de Cuatro Ramas se miden con el MSCEIT de la siguiente manera:

- **Capacidad de percibir emociones:** tareas de percepción de emociones en fotografías de caras
- **Asimilación emocional:** tareas de sensación y facilitación
- **Capacidad de comprensión emocional:** Tareas de combinación de emociones y otra de cambios o transformaciones emocionales;
- **Capacidad para manejar emociones:** Tareas de manejo emocional y de relaciones emocionales

Entre las ventajas de estos cuestionarios de ejecución está el hecho de que es el instrumento que más se relaciona con la nueva concepción de IE que ha supuesto el desarrollo de las teorías de Mayer y Salovey. En cuanto a los inconvenientes, aparte del hecho de que no se puede asegurar que mida exactamente las habilidades reales de IE de una persona, el más importante es que según algunas investigaciones, tienen limitaciones psicométricas y problemas relacionados con los criterios de puntuación (experto y consenso; Roberts, Zeidner y Matthews, 2001).

El MSCEIT también presenta inconvenientes en que la capacidad de comprensión que se necesita para cumplimentarlo no permite evaluar la IE en menores de 17 años y se precisa un buen nivel educativo (Goldenberg, Matheson y Mantler, 2006; Zeidner, Matthews y Roberts, 2005). Además, presentan menor validez predictiva que los auto-informes (Brackett y Mayer, 2003; Brackett, Rivers, Shiffman, Lerner y Salovey, 2006) y son muy largos de cumplimentar.

6.2.3.3.3 CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN DE OBSERVADORES EXTERNOS

Este tipo de cuestionarios, también llamado evaluaciones 360º, evalúa la IE de un sujeto en función de la percepción que otras personas tienen sobre él. Habitualmente, este tipo de instrumentos se utilizan como complemento a los cuestionarios de auto-observación o de ejecución, eliminando así el componente de “deseabilidad social” que pueden reflejar. De hecho, algunos cuestionarios como el “Bar-On Emotional Quotient Inventory” (EQ-i) de Bar-On (1997) incluye el EQ-360 de observación externa. El cuestionario Emocional Competence Inventory (ECI) también incluye un apartado 360.

Las desventajas de estos instrumentos son por un lado, la dificultad de eliminar los sesgos perceptivos de las personas que evalúan y por otro lado, la información que proporcionan los evaluadores puede estar mediatizada por el comportamiento del sujeto en diferentes contextos. Además, como apuntan Pacheco y Fernández-Berrocal (2004) con estos instrumentos es difícil evaluar factores intrapersonales como la conciencia emocional, atención afectiva o claridad emocional interna.

Por el contrario, entre las ventajas estaría precisamente el hecho de que los evaluadores externos ofrecen información más valiosa sobre las habilidades interpersonales del sujeto que las que el propio individuo puede aportar (Extremera y Fernández-Berrocal, 2003).

6.2.3.3.4 ELECCIÓN DE INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE LA IE

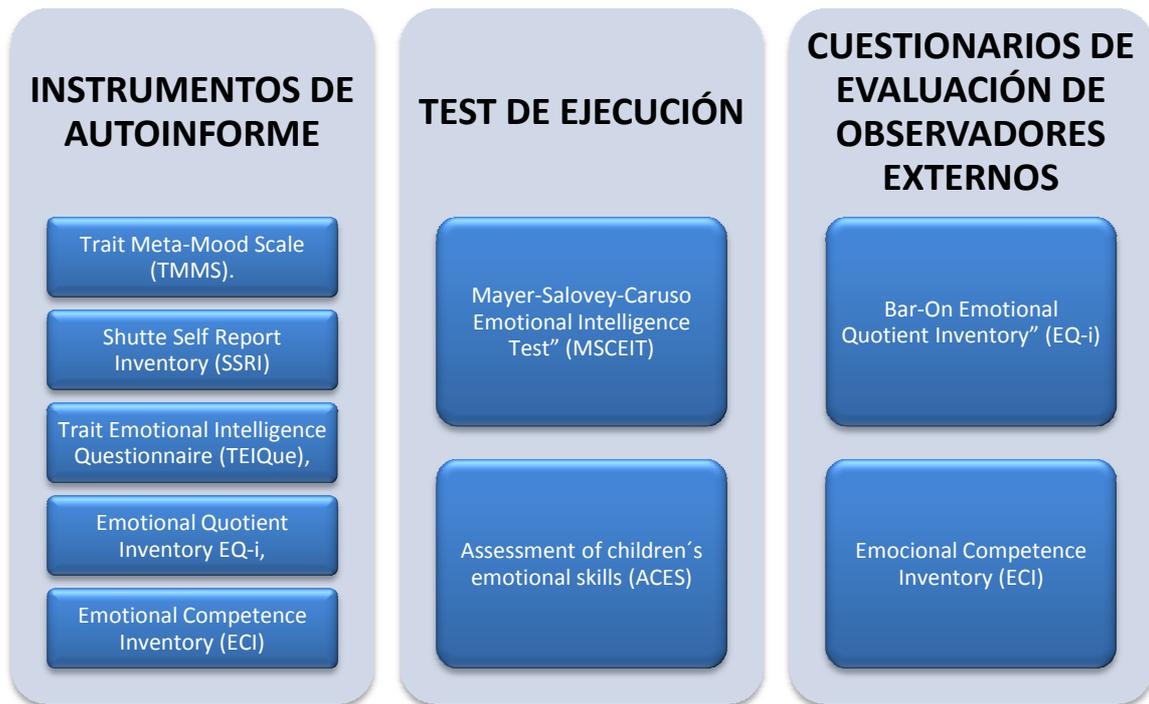
Tal y como hemos podido comprobar existen muchos instrumentos diferentes para evaluar la IE. Si tenemos que destacar algún criterio a la hora de decantarnos por alguno de ellos, sin duda el primero sería el del modelo teórico de referencia en el que vayamos a basar nuestros estudios. Si utilizamos el modelo de Mayer y Salovey podemos decantarnos por el TMMS o por el MSCEIT si nos basamos en el Modelo de las Cuatro Ramas. Si utilizamos el modelo de Goleman, aplicaríamos el ECI y si nos decantamos por el modelo de Bar-On el EQ-i.

Si valoramos el tipo de prueba, tenemos que tener en cuenta que los cuestionarios de auto-evaluación son más rápidos de administrar, las puntuaciones se obtienen directamente y suelen ser gratuitos y fácilmente accesibles. Además, en la mayoría de ocasiones, no solemos contar con evaluadores externos que faciliten la administración de un cuestionario 360º. El principal inconveniente de las pruebas de auto-evaluación es la dificultad a la hora de controlar el sesgo de deseabilidad social. Otro inconveniente de los instrumentos de autoevaluación es que sus resultados se pueden confundir con variables de personalidad e inteligencia verbal (Mayer, Salovey y Caruso, 2008; Zeidner, Roberts y Matthews, 2008).

Es importante destacar que estos tres tipos de pruebas no presentan correlaciones significativas entre sus puntuaciones, lo que podría deberse a que miden aspectos distintos ya que se sustentan en modelos teóricos diferentes (Brackett y Mayer, 2003; Brackett, Rivers, Shiffman, Lerner y Salovey, 2006; Zeidner, Shani-Zinovich, Matthews y Roberts, 2005).

En la Tabla 19 se ubica a modo de esquema los instrumentos de evaluación de la IE más conocidos en función del tipo de medición que utilizan.

TABLA 19 RESUMEN DE LOS PRINCIPALES INSTRUMENTOS DE MEDICION DE LA IE



ESTUDIO EMPÍRICO

7 OBJETIVOS E HIPÓTESIS

7.1 OBJETIVOS Y FINALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo general de esta investigación es conocer en qué medida factores de Inteligencia Emocional y de optimismo (en base a los preceptos de la Psicología Positiva), tanto del enfermo de cáncer como de su pareja, afectan tanto a la Calidad de la Relación de Pareja como a la Calidad de Vida del enfermo y si estos factores están relacionados a su vez con el posible nivel de sobrecarga que pueda llegar a desarrollar la pareja por su rol de cuidador del enfermo.

Los objetivos específicos son:

- **OBJETIVO 1:** Analizar si la IE del enfermo de cáncer predice su calidad de vida.
- **OBJETIVO 2:** Analizar si la IE y el optimismo de la pareja predice la calidad de vida del enfermo.
- **OBJETIVO 3:** Conocer si la calidad de la relación de pareja puede predecir la calidad de vida del enfermo.
- **OBJETIVO 4:** Averiguar si la calidad de vida del enfermo predecirá el nivel de sobrecarga de la pareja.
- **OBJETIVO 5:** Conocer si la IE, el optimismo y el ajuste diádico percibido por la pareja predecirán en sentido inverso su nivel de sobrecarga.
- **OBJETIVO 6:** Comprobar si la IE tanto del enfermo como de la pareja son predictores de la calidad de la relación.
- **OBJETIVO 7:** Analizar si existen similitudes entre las puntuaciones en inteligencia emocional, optimismo y calidad de la relación del enfermo de cáncer y su pareja.
- **OBJETIVO 8:** Conocer si existen diferencias en cuanto al sexo en los factores analizados tanto del enfermo de cáncer como de su pareja.

La finalidad última de este trabajo de investigación es plantear las bases sobre las que poder construir un modelo práctico de ayuda tanto a los enfermos de cáncer como a sus parejas, con el objetivo de ayudar a ambos a sobrellevar de la forma más positiva posible este duro trance.

Al mismo tiempo, esta investigación podría sentar las bases para la elaboración de un manual práctico destinado al personal sanitario que atiende a este tipo de enfermos con la finalidad de que aborden de la forma más óptima posible la importancia que la atención a las parejas de los enfermos de cáncer deben de tener en un tratamiento integral de la enfermedad.

7.2 HIPÓTESIS

En base a los objetivos de la investigación se han planteado una serie de hipótesis de trabajo, cuya relación se establece en la TABLA 20:

TABLA 20 RELACIÓN ENTRE OBJETIVOS E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

<u>OBJETIVO</u>	<u>HIPÓTESIS</u>
1 Analizar si la IE del enfermo de cáncer predice su calidad de vida	H1
2 Analizar si la IE y el optimismo de la pareja predice la calidad de vida del enfermo	H2 H3
3 Conocer si la calidad de la relación de pareja puede predecir la calidad de vida del enfermo	H4
4 Averiguar si la calidad de vida del enfermo predecirá en sentido inverso el nivel de sobrecarga de la pareja	H5
5 Conocer si la IE, el optimismo y el ajuste diádico percibido por la pareja predecirán en sentido inverso su nivel de sobrecarga	H6 H7 H8
6 Comprobar si la IE tanto del enfermo como de la pareja son predictores de la calidad de la relación.	H9 H10
7 Analizar si existen similitudes entre las puntuaciones en inteligencia emocional, optimismo y calidad de la relación del enfermo de cáncer y su pareja	H11 H12 H13
8 Conocer si existen diferencias en cuanto al sexo en los factores analizados tanto del enfermo de cáncer como de su pareja.	H14 A H21

HIPÓTESIS 1: *Los tres factores de Inteligencia Emocional (Atención, Claridad y Reparación) del enfermo de cáncer se mostrarán como predictores significativos de su calidad de vida.*

A través de diversos estudios científicos se ha llegado a la conclusión que el ajuste emocional de los enfermos de cáncer influye de forma directa en el pronóstico de la enfermedad. Por ejemplo, Greer, Morris, Pettingale y Haybittle (1990) en una investigación longitudinal encontraron que las pacientes de cáncer de mama que se habían enfrentado abiertamente a su enfermedad tras el diagnóstico, transcurridos quince años, habían tenido tasas de recaídas muy inferiores a las que habían mostrado actitudes depresivas o fatalistas en los primeros momentos de la enfermedad. Fawzy, Fawzy, Hyun, Elashoff, Guthrie, Fahey y Morton (1993) demostraron que la intervención psicológica en pacientes con melanoma redujo la tasa de recidivas. Ratcliffe, Dawson y Walker (1995) señalan que el ánimo depresivo en pacientes con enfermedad de Hodgkin o linfoma no Hodgkin es un factor pronóstico para una supervivencia menor.

Sin embargo, existen muy pocas referencias a estudios previos que correlacionen específicamente el constructo Inteligencia Emocional con la Calidad de Vida en enfermos de cáncer. Como apunte, en la base de datos PsycInfo únicamente se han encontrado 24 referencias a estudios que incluyan estas dos variables, aunque de estas veinticuatro investigaciones únicamente tres tenían a los factores IE y calidad de vida como variables directas de estudio.

Rey, Extremera y Trillo (2013) examinaron la validez predictiva e incremental de la IE para la predicción de la calidad de vida en 62 pacientes con cáncer, más allá del nivel atribuible a la personalidad. La inteligencia emocional mostró una variación única y significativa en la predicción de la distinta calidad de vida en esta muestra.

El segundo estudio es el de Rausch (2008) con mujeres con cáncer participantes en un grupo de Tai-Chi y de crecimiento espiritual. Utilizó como predictores de la calidad de vida de las pacientes el optimismo, el estilo atencional y la inteligencia emocional, encontrando que la inteligencia emocional era un predictor significativo del cambio en la calidad de vida de la muestra.

Por último, en la investigación con 98 pacientes mexicanas de cáncer de mama (Haro, Gallardo, Martínez, Camacho-Calderón, Velázquez-Tlapanco y Hernández, 2014) se concluyó que la Inteligencia Emocional de las pacientes predijo la calidad de vida que tendrían tras la intervención quirúrgica y correlacionó con la prontitud en la consulta médica y con la determinación y cooperación en los tratamientos, estimulando también un mayor optimismo ante los resultados

HIPÓTESIS 2: *Los tres factores de Inteligencia Emocional (Atención, Claridad y Reparación) de la pareja podrán predecir la “calidad de vida” del enfermo de cáncer.*

Una de las piezas fundamentales del apoyo social en un proceso como el cáncer es, sin duda, la pareja. Según algunas investigaciones el hecho de tener pareja supone una “ventaja” para enfrentarse a las enfermedades crónicas, entre ellas el cáncer. Reynolds y Kaplan (1990) encontraron que la gente casada de diferente edad y de ambos géneros se adapta mejor a la enfermedad crónica y tiene una calidad de vida más elevada que la gente soltera o sin pareja. Goodwin, Hunt, Key y Samet (1987) también demostraron en su análisis a 27.779 pacientes de cáncer que los solteros tenían una supervivencia mucho menor, eran diagnosticados en una etapa más avanzada de la enfermedad y la severidad del pronóstico no permitía un tratamiento. Los mismos resultados obtuvieron Sherbourne y Hays (1990) con una muestra de 1871 pacientes con enfermedades crónicas. Según varios autores el apoyo de la pareja realza la capacidad de los enfermos de hacer frente al cáncer con más eficacia, comprender la amenaza del cáncer, aumentar la motivación de tomar nuevas acciones y reducir la ansiedad emocional que puede bloquear otros esfuerzos (Cutrona y Russell, 1990; Kerns, 1994; Thompson y Pitts, 1992). Lo importante es el estilo de afrontamiento que adopten ambos miembros de la pareja (Skerrett, 1998; Carey, 1999), ya que los dos miembros de la pareja se afectan entre sí mientras se adaptan a un diagnóstico de cáncer (Fagundes, Berg y Wiebe, 2012).

Si el apoyo social, sobre todo el dado por la pareja, y la forma en la que ésta se adapta al diagnóstico del cáncer están relacionados con un aumento de las respuestas afrontamiento positivo del enfermo, haciendo que aumente su tasa de supervivencia en el cáncer, se podría averiguar con qué factores está relacionada directamente la forma de dar apoyo de la pareja. Sin embargo, en este caso tampoco existen suficientes estudios científicos que traten en concreto de relacionar cómo (y en qué sentido) la Inteligencia Emocional de la pareja puede afectar la calidad de vida del enfermo de cáncer.

Esta hipótesis se sustenta en las investigaciones de Reynolds y Kaplan (1990), Cutrona y Russell (1990), Kerns (1994) y Thompson y Pitts (1992) para quienes la respuesta emocional de la pareja a la enfermedad aumenta la capacidad de los enfermos de hacer frente al cáncer con más eficacia mejorando su bienestar físico y emocional.

HIPÓTESIS 3: *El optimismo de la pareja se mostrará como un buen predictor de la Calidad de Vida del enfermo de cáncer.*

En la revisión bibliográfica llevada a cabo para esta investigación se han encontrado únicamente dos estudios que relacionan estas variables.

Gustavsson-Lilius, Julkunen, Keskivaara, Lipsanen y Hietanen (2012) estudiaron a 147 enfermos de cáncer y sus parejas y trataron de encontrar una relación entre el Sentido de Coherencia, el Optimismo Disposicional y la Angustia (medida a través de factores de ansiedad y depresión), encontrando que los pacientes optimistas y pacientes con fuerte Sentido de Coherencia, así como su pareja, reportaron menos síntomas de depresión y ansiedad que los sujetos menos optimistas y sujetos con Sentido de Coherencia débil. Además, el alto optimismo de la pareja parecía predecir la ansiedad del paciente durante el seguimiento. Estos mismos autores ya habían encontrado en 2007 resultados similares (Gustavsson-Lilius; Julkunen y Hietanen, 2007), destacando además ciertas diferencias de género ya que, en el estudio llevado a cabo con 155 pacientes de cáncer y sus parejas, un nivel alto de apoyo por parte de la pareja se asociaba al optimismo de las mujeres enfermas de cáncer, prediciendo mejor la calidad de vida.

HIPÓTESIS 4: *La Calidad de la relación de pareja será un buen predictor positivo de la calidad de vida del enfermo de cáncer.*

Esta hipótesis se basa en los estudios de Reynolds y Kaplan (1990) que relacionan el nivel de Calidad de Vida de los enfermos crónicos con la calidad de sus relaciones de pareja. Sin embargo, este apoyo social también puede ser negativo, por ejemplo si no se ajusta al estresor (Pozo-Muñoz, Martos-Méndez, Alonso-Morillejo y Salvador-Ferrer, 2008), si los propios miembros de la familia o la pareja son una fuente de interacciones conflictivas (Danoff-Burg, Revenson, Trudeau y Payer, 2004; Revenson, Schiaffino, Majerovitz y Gibofsky, 1991), si las relaciones sociales se perciben como negativas y/o problemáticas (Shinn, Lechmann y Wong, 1984), si el apoyo está disponible pero la persona no lo percibe (Dunkel-Schetter y Bennett, 1990; Wilcox, Kasl y Berkman, 1994), si no se desea o no satisface las propias necesidades (Chronister, Chin Chou, Frain y Da Silva, 2008) o cuando puede poner en peligro nuestro autoconcepto y autoestima (Reynolds y Perrin, 2004).

En concreto en los casos de cáncer, varios autores han encontrado que los niveles de satisfacción marital y la dinámica familiar después del diagnóstico empeoran (Howes, Hoke, Winterbottom y Delafield, 1994; Northouse, Templin, Mood y Oberst, 1998; y Cervera y Aubá, 2005).

HIPÓTESIS 5: *La calidad de vida del enfermo de cáncer se mostrará como buen predictor inverso del nivel de sobrecarga del cuidador.*

En la revisión bibliográfica sobre la posible relación entre el nivel de sobrecarga de la pareja y la calidad de vida del enfermo se han encontrado dificultades importantes. La primera de ellas está relacionada con el hecho de que los estudios sobre el nivel de sobrecarga de los cuidadores informales abarca la atención a enfermedades muy diversas, desde enfermedades degenerativas (fundamentalmente el Alzheimer) a la atención en enfermedades crónicas menos graves como la hipertensión o la hipoglucemia. La variabilidad en los procesos de la enfermedad dificulta el hecho de encontrar paralelismos válidos con la atención a un enfermo de cáncer, teniendo la propia enfermedad circunstancias muy distintas dependiendo del tipo de cáncer, el tratamiento recibido, la fase de la enfermedad o el pronóstico de la misma. Además los estudios encontrados no relacionan ambas variables de una forma directa.

En un estudio llevado a cabo con una muestra de 232 pacientes comparaba el burnout de los cuidadores informales (familiares) con los cuidadores formales (personal sanitario) concluyendo que el agotamiento de los profesionales, pero no el agotamiento del cuidador informal, tenían un efecto negativo en la calidad de vida del enfermo (en este caso, personas mayores dependientes). Los autores concluyen que la influencia interpersonal en la calidad de vida del enfermo emana del cuidador profesional, pero no en el cuidador informal (Cheung, Chow, 2011).

HIPÓTESIS 6: *Los tres factores integrantes de la Inteligencia Emocional de la pareja se mostrarán capaces de predecir inversamente su nivel de sobrecarga.*

A pesar de las escasas publicaciones científicas que tratan de encontrar relación entre estas dos variables, las investigaciones encontradas concluyen que existe asociación entre Inteligencia Emocional y Burnout.

Duran, Extremera y Rey (2004) encontraron relaciones entre los factores de Claridad Emocional y Reparación Emocional de Inteligencia Emocional con Logro Personal en una muestra de cuidadores de personas con discapacidad mental.

Idénticos resultados se reportaron en un estudio de Extremera y Fernández-Berrocal (2004) en estudiantes universitarios, donde además se concluye que Reparación Emocional predecía significativamente todas las variables de Burnout.

Vera, Ravanal, Cancino, Carrasco, Contreras y Arteaga (2007) también encontraron relación entre la Reparación Emocional con el factor Logro Personal y también con la Claridad Emocional en una investigación llevada a cabo en el ámbito laboral. Al mismo tiempo pudieron asociar

Agotamiento Emocional con Atención a los Sentimientos y Despersonalización con Reparación Emocional de modo inverso. En el caso del Agotamiento Emocional los predictores fueron Atención a los Sentimientos y Claridad Emocional. En cambio, para Despersonalización los predictores fueron sólo Falta de Reparación Emocional (Ver TABLA 21).

TABLA 21 RELACIONES ENCONTRADAS ENTRE LOS FACTORES DE IE Y BURNOUT

INT. EMOC.	BURNOUT		
	AGOTAMIENTO	DESPERSONALIZACIÓN	REALIZACION PERSONAL
ATENCIÓN	Vera (2007)		
			Duran (2004)
CLARIDAD	Vera (2007)		Extremera (2004) Vera (2007)
			Duran (2004)
REPARACIÓN	Extremera (2004)	Extremera (2004) Vera (2007)	Extremera (2004) Vera (2007)

Otros estudios que han utilizado el Modelo de Inteligencia Emocional de Bar-on también han encontrado relaciones entre IE y Burnout. En concreto, De Vito (2009) encontró una diferencia significativa entre la puntuación total Inteligencia Emocional y el factor Agotamiento y Realización Personal en una muestra de profesores. Hammet (2014) también ha hallado relación significativa entre la puntuación en IE según el modelo de Bar-On y el burnout.

HIPÓTESIS 7: El “optimismo de la pareja” mostrará ser un buen predictor negativo o inverso de su “nivel de sobrecarga”.

Se han encontrado una veintena de estudios que correlacionan ambas variables, aunque no específicamente sobre el cáncer pero sí en otras enfermedades como el Alzheimer o el ELA. Aunque el burnout de los cuidadores informales ha sido ampliamente estudiado, se pueden dividir los trabajos encontrados en aquellos que lo correlacionaban con estados de ánimo depresivos o ansiosos y aquellos estudios que trataban de apuntar factores relacionados con la Psicología Positiva pero fundamentalmente desde el ámbito de la resiliencia, sobre todo tras el fallecimiento del enfermo.

Atienza, Stephens y Townsend (2002) en un estudio con 292 mujeres cuidadoras principales de sus madres, que además desarrollaban otros roles (madres, esposas, trabajadoras), mostraron que a mayor nivel de Optimismo Disposicional se moderaban los efectos en los síntomas depresivos y satisfacción con la vida.

Hooker, Monahan, Shifren y Hutchinson (1992) encontraron una relación directa entre el optimismo de mujeres que se ocupaban de sus maridos enfermos de Alzheimer y su salud mental y física.

Pinquart y Duberstein (2005) evaluaron la relación del optimismo y el pesimismo con los síntomas depresivos en 138 cónyuges de pacientes con cáncer de pulmón. El pesimismo se relacionó con los niveles más altos de síntomas depresivos, no encontrándose ningún efecto principal de optimismo en los síntomas depresivos. Sin embargo, sí que apareció un efecto de interacción de optimismo con la etapa del cáncer, lo que indica una asociación negativa entre el optimismo y los síntomas depresivos en los cónyuges de pacientes con cáncer regional y avanzado (estadios III y IV).

Mock (2005) concluyó en su estudio con enfermos de ELA y sus parejas que, aunque el optimismo parece ser un importante recurso psicológico para los pacientes con ELA y sus cuidadores, las asociaciones entre el optimismo, la evaluación, la superación, y la depresión puede operar de manera diferente dependiendo de la naturaleza del factor estresante

HIPOTESIS 8: La calidad de la relación de pareja predecirá en sentido inverso su nivel de sobrecarga.

Goetzman, Scholz, Dux, Roellin, Boehler, Muellhaupt, Noll, Wüthrich y Klaghofer (2012) llevaron a cabo un estudio con pacientes trasplantados y sus parejas encontrando que los pacientes valoraban la calidad de la relación mejor que sus parejas, quienes presentaban altos niveles de burnout. Estos autores basaron su investigación en el concepto “Sentido de Coherencia” de

Antonovsky (1987) quien desarrolló el concepto a partir de un estudio realizado con mujeres que habían estado en campos de concentración y que mostraban una buena salud física y mental. Para el autor, el constructo de Sentido de Coherencia pretende dar respuesta a cómo la gente aborda el estrés en vez de insistir en el impacto negativo de los estresores. Se refiere a una disposición (orientación a la vida) para encarar la vida y sus problemas de manera que se hace más fácil su afrontamiento al ver el mundo como significativo, comprensible y manejable. Goetzman et al. (2012) hallaron una correlación positiva del Sentido de Coherencia de las parejas de pacientes trasplantados con su nivel de salud física y mental, al tiempo que existía una correlación negativa entre el Sentido de Coherencia y su nivel de burnout.

HIPÓTESIS 9: *La Inteligencia emocional del enfermo, estimada a través de los tres componentes de dicho constructo, mostrará ser un buen predictor (positivo) de la “calidad de la relación de pareja”*

HIPÓTESIS 10: *La Inteligencia emocional de la pareja, estimada a través de los tres componentes de dicho constructo, se mostrará como buen predictor (positivo) de la “calidad de la relación de pareja”*

Estas hipótesis se basan en los estudios de Extremera y Fernández-Berrocal (2004) donde se evidencia la relación entre puntuaciones elevadas en Inteligencia Emocional y la calidad de las relaciones interpersonales.

Malouff, Schutte y Thorsteinsson (2014) llevaron a cabo un metaanálisis con 603 estudios encontrando una asociación significativa ($r = 0,32$) entre la inteligencia emocional rasgo y la satisfacción de la relación.

Un estudio llevado a cabo por Arn (2014) encontró diferencias en función del modelo de IE que se utilizara, ya que los resultados obtenidos en IE desde el modelo de Bar-On sí obtuvieron correlaciones con las puntuaciones en calidad de la relación de pareja, pero no así las puntuaciones en IE obtenidas a través del MCEIT del modelo de Mayer y Salovey

Brackett, Warner y Bosco (2005) encontraron que puntuaciones bajas de ambos miembros de la pareja en IE sí que predecían un bajo ajuste marital, pero puntuaciones altas en IE de la pareja no podían relacionarse con una mejor calidad de la relación de pareja.

Vadnais (2005) encontró que existía una muy alta correlación positiva entre la inteligencia emocional de las parejas y la satisfacción marital ($r = +.49$, $p < 0,0001$), utilizando para este estudio el modelo de Bar-On.

HIPÓTESIS 11: *Existe una correlación positiva entre las puntuaciones en Inteligencia Emocional del enfermo de cáncer y de su pareja*

Esta hipótesis se basa en la relación bidireccional entre el estado emocional de los dos miembros de una pareja que ha sido demostrada en varias investigaciones (Benazon y Coyne, 2000; Stimpson, Peek y Markides, 2006; Teichman, Bar-El, Shor y Elizur, 2003). Estas investigaciones sugieren la presencia de un “contagio emocional” entre los miembros de una pareja.

Si bien es cierto que estas investigaciones se han llevado a cabo en el contexto de la salud mental (tomando como referencia puntuaciones en depresión o ansiedad y comprobando cómo la depresión de un miembro de la pareja puede afectar al otro miembro) parece evidente concluir que la gestión emocional de las emociones puede correlacionar en el marco de una relación afectiva. Evidencias en este sentido son las que encontraron autores como Peek, Stimpson, Townsed, y Markides (2006) quienes concluyeron, en su estudio con 553 parejas de origen hispano, que existe una asociación entre el bienestar emocional de uno de los cónyuges y el del otro miembro de la pareja.

HIPÓTESIS 12: *Existe una correlación positiva entre las puntuaciones en Optimismo del enfermo de cáncer y de su pareja*

Esta hipótesis está sustentada en las investigaciones de Marrero y Carballeira (2010), quienes encuentran que mientras las variables sociodemográficas (como el sexo o la edad) y las relacionadas con la salud no inciden en el nivel de optimismo de una persona, sí que encuentran que las personas optimistas están mejor ajustadas psicológicamente, muestran una mayor satisfacción con la vida en general y con la pareja en particular. Además, según estas mismas autoras, las personas más optimistas muestran una mayor satisfacción con la pareja. Al analizar la capacidad del optimismo y del apoyo social para predecir el bienestar subjetivo se encuentra que estos factores apenas predicen la satisfacción en áreas específicas pero sí predicen cerca de un 30% de la varianza de la satisfacción vital, un 20.2% del ajuste psicológico y alrededor de un 14% de la varianza de las emociones positivas y emociones negativas. Por lo tanto, consideramos que en aquellas parejas con relación duradera, las puntuaciones en optimismo deben ser similares, ya que les permitirá ajustarse psicológicamente de una forma positiva.

HIPÓTESIS 13: *Existe una correlación significativa y positiva entre las puntuaciones en Calidad de la relación de pareja.*

Una gran cantidad de las investigaciones que han utilizado instrumentos de ajuste diádico en parejas, establecen la posibilidad de considerar “parejas armónicas” aquellas en las que sus puntuaciones en este tipo de cuestionarios correlacionan, frente a las “parejas no armónicas” que

presentarían diferencias estadísticamente significativas. Los resultados de estas investigaciones demuestran que el EAD de Spanier (1976) utilizado en esta investigación es uno de los que permiten discriminar entre parejas armónicas y no armónicas.

La hipótesis 13 de este estudio se basa por tanto en anteriores trabajos como los de Pérez-Testor, Pérez-Testor, Salamero, Castillo y Davins (2008), Pérez, Pérez Testor, Salamero, Castillo, y Cabré (1996; 1997), Espina, Ortego, Ochoa de Alda y González (2003), Espina, Ochoa de Alda y Ortego (2003), Ochoa de Alda, Espina y Ortego (2006) y Prouty, Markowski y Barnes (2000).

HIPÓTESIS 14: *No existen diferencias entre hombres y mujeres enfermas de cáncer en los factores de Inteligencia Emocional.*

HIPÓTESIS 15: *No existen diferencias entre hombres y mujeres parejas de enfermos de cáncer en los factores de Inteligencia Emocional.*

Estudios anteriores sobre las diferencias de género en los factores comunes estudiados (inteligencia emocional, optimismo y calidad de la relación de pareja) no demuestran diferencias destacables en cuanto al género.

En concreto, en el factor “inteligencia emocional” todavía existe cierta controversia sobre la diferencia de sexo. Gartzia, Aritzeta, Balluerka y Barberá (2012) atribuyen la posible diferencia de las puntuaciones en IE de hombres y mujeres encontrada en algunos estudios al marco teórico de referencia y por lo tanto al instrumento de evaluación utilizado. De forma general, los estudios que utilizan instrumentos basados en el marco teórico de Mayer y Salovey sí encuentran estas diferencias mientras que las investigaciones que conceptualizan la IE como un conjunto de competencias emocionales, no se han encontrado diferencias significativas en cuanto al sexo en puntuaciones totales de IE (Bem, 1974; Tajfel y Turner, 1986). Esta diferencia en cuanto a las puntuaciones de hombres y mujeres en función del tipo de instrumento de medición que se utilice, también ha sido encontrada por Sánchez-Núñez, Fernández-Berrocal, Montañés y Latorre (2008) basándose en estudios de Brackett y Mayer (2003), Brackett, Rivers, Shiffman, Lerner y Salovey (2006), Lumley, Gustavson, Partridge, y Labouvie-Vief (2005) y Petrides y Furnham, (2000).

HIPÓTESIS 16: *No existen diferencias entre hombres y mujeres enfermas de cáncer en las puntuaciones de optimismo*

HIPÓTESIS 17: *No existen diferencias entre hombres y mujeres parejas enfermas de cáncer en las puntuaciones de optimismo*

En cuanto al factor “optimismo” las investigaciones analizadas tampoco demuestran diferencias significativas en cuanto a la variable sexo (Guillén, Pérez-Luzardo y Arnáiz, 2013; Vera-Villarroel et al., 2009; y Coll y Draves, 2008).

HIPÓTESIS 18: *No existen diferencias entre hombres y mujeres enfermas de cáncer en las Ajuste de la relación.*

HIPÓTESIS 19: *No existen diferencias entre hombres y mujeres enfermas de cáncer en las Ajuste de la relación.*

Las hipótesis de que no existirán diferencias de sexo en las puntuaciones sobre Ajuste Diádico se basan en algunas investigaciones como las llevadas a cabo por Gómez-Giraldo (2012) quien señala que aspectos socio-demográficos como la edad, el género, el nivel académico y el estrato socio-económico no se relacionan con las puntuaciones en escalas de ajuste de la relación ya que estas diferencias dependen más de aspectos psicológicos como las distorsiones cognitivas, filtraje, falacia de cambio, falacia de justicia y personalización.

HIPÓTESIS 20: *No existen diferentes entre hombres y mujeres enfermas de cáncer en calidad de vida*

Esta hipótesis se basa en los estudios de Vinaccia et al (2005) quienes encontraron que la variable sexo no ejercía una influencia significativa en ninguna de las dimensiones de calidad de vida evaluadas con el cuestionario QLQ-30.

Otros estudios como los de Agra (2003) sobre calidad de vida de enfermos de cáncer terminales atendidos en domicilios tampoco encuentran diferencias significativas en cuanto al sexo en la calidad de vida de los enfermos.

Como refieren Blasco e Inglés (1997), “no parece lógico que la adaptación a la enfermedad, concepto que remite a capacidades y recursos de afrontamiento pueda depender del sexo del paciente (...), sino más bien de la propia historia personal del individuo y de su entorno socio-familiar, aspectos éstos que evidentemente poco o nada tienen que ver con el sexo del individuo.” (p. 90).

HIPÓTESIS 21: *No existen diferencias entre hombres y mujeres parejas de enfermos de cáncer en sobrecarga emocional*

En cuanto al nivel de sobrecarga emocional en hombres y mujeres parejas de enfermos dependientes, los resultados de los estudios analizados sobre las diferencias de género en los cuidadores y cuidadoras de enfermos son controvertidos. En el informe sobre el efecto del cuidado de personas dependientes realizado por la Universidad de Deusto y la Diputación Foral de Vizcaya, encontró que las mujeres cuidadoras tendían a presentar una sobrecarga mayor que los hombres que cuidaban a sus familiares enfermos. Estos mismos resultados fueron encontrados por Song, Beigel y Milligan (1997) y por Chappell y Reid (2002) aunque con diferencias poco significativas.

Otros autores, como el propio Zarit (1986), atribuían las diferencias en la sobrecarga del cuidador a aspectos como la falta de tiempo para sí mismas, el hecho de no trabajar fuera de casa y la falta de relaciones con otros familiares o amigos de las personas cuidadoras eran más determinantes para el nivel de sobrecarga que aspectos sociodemográficos como el sexo o la edad.

Nuestra hipótesis de que no existirán diferencias de género en la sobrecarga de la pareja de los enfermos de cáncer se basa en estudios de revisión y meta-análisis llevados a cabo por Yee y Schulz (2000), Miller y Cafasso (1992), Pinquart y Sörensen (2006) y Vitaliano, Zhang y Scanlan (2003). Estos trabajos concluyen que a pesar de las grandes discrepancias entre los distintos estudios que buscan diferencias de género entre cuidadores, la inconsistencia de los resultados apunta a que no existen diferencias de sexo, y que aquellos estudios que sí que las han encontrado refieren un peso mayor en cuanto al rol social que la mujer ocupaba en el hogar sobre todo en los casos en los que la hija se encarga del cuidado de su padre o madre enferma, ya que en el caso de matrimonios, no se aprecia diferencias de sexo, al tener que asumir la pareja cuidadora (sea hombre o mujer) la carga de las tareas domésticas y familiares (Vitaliano et al., 1991; Tárraga y Cejudo, 2001; International Psychogeriatric Association, 2002).

Estudios más recientes como los de Pinquart y Sörense (2006) o Barreto (2015) tampoco aprecian diferencias significativas en la sobrecarga del cuidador en función de su sexo.

8 MÉTODO

8.1 MUESTRA

La población de este estudio han sido pacientes con cáncer y sus parejas que están siendo atendidos actualmente en los Hospitales públicos o privados con Unidad o Servicio de Oncología de la ciudad de Murcia. A través de un muestreo no probabilístico incidental se han seleccionado a 69 parejas. Las características sociodemográficas de la muestra se presentan en la TABLA 22 y TABLA 23.

Se ha decidido seguir como criterio de inclusión en el estudio a los pacientes y sus parejas, con cualquier tipo de cáncer, en cualquier fase y con independencia de los tratamientos recibidos, dada la enorme dificultad en encontrar a parejas que acudieran juntas a los servicios de oncología de los hospitales y que quisieran participar en el estudio. No obstante, la comparación entre los resultados de los pacientes con diversas circunstancias puede dar información importante sobre la relación entre las variables estudiadas. Por este motivo, también se han incluido a todas las personas que habían respondido a los cuestionarios de forma válida con independencia de las variables sociodemográficas que les caracterizaran.

Al mismo tiempo, se ha considerado “pareja” el hecho de la unión sentimental, con independencia del tipo de relación (pareja de hecho, matrimonio, etc.) que las unía.

De los 85 sobres recogidos, se han excluido 16 al no haber cumplimentado todos los cuestionarios.

Se ha contado con el consentimiento verbal expreso tanto del enfermo de cáncer como de su pareja para la realización de este estudio. Al no solicitar ningún aspecto que permitiera identificar a las personas que han participado, garantizando el procedimiento el tratamiento anónimo y confidencial de los datos, no ha sido necesario recoger el consentimiento por escrito. Se ha tenido especial cuidado en que los participantes tuvieran capacidad de decidir libre y voluntariamente su participación en el estudio, de que hayan recibido la información necesaria y la hayan comprendido.

La edad media de los enfermos es de $M = 60.2$, $DE = 12.41$ y la de las parejas de $M = 59.57$, $DE = 11.67$. En la TABLA 22 se observan estos índices por separado para enfermos y parejas y permite constatar cómo hay un mayor porcentaje de enfermos (32%) en el rango de más de 70 años, mientras que en el caso de las parejas, más de la mitad (54%) tienen menos de 59 años.

TABLA 22 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

VARIABLES	ENFERMO		PAREJA		
	N	%	N	%	
SEXO	MUJER	46	67%	23	33%
	HOMBRE	23	33%	46	67%
EDAD	MENOS DE 39 AÑOS	0	0%	0	0%
	ENTRE 40 Y 49 AÑOS	19	27%	19	27%
	ENTRE 50 Y 59 AÑOS	13	19%	19	27%
	ENTRE 60 Y 69 AÑOS	15	22%	13	22%
	MÁS DE 70 AÑOS	22	32%	16	24%
NIVEL DE ESTUDIOS	SIN ESTUDIOS	12	17%	8	12%
	ESTUDIOS PRIMARIOS	23	33%	24	35%
	ESTUDIOS SECUNDARIOS	13	19%	23	33%
	ESTUDIOS UNIVERSITARIOS	21	31%	14	20%
SITUACION LABORAL	BAJA POR ENFERMEDAD	14	20%	6	9%
	EXCEDENCIA	3	5%	0	0%
	DESEMPLEADO	7	10%	2	3%
	TRABAJADOR EN ACTIVO	10	15%	36	52%
	JUBILADO	32	46%	22	32%
	OTRAS SITUACIONES	3	4%	3	4%

TABLA 23 EDAD DEL ENFERMO Y DE LA PAREJA

	N	Mínimo	Máximo	Media	DT
EDAD ENFERMO	69	40	80	60,12	12,417
EDAD DE LA PAREJA	69	40	80	59,57	11,670

8.2 INSTRUMENTOS Y VARIABLES DE ESTUDIO

8.2.1 CUESTIONARIO DE RECOGIDA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

El cuestionario de datos sociodemográficos estaba dividido en dos apartados. Un primer apartado en el que la persona proporcionaba la siguiente información:

- Sexo (Hombre, Mujer)
- Edad
- Años de relación con su pareja
- Número de hijos
- Nivel de estudios:
 - o Sin estudios
 - o Estudios primarios (Graduado escolar, EGB, ESO)
 - o Estudios secundarios (BUP, COU, Bachillerato, FP1, FP2, Grado medio de FP)
 - o Estudios Universitarios (Diplomatura, Licenciatura, Grado Universitario, Grado Superior FP)
- Situación laboral
 - o De baja por enfermedad
 - o Excedencia
 - o Jubilado/a
 - o Trabajador/a en activo
 - o Desempleo
 - o Otro (especificar)
- Tipo de cáncer
 - o Cáncer de mama/Cáncer de Útero
 - o Cáncer de Colon y Recto
 - o Leucemia
 - o Cáncer de Riñón/Hígado
 - o Cáncer de Pulmón
 - o Linfoma
 - o Cáncer de Próstata
 - o Otro
- Tiempo transcurrido desde el diagnóstico:
 - o menos de 6 meses
 - o entre 6 meses y 1 año
 - o entre 1 y 3 años

- más de 3 años
- recaída
- Tiempo en tratamiento:
 - menos de 6 meses
 - entre 6 meses y 1 año
 - entre 1 y 3 años
 - más de 3 años
 - recaída
- Tipo de tratamiento recibido (En este caso se podían marcar varias opciones):
 - Quimioterapia
 - Radioterapia
 - Cirugía
 - Trasplante
 - Otros

El segundo apartado del cuestionario recogía información sobre la actividad física antes del diagnóstico y en la actualidad, la frecuencia, el tipo y la importancia que la persona da a la práctica de actividades físicas o deportivas:

- ¿Con qué frecuencia practicabas actividad física o deportiva **antes del diagnóstico?**
- ¿Con qué frecuencia practicas actividad física o deportiva **en la actualidad?**
- ¿Con quién realizas tu práctica deportiva?
- ¿Qué tipo de actividad física o deportiva practicas?
- ¿Qué importancia te merece la actividad física o deporte que practicas?

8.2.2 ESCALA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL AUTOINFORMADA (TMMS-24) DE FERNÁNDEZ-BERROCAL Y COLS., (2004)

Es una versión reducida adaptada al español por Fernández-Berrocal (2004) del Trait Meta-Mood Scale (TMMS-48) de Salovey y Mayer (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995). Es una medida de autoinforme de 24 ítems que evalúa las creencias individuales sobre las propias habilidades emocionales (Inteligencia Emocional Autoinformada: IEA) mediante los tres factores que la incluyen (con 8 ítems cada una de ellas):

- **Atención Emocional:** grado en el que las personas tendemos a observar y prestar atención a nuestros sentimientos y emociones.

- **Claridad Emocional:** grado en el que las personas creen comprender e identificar los estados emocionales propios.
- **Reparación Emocional:** grado en el que el sujeto cree poder regular sus estados emocionales negativos y prolongar los positivos.

Las respuestas se codifican sobre una escala tipo Likert con puntuaciones desde 1 hasta 5 (1= Totalmente en desacuerdo, 5= Totalmente de acuerdo). El rango de puntuaciones está entre 8 y 40 para cada subescala, y los puntos de corte estandarizados de cada subescala son diferentes para cada género.

TMMS-24 presenta unas propiedades psicométricas muy parecidas a la versión extensa original inglesa con una fiabilidad test-retest adecuada para los 3 factores. Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004) encontraron una alta fiabilidad para los tres factores: el Alfa de Cronbach para Atención es de .90, para Claridad .90 y para Reparación .86.

Se ha optado por elegir esta escala por varios motivos:

1. Se quiere enmarcar esta investigación en el modelo de IE propuesto por Mayer y Salovey.
2. El TMMS-24 al ser una escala de autoinforme es más fácil de administrar que las pruebas de habilidad.
3. Su tiempo de ejecución es muy breve.
4. Es la escala de medición de IE que aporta una mayor fiabilidad y validez estadística y es la más utilizada en la literatura científica tal y como apuntan Fernández Berrocal y Extremera (2006).

La puntuación que puede obtenerse en el instrumento utilizado (TMMS-24) se sitúa entre “0” y “40” para cada uno de los tres factores que integran el constructo “Inteligencia Emocional” (Atención, Claridad y Reparación) ya que TMMS-24 no permite obtener una puntuación total en Inteligencia Emocional.

8.2.3 TEST DE OPTIMISMO: LIFE ORIENTATION TEST

Para la valoración del optimismo disposicional, entendido como predisposición generalizada hacia las expectativas de resultados positivos, se ha utilizado el cuestionario de Orientación Vital Revisado (LOT-R) de Scheier, Carver y Bridges (1994) en la versión española de Otero, Luengo, Romero, Gómez-Fraguela y Castro (1998).

El cuestionario consta de 6 ítems más 4 de relleno. De los 6 ítems de contenido, 3 están redactados en sentido positivo (dirección optimismo) y 3 en sentido negativo (dirección pesimismo). De esta manera, podemos contar con puntuaciones en dos factores (optimismo versus pesimismo) o en el caso de revertir los ítems redactados en sentido negativo y se obtiene una puntuación total orientada hacia el polo de optimismo como factor unidimensional.

En estos ítems se pregunta a los sujetos que indiquen el grado de acuerdo o desacuerdo usando una escala tipo Likert de 5 puntos, desde 0 (muy en desacuerdo) hasta 4 (muy de acuerdo).

Tal y como apuntan Ortín, De la Vega y Gosálvez (2013), el instrumento admite dos posibles correcciones. En primer lugar, se puede analizar cada factor de manera independiente (optimismo y pesimismo) y, en segundo lugar, se puede medir el nivel de optimismo al revertir los ítems redactados en sentido negativo. Aunque en la literatura científica se han utilizado ambas formas de corrección, diferentes trabajos factoriales apoyan la obtención de los dos factores (Mroczek, Spiro, Aldwin, Ozer y Bosse, 1993; Myers y Steed, 1999) por lo que nos hemos decantado por esta opción. LOT-R ofrece tres ítems para el cálculo de cada uno de los dos factores (optimismo y pesimismo) que son puntuados con una valoración entre 0 y 4, por lo que la puntuación mayor en cada uno de los dos factores es de 12 puntos. A partir de 6 se considera optimismo o pesimismo.

Como señala Anadon (2006) los estudios realizados señalan una consistencia interna (α de Cronbach) que oscila entre .74 (Schou, Ekeberg, Ruland, Sandvik y Karesen, 2004) y .78 (Scheier, Carver y Bridges, 1994). Así mismo, otros autores confirman una adecuada validez del cuestionario al correlacionar positivamente con los informes de afecto positivo y negativamente con el rasgo de neuroticismo (N-EPQR), estrés percibido (PSS) y afecto negativo (Ferrando, Chico y Tous, 2002).

Este test ha sido elegido, entre otras cuestiones, por la rapidez a la hora de la administración. El hecho de tener pocos ítems aseguraba que el tiempo de cumplimentación de todos los cuestionarios por parte de los sujetos participantes no fuera demasiado extenso, evitando de este modo el agotamiento que podría causar el cumplimentar un cuestionario más extenso de optimismo, teniendo en cuenta que ya se contaba con otros tres cuestionarios más.

8.2.4 ESCALA DE AJUSTE DIÁDICO (EAD-13) VERSIÓN BREVE (SPANIER, 1976)

Para evaluar la calidad de la relación de pareja se ha utilizado la versión abreviada de la Escala de Ajuste Diádico desarrollado por Spanier en 1976 y adaptada en España por Santos-Iglesias, Vallejo-Medina y Sierra (2009). Esta versión reducida la componen 13 ítems que ofrecen una puntuación global en ajuste diádico y en tres subescalas:

- Consenso,
- Satisfacción
- Cohesión.

Se responde sobre una escala tipo Likert de cinco y seis opciones de respuesta.

De estos 13 ítems que conforman la escala, 11 se valoran de 0 a 5 puntos y dos ítems se valoran de 0 a 4. La puntuación máxima es de 63. A mayor puntuación mejor AJUSTE (mejor calidad de la relación de pareja).

Se informa de una adecuada fiabilidad de consistencia interna para la escala global ($\alpha = .83$) e igual a .73, .70 y .63 para las tres subescalas respectivamente (Santos-Iglesias, Vallejo-Medina y Sierra, 2009).

La Escala de Ajuste Diádico (EAD; Spanier, 1976) ha sido el instrumento más utilizado en la evaluación de la calidad y el ajuste de la pareja. Como prueba de ello Spanier (1985) señala que en la década que siguió a su creación fue empleada en más de 1.000 estudios.

Santos-Iglesias, Vallejo-Medina y Sierra (2009) informan de una fiabilidad para la escala global elevada (alfa de Cronbach = 0,92) y .74, .70 y .61 en las tres subescalas, respectivamente. En cuanto a la validez, se encuentran correlaciones de signo positivo entre la EAD-13 y la escala Aserción del ASPA y de signo negativo con Agresión, Sumisión y Agresión pasiva.

8.2.5 ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT (1983)

El Zarit Burden Inventory, conocido en nuestro medio como cuestionario de Zarit (aunque tiene diversas denominaciones tanto en inglés como en español), es un instrumento que cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas dependientes. Aunque no es el único que se ha empleado para cuantificar el grado de sobrecarga sí es el más utilizado y se dispone

de versiones validadas en inglés, francés, alemán, sueco, danés, portugués, español, chino, japonés, etc. (Álvarez, González y Muñoz, 2008).

La adaptación de la "Caregiver Burden Interview" (CBI) de Zarit a la población española (Martín, Salvadó, Nadal, Miji, Rico, Lanz y Taussig, 1996) fue aplicada a 92 cuidadores de pacientes ancianos con trastornos psiquiátricos según el DSM-III-R atendidos en un centro de día psicogeriátrico. Los resultados arrojan buenos valores de fiabilidad y consistencia interna de la escala. El análisis factorial reveló la existencia de tres factores que explican el 53,8% de la varianza: sobrecarga, rechazo y competencia. La escala arrojó una consistencia interna satisfactoria, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.91. Finalmente, el análisis de validez del constructo mostró una fuerte correlación de la sobrecarga del cuidador con su estado de salud mental medido con el GHQ y con la presencia de trastornos de comportamiento en el paciente.

El cuestionario consta de 22 ítems que se valoran de 1 a 5, por lo que la puntuación máxima sería de 110 puntos. Una puntuación menor a 47 supondría que no existe sobrecarga y una puntuación mayor de 56 que la sobrecarga es intensa.

8.2.6 CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA PARA CÁNCER (QLQ-C30) DE LA EORT (EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER). AARONSON Y COLS. (1993) Y SPRANGERS, CULL, BJORDAL, GROENVOLD, Y AARONSON (1993)

El grupo de EORTC Quality of Life Study ha desarrollado un cuestionario para evaluar la calidad de vida en ensayos clínicos internacionales: El QLQ-C30. Este instrumento consta de 30 ítems distribuidos en cinco escalas funcionales (funcionamiento físico; rol; funcionamiento social; funcionamiento emocional y funcionamiento cognitivo), y tres escalas de síntomas (fatiga, dolor y náuseas-vómitos). Igualmente, el cuestionario incorpora una escala global de salud/calidad de vida y algunos ítems individuales que evalúan distintos síntomas de la enfermedad y/o del tratamiento (disnea, insomnio, pérdida de apetito, estreñimiento, diarrea) así como otros elementos relacionados con el proceso de la enfermedad como es el impacto financiero. Las preguntas se refieren a un periodo de tiempo de una semana y se emplea un formato de respuesta tipo Likert.

El cuestionario ofrece unos índices de fiabilidad y validez satisfactorios. Se ha mostrado su validez en estudios de pacientes con cáncer de mama, próstata, cabeza y cuello, los cuales concluyen que el EORTC QLQ-C30 (versión 3.0) es un cuestionario fiable y válido. La tercera versión del QLQ-C30 (3.0) ha sido traducido y validado para su uso en nuestro país a través del Hospital de Navarra (Arraras, Greimel, Sezar, Chie, Bergenmar, Costantini, Young, Vlastic y Velikova, 2010).

De los 30 ítems de los que consta la prueba, los 28 primeros se puntúan de 1 a 4 (a mayor puntuación peor calidad de vida). En este caso la puntuación máxima es de 112. Siguiendo las indicaciones de la mayor parte de los estudios que en España utilizan el EORTC, para averiguar las puntuaciones en calidad de vida de nuestra muestra se han invertido las puntuaciones dadas en esos ítems con el objetivo de obtener una mayor calidad de vida cuanto mayor sea la puntuación en estos test. Los dos últimos se puntúan de 1 a 7.

8.3 PROCEDIMIENTO

Para la recogida de la información se elaboraron dos dossier, uno para el enfermo de cáncer y otro para su pareja.

El dossier para el enfermo de cáncer incluía, por este orden:

- Cuestionario de Datos Sociodemográficos
- TMMS-24
- LOT-R
- Cuestionario de calidad de la relación de pareja
- Cuestionario de calidad de vida

El dossier para la pareja incluía:

- Cuestionario de Datos Sociodemográficos
- TMMS-24
- LOT-R
- Cuestionario de calidad de la relación de pareja
- Cuestionario de sobrecarga del cuidador

Ambos dossiers estaban introducidos en unos sobres, previamente numerados con números correlativos, de tal forma que permitiera recoger en un mismo sobre los cuestionarios del enfermo y de su pareja con la finalidad de poder realizar posteriormente los análisis estadísticos correspondientes entre las puntuaciones del enfermo de cáncer y su pareja.

Posteriormente se solicitaron los permisos oportunos a las Unidades de Investigación y/o Unidades de Oncología de los diferentes Hospitales que han participado en el estudio. Tras la aceptación de la investigación, se mantuvieron reuniones con los equipos médicos con el objetivo de explicarles todos los detalles de la investigación y solicitar su colaboración. En esta reunión se entregó una copia del Proyecto de Investigación.

Una vez concedidos los permisos pertinentes se acudió a los servicios o unidades de Oncología de los diferentes hospitales participantes en el estudio. Tras la explicación primero por parte del oncólogo a los pacientes del estudio y una vez que el paciente y la pareja aceptaban hablar con la investigadora, se mantenía una reunión con el paciente y la pareja para explicarles los objetivos del estudio, los cuestionarios que tenían que rellenar y otros aspectos relevantes de la investigación. Al mismo tiempo se informaba de la absoluta confidencialidad y anonimato en las respuestas y se solicitaba el consentimiento expreso verbal en la participación del estudio. Las parejas que aceptaban participar leían los cuestionarios con el fin de comprobar que entendían todas las preguntas. En algunas ocasiones las parejas solicitaban cumplimentar los cuestionarios en casa y traerlos en la próxima cita, aunque la mayor parte de los participantes cumplimentaron los cuestionarios en ese momento.

9 TIPO DE DISEÑO

Para el desarrollo de esta investigación se ha seguido un diseño asociativo transversal, de carácter no experimental, que incorpora investigaciones de tipo comparativo e investigaciones de tipo correlacional.

Para analizar estadísticamente los datos recabados se han utilizado análisis de frecuencias, tablas de contingencia y estadísticos básicos para la descripción de las variables.

Para el análisis de los estudios comparativos se ha utilizado la prueba t de Student (cuando se trataba de dos grupos) y el análisis de varianza (ANOVA) cuando eran más de dos. En todos los casos se ha verificado el supuesto de homogeneidad de varianzas mediante la prueba de Levene.

Para el análisis de los estudios correlacionales se ha utilizado el coeficiente de correlación de Pearson. En el caso de estudios productivos en análisis de regresión múltiple.

En todos los casos se ha utilizado un criterio de significación estadística del 95% ($p < .05$).

Todos los análisis estadísticos se han realizado con SPSS v.19.

10 RESULTADOS

10.1 INTRODUCCIÓN

Tras el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas de la muestra se ha ejecutado un análisis descriptivo univariado de las dimensiones objeto de estudio.

Para la comprobación de las hipótesis de la 1 a 10 se han realizado una serie de análisis de regresión lineal, simples y múltiples. Para la comprobación de las hipótesis 11 a 13 se realizaron análisis correlacionales mediante el Coeficiente de Correlación de Pearson entre las puntuaciones obtenidas a partir de las pruebas que se han administrado de manera conjunta tanto al enfermo de cáncer como a su pareja (Inteligencia Emocional, optimismo y pesimismo y calidad de relación de pareja (AJUSTE).

La comprobación de las últimas hipótesis planteadas (de la hipótesis 14 a la 21) se ha realizado una serie de comparaciones para grupos independientes mediante la prueba t de Student con el objetivo de comprobar si existían diferencias en las puntuaciones de las variables comentadas en función del sexo.

10.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA

10.2.1 NIVEL DE ESTUDIOS Y SITUACION LABORAL

En el nivel de estudios los mayores porcentajes se acumulan en el nivel de Estudios Primarios, tanto en enfermos como en sus parejas (33% y 35% respectivamente). Sin embargo también se ha de considerar un número importante de enfermos que cuentan con estudios superiores (31%), porcentaje mayor que en el caso de las parejas dónde únicamente un 20% tienen este nivel de estudios (Gráfico 5).

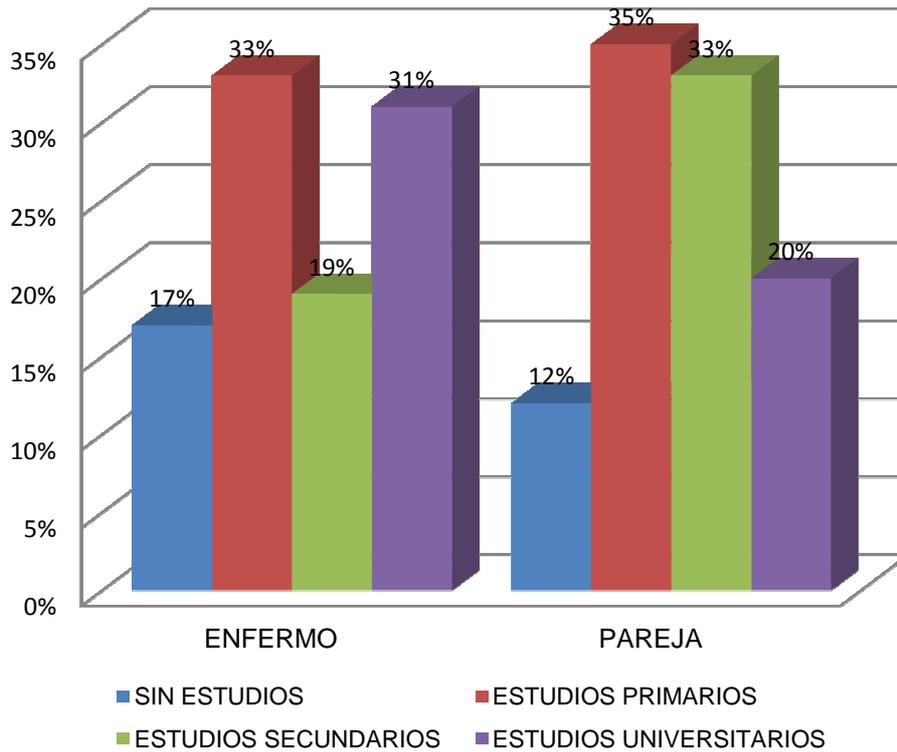
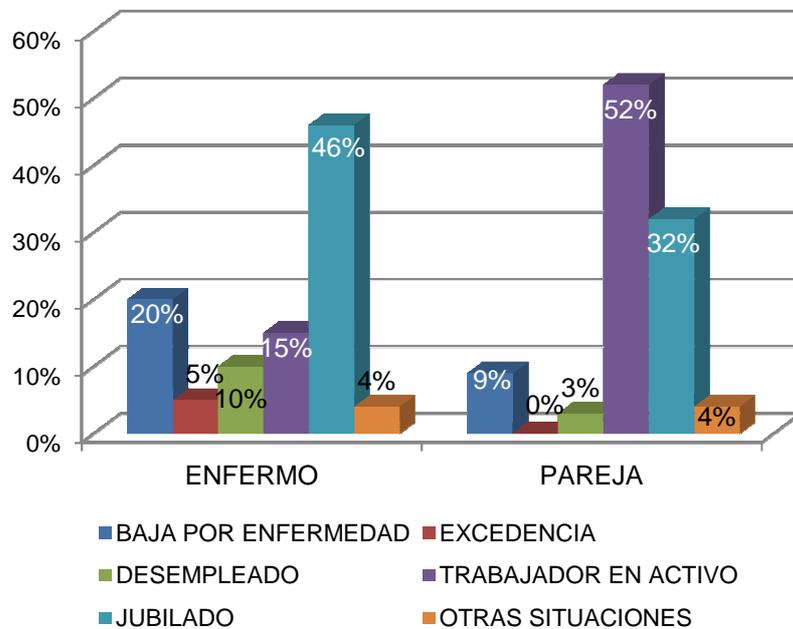


GRÁFICO 5 DISTRIBUCIÓN DEL PORCENTAJE POR NIVEL DE ESTUDIOS

En cuanto a la situación laboral (GRÁFICO 6) comprobamos cómo la mayor parte de los enfermos está jubilado (46%), mientras que en el caso de las parejas el mayor porcentaje lo encontramos en situación laboral de empleo activo (52%).

GRÁFICO 6 DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE POR SITUACIÓN LABORAL



10.2.2 VARIABLES RELACIONADAS CON LA ENFERMEDAD

En cuanto a las variables relacionadas con la enfermedad se ha recogido el tipo de cáncer, el tipo de tratamiento recibido y el tiempo tanto desde el diagnóstico como el tiempo que se está en tratamiento (Ve Tabla 24). Se comprueba cómo el tipo de cáncer más frecuente en la muestra es el cáncer de mama o útero (42%). Este dato se relacionan con la mayor presencia de mujeres enfermas en la muestra recogida que como comentábamos anteriormente era de un 67% frente al 33% de hombres enfermos.

En cuanto al tiempo tanto desde el diagnóstico como desde el inicio del tratamiento (Tabla 5) en ambos casos el mayor porcentaje de tiempo se sitúa entre 6 meses y 1 año.

Por último, el tipo de tratamiento más frecuente ha sido quimioterapia y cirugía lo cual está relacionado con el tipo de cáncer más frecuente (mama) ya que este tipo de patologías suelen requerir una intervención quirúrgica.

TABLA 24 VARIABLES RELACIONADAS CON LA ENFERMEDAD

VARIABLES		N	%
TIPO DE CÁNCER	MAMA/UTERO	29	42%
	COLON	20	29%
	PULMON	14	20%
	MELANOMA	2	3%
	OTROS	4	6%
TIEMPO DESDE EL DIAGNÓSTICO	MENOS DE 6 MESES	13	19%
	DE 6 MESES A 1 AÑO	36	52%
	MÁS DE 1 AÑO	14	20%
	RECAÍDA	6	9%
TIEMPO EN TRATAMIENTO	MENOS DE 6 MESES	10	14%
	DE 6 MESES A 1 AÑO	42	61%
	MÁS DE 1 AÑO	11	16%
	RECAÍDA	6	9%
TIPO DE TRATAMIENTO	QUIMIOTERAPIA	16	23%
	CIRUJÍA	2	3%
	QUIMIO Y RADIO	9	13%
	QUIMIO Y CIRUJÍA	25	36%
	RADIO Y CIRUJÍA	3	5%
	QUIMIO, RADIO Y CIRUJIA	14	20%

10.2.3 TIEMPO DE RELACIÓN Y NÚMERO DE HIJOS

La media del tiempo de relación se sitúa en $M=34$ años, $DE=12.78$ (Ver Tabla 25). En la TABLA 26 se determina el número de personas de la muestra (N) y la distribución porcentual del tiempo de relación. Se puede comprobar cómo el porcentaje mayor de casos se sitúa en el rango de entre 40 y 49 años de relación (un 33%). En cuanto al número de hijos, la media es de dos hijos ($M=2.28$, $DE=1.02$) (Ver TABLA 26).

TABLA 25 TIEMPO DE RELACIÓN Y NÚMERO DE HIJOS

	N	Mínimo	Máximo	Media	DT
TIEMPO DE RELACIÓN	69	3	62	34,38	12,784
NUMERO DE HIJOS	69	0	4	2,28	1,027

TABLA 26 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS COMPARTIDAS ENTRE EL ENFERMO Y SU PAREJA

VARIABLES		N	%
Nº DE HIJOS	0 HIJOS	12	17%
	1 HIJO	30	44%
	2 HIJOS	21	30%
	3 O MÁS HIJOS	6	9%
TIEMPO DE RELACION	MENOS DE 9 AÑOS	2	3%
	DE 10 A 19 AÑOS	8	12%
	DE 20 A 29 AÑOS	13	19%
	DE 30 A 39 AÑOS	17	24%
	DE 40 A 49 AÑOS	23	33%
	MÁS DE 50 AÑOS	6	9%

10.2.4 DIMENSIONES OBJETO DE ESTUDIO

A continuación se realiza un análisis a nivel descriptivo univariado de las dimensiones objeto de estudio. En primer lugar, se analiza de forma comparativa los resultados obtenidos tanto por los enfermos de cáncer como por sus parejas en los cuestionarios comunes que han cumplimentado (TMMS-24, LOT-R y EAD) para después llevar a cabo el análisis descriptivo de los cuestionarios específicos para cada uno de los dos grupos (ZARIT en el caso de las parejas y EORTC para los enfermos).

Como se observa en la TABLA 27, los promedios alcanzados han sido similares en los tres factores, tanto en el enfermo como en la pareja (N=69). En concreto, la puntuación promedio más alta obtenida tanto en el enfermo como en la pareja ha sido en la dimensión “Reparación” (21 y 19, respectivamente). En los enfermos se ha obtenido la puntuación máxima de 40 en las tres dimensiones, mientras que en el caso de las parejas, solo se ha conseguido en el factor “Claridad”.

En cuanto a la dispersión, la dimensión más heterogénea (donde los sujetos “enfermos” se han mostrado más dispersos en sus puntuaciones) ha sido “Atención” (DT =7.45). Las puntuaciones más homogéneas para este grupo las encontramos en “Claridad” (DT = 5.33). En cuanto a las parejas, la dimensión donde ha existido mayor dispersión ha sido “Claridad” (DT = 6.26) mientras la mayor homogeneidad la ha presentado “Reparación” (DT = 5.24).

TABLA 27 ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS TMMS-24

		Mín	Máx	Media	DT.
	R_ATENCION_E_TMMS	8	40	25,41	7,447
ENFERMOS	R_CLARIDAD_E_TMMS	18	40	29,12	5,329
	R_REPARACION_E_TMMS	21	40	30,06	6,078
	R_ATENCION_P_TMMS	14	36	26,28	5,538
PAREJAS	R_CLARIDAD_P_TMMS	16	40	29,12	6,260
	R_REPARACION_P_TMMS	19	38	28,06	5,244

En cuanto a los resultados en el instrumento EAD sobre el ajuste en la calidad de la relación, comprobamos como los estadísticos básicos en las cuatro dimensiones han sido muy similares tanto para los enfermos como para las parejas (Ver TABLA 28). Como se comentó en el apartado “Instrumentos y Variables de estudio” este cuestionario está compuesto por 13 ítems: 11 se valoran de 0 a 5 y dos de 0 a 4, por lo que la puntuación máxima es de 63, reflejando a mayor puntuación un mejor ajuste de la relación de pareja.

En la variable “Cohesión”, sin embargo, la puntuación mínima ha sido el doble en las parejas (12) que en los enfermos (6), aunque la máxima ha sido la misma (27). La variabilidad ha sido superior para los enfermos que para las parejas (DT = 4.73 frente a 3.87, respectivamente).

TABLA 28 ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS EAD ENFERMOS

		Mín	Máx	Media	DT.
ENFERMO	R_CONSENSO_E_EAD	5	30	24,04	4,897
	R_SATISFACCIÓN_E_EAD	4	11	5,68	1,711
	R_COHESION_E_EAD	6	27	21,00	4,725
	R_AJUSTE_E	32	61	50,72	6,821
PAREJA	R_CONSENSO_P_EAD	5	29	24,28	4,051
	R_SATISFACCION_P_EAD	4	10	5,93	1,527
	R_COHESION_P_EAD	12	27	21,61	3,870
	R_AJUSTE_P	33	61	51,81	5,117

En los resultados obtenidos en el cuestionario LOT-R, respecto a las variables “Optimismo” y “Pesimismo”, los estadísticos básicos considerados también han sido muy similares en “Enfermos” y en las “Parejas” por otra (ver TABLA 29), encontrándose una mayor variabilidad en los resultados de optimismo de las parejas (DT=2.78).

TABLA 29 ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS LOT-R ENFERMOS

		Mín	Máx	Media	DT.
ENFERMOS	R_OPTIMISMO_E	3	11	6,00	2,419
	R_PESIMISMO_E	4	12	8,29	2,383
PAREJAS	R_OPTIMISMO_P_LOTR	3	11	5,78	2,781
	R_PESIMISMO_P_LOTR	3	12	8,04	2,165

El cuestionario sobre Calidad de Vida que fue administrado a los enfermos (EORTC) consta de 30 ítems. La puntuación total que puede obtenerse es de 112 puntos que expresarían una peor calidad de vida. Podemos comprobar en la TABLA 30 cómo la puntuación máxima obtenida ha sido de 95, con una variabilidad de los datos significativa (DT=15.33).

TABLA 30 ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS EORTC ENFERMOS

	Mínimo	Máximo	Media	DT
R_CALIDAD_VIDA_E	44	95	66,03	15,337

El cuestionario Zarit de sobrecarga del cuidador recoge 22 ítems que son valorados de 0 a 4, por lo que las puntuaciones se sitúan entre 0 y 88, existiendo mayor sobrecarga cuanto mayor sea la puntuación obtenida. Como podemos ver en la

TABLA 31 ni la media de las puntuaciones obtenidas por las parejas de los enfermos de cáncer (M=15.28, DT = 10-117), ni la puntuación máxima obtenida (MAX=42) se encontraría en un rango de “no sobrecarga”.

TABLA 31 ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS ZARIT PAREJAS

	Mínimo	Máximo	Media	DT
R_SOBRECARGA_P	0	42	15,28	10,117

10.3 ANÁLISIS DE LAS HIPÓTESIS

Con el fin de poder realizar un análisis más exhaustivo se han ordenado las hipótesis en función de la variable dependiente, de tal manera que en las primeras cinco hipótesis analizaremos determinados factores que pueden predecir la calidad de vida del enfermo. Las siguientes tres hipótesis muestran la sobrecarga de la pareja como variable dependiente, siendo los posibles predictores su nivel puntuación en los tres factores de Inteligencia Emocional, su optimismo y su percepción sobre la calidad de la relación de pareja. Hemos añadido dos hipótesis más con el fin de comprobar si la inteligencia emocional (tanto del enfermo como de la pareja) predicen el ajuste de la relación de pareja (Ver TABLA 32).

TABLA 32 RESUMEN DE HIPÓTESIS

HIPÓTESIS	VARIABLE PREDICTORA	VARIABLE DEPENDIENTE
H1	IE ENFERMO	CALIDAD DE VIDA
H2	IE PAREJA	CALIDAD DE VIDA
H3	OPTIMISMO ENFERMO	CALIDAD DE VIDA
H4	AJUSTE ENFERMO	CALIDAD DE VIDA
H5	CALIDAD DE VIDA	SOBRECARGA
H6	IE PAREJA	SOBRECARGA
H7	OPTIMISMO PAREJA	SOBRECARGA
H8	AJUSTE PAREJA	SOBRECARGA
H9	IE ENFERMO	AJUSTE
H10	IE PAREJA	AJUSTE

Además de estas hipótesis se han establecido otras relacionadas con las correlaciones entre las puntuaciones de los enfermos de cáncer y sus parejas en los factores comunes estudiados (inteligencia emocional (H11), optimismo (H12) y ajuste de la relación (H13), así como hipótesis sobre la correlación en las puntuaciones de hombres y mujeres enfermos de cáncer y en las parejas en todos los factores estudiados (H14, H15, H16, H17, H18, H19, H20, H21).

HIPÓTESIS 1: Los tres factores de Inteligencia Emocional (Atención, Claridad y Reparación) del enfermo de cáncer se mostrarán como predictores significativos de su calidad de vida.

La correlación al cuadrado (coeficiente de determinación múltiple al cuadrado, R²) es de .292 (.259 corregida) lo cual indica un 25.9% en términos de porcentaje de varianza explicada de los tres predictores del criterio (TABLA 33): “Reparación”, “Atención” y “Claridad”.

TABLA 33 MODELO DE REGRESIÓN HIPÓTESIS 1

R	R cuadrado	R cuadrado corregida
,540	,292	,259

NOTA: Variables predictoras: (Constante), R_REPARACION_E_TMMS, R_ATENCION_E_TMMS, R_CLARIDAD_E_TMMS

El análisis de varianza asociado al modelo de regresión proporciona un valor a través del estadístico F que señala que el porcentaje de varianza que los tres predictores de la IE (Atención, Claridad y Reparación) explican de la “calidad de vida del enfermo” (25.9%) es estadísticamente significativo (F(3,65) = 8.924, p < .001) (TABLA 34).

TABLA 34 ANALISIS DE VARIANZA DE LOS FACTORES DE IE SOBRE CALIDAD DE VIDA DEL ENFERMO

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	5959,497	3	1986,499	8,924	,000
Residual	14469,575	65	222,609		
Total	20429,072	68			

NOTA: Variable dependiente: R_CALIDAD_VIDA_E/ Variables predictoras: (Constante), R_REPARACION_E_TMMS, R_ATENCION_E_TMMS, R_CLARIDAD_E_TMMS

Por último, en la TABLA 35, se comprueba que los coeficientes beta (β) del modelo muestran un valor que en los tres casos alcanzan la significación estadística estimada a través del estadístico t de Student ($\beta = -.476$, $t = -4.376$, $p < .001$, para Atención; $\beta = .457$, $t = 3.553$, $p = .001$, para Claridad y, por último, $\beta = -.272$, $t = -2.175$, $p = .033$, para Reparación). Como se observa en el caso de “Atención” y “Reparación” la predicción es negativa (cuanto mayor es la puntuación en estas dimensiones, menor es la calidad de vida del sujeto), mientras que para la dimensión de la IE “Claridad” es positiva o directa (a mayor “Claridad” por parte del enfermo, mayor “calidad de vida”).

La hipótesis se cumple pero parcialmente, respecto a la dimensión “Claridad” de la IE (sentido positivo).

TABLA 35 COEFICIENTES DEL MODELO DE REGRESIÓN DE LOS TRES FACTORES DE IE SOBRE LA CALIDAD DE VIDA

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	p
	B	Error típ.	β		
(Constante)	90,286	11,446		7,888	,000
R_ATENCION_E_TMMS	-1,107	,253	-,476	-4,376	,000
R_CLARIDAD_E_TMMS	1,487	,419	,457	3,553	,001
R_REPARACION_E_TMMS	-,776	,357	-,272	-2,175	,033

NOTA: Variable dependiente: R_CALIDAD_VIDA_E

HIPÓTESIS 2: Los tres factores de Inteligencia Emocional (Atención, Claridad y Reparación) de de la pareja podrán predecir la “calidad de vida” del enfermo de cáncer.

TABLA 36 MODELO DE REGRESIÓN HIPÓTESIS 2

R	R cuadrado	R cuadrado corregida
,127	,016	-,029

NOTA: Variables predictoras: (Constante), R_REPARACION_P_TMMS, R_ATENCION_P_TMMS, R_CLARIDAD_P_TMMS

El coeficiente de determinación múltiple al cuadrado (R^2) resulta muy escaso (.016) que, en el caso de considerarlo corregido, aporta un valor absurdo matemáticamente (TABLA 36).

TABLA 37 ANALISIS DE VARIANZA DE LOS FACTORES DE IE SOBRE CALIDAD DE VIDA DEL ENFERMO

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Regresión	328,497	3	109,499	,354	,786
Residual	20100,575	65	309,240		
Total	20429,072	68			

NOTA: Variable dependiente: R_CALIDAD_VIDA_E/ Variables predictoras: (Constante), R_REPARACION_P_TMMS, R_ATENCION_P_TMMS, R_CLARIDAD_P_TMMS

En la misma línea de los resultados comentados para la tabla del “resumen del modelo”, el análisis de varianza (TABLA 37) asociado al modelo de regresión proporciona un valor que señala que el porcentaje de varianza explicado por los tres predictores integrantes de la IE en conjunto no es significativo ($F(3,65) = 0.354$, $p = .786$).

TABLA 38 COEFICIENTES DEL MODELO DE REGRESION DE LOS TRES FACTORES DE IE SOBRE LA CALIDAD DE VIDA

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	p
	B	Error típ.	β		
(Constante)	87,367	14,343		6,091	,000
R_ATENCION_P_TMMS	,255	,478	,082	,534	,596
R_CLARIDAD_P_TMMS	-,425	,594	-,153	-,715	,477
R_REPARACION_P_TMMS	,015	,613	,004	,024	,981

NOTA: Variable dependiente: R_CALIDAD_VIDA_E

Por último, se comprueba en la TABLA 38 que los tres coeficientes beta (β , ver tabla de “coeficientes”) muestran un valor que en ningún caso alcanza la significación estadística ($\beta = .082$, $t = .534$, $p = .596$, para Atención; $\beta = -.153$, $t = -.715$, $p = .477$, para Claridad y, por último, $\beta = .004$, $t = 0.024$, $p = .981$, para Reparación).

Ninguno de los tres predictores que integra el constructo Inteligencia Emocional en la pareja es capaz de predecir la calidad de vida del enfermo de cáncer. La hipótesis establecida no se cumple.

HIPÓTESIS 3: El optimismo de la pareja se mostrará como un buen predictor de la Calidad de Vida del enfermo de cáncer.

TABLA 39 MODELO DE REGRESIÓN HIPÓTESIS 3

R	R cuadrado	R cuadrado corregida
,163	,027	,012

NOTA: Variables predictoras: (Constante), R_OPTIMISMO_P_LOTR

El coeficiente de determinación (correlación al cuadrado) nuevamente es muy escaso (.027). Respecto a la R² proporciona un valor de .012 por lo que el porcentaje de varianza explicada es apenas un 1% (Tabla 39).

TABLA 40 ANALISIS DE VARIANZA DEL OPTIMISMO DE LA PAREJA SOBRE CALIDAD DE VIDA DEL ENFERMO

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Regresión	545,618	1	545,618	1,839	,180
Residual	19883,454	67	296,768		
Total	20429,072	68			

NOTA: Variable dependiente: R_CALIDAD_VIDA_E/ Variables predictoras: (Constante), R_OPTIMISMO_P_LOTR

Los resultados del ANOVA asociado al modelo de regresión apuntan en el mismo sentido de los comentados previamente para la tabla del “resumen del modelo” ($F(1,67) = 1.839$, $p = .180$) indicando un valor según el cual el porcentaje de varianza que el “Optimismo” explica de la “Calidad de vida” del enfermo no es significativo (TABLA 40).

TABLA 41 COEFICIENTES DEL MODELO DE REGRESION DEL OPTIMISMO DE LA PAREJA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	p
	B	Error típ.	β		
(Constante)	75,091	5,581		13,455	,000
R_OPTIMISMO_P_LOTR	1,171	,864	,163	1,356	,180

NOTA: Variable dependiente: R_CALIDAD_VIDA_E

Consecuentemente con los resultados previos comentados respecto a este análisis, el coeficiente β (pendiente de regresión estandarizada para la variable “optimismo”, ver tabla de “coeficientes”) muestra un valor que no alcanza la significación estadística ($\beta = .163$, $t = -1.356$, $p = .180$) (TABLA 41).

El factor “Optimismo de la pareja” no se muestra como predictor significativo de la calidad de vida del enfermo de cáncer. La hipótesis planteada no se verifica.

HIPÓTESIS 4: La percepción del enfermo sobre su Calidad de la relación de pareja será un buen predictor positivo de la calidad de vida del enfermo de cáncer.

TABLA 42 MODELO DE REGRESIÓN HIPÓTESIS 4

R	R cuadrado	R cuadrado corregida
,076	,006	-,009

NOTA: Variables predictoras: (Constante), R_AJUSTE_E

Tal y como se puede comprobar en la TABLA 4242, el coeficiente de determinación (correlación al cuadrado corregida) es inexistente. En el caso de R2 corregida proporciona un valor matemáticamente absurdo (-.009).

TABLA 43 ANALISIS DE VARIANZA DE LA IE DE LA PAREJA SOBRE LA CALIDAD DE LA RELACIÓN DE PAREJA

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Regresión	117,150	1	117,150	,386	,536
Residual	20311,923	67	303,163		
Total	20429,072	68			

NOTA: Variable dependiente: R_CALIDAD_DE_VIDA_E/ Variables Predictoras (Constante), R_AJUSTE_E

Los resultados del ANOVA (TABLA 43) asociado al modelo de regresión son consecuentes con lo ya indicado para el resumen del modelo. El valor $F(1,67) = 0.386$, $p = .536$ indica que el porcentaje de varianza que la “Calidad de la relación de la pareja” (R_AJUSTE_E) explica de la “Calidad de vida” del enfermo de cáncer (R_CALIDAD_VIDA_E) no es significativo.

TABLA 44 COEFICIENTES DEL MODELO DE REGRESION DE LA CALIDAD DE LA RELACIÓN DE PAREJA DEL ENFERMO SOBRE SU CALIDAD DE VIDA

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	p
	B	Error típ.	β		
(Constante)	91,877	15,841		5,800	,000
R_AJUSTE_E	-,192	,310	-,076	-,622	,536

NOTA: Variable dependiente: R_CALIDAD_VIDA_E

Según lo comentado en los dos apartados previos del análisis la pendiente de regresión estandarizada (β , ver tabla de “coeficientes”) presenta un valor que no alcanza la significación estadística ($\beta = -.076$, $t = -.622$, $p = .536$). (Ver TABLA 44).

El predictor “Calidad de la relación de la pareja” no se muestra como predictor significativo de la “Calidad de vida del enfermo de cáncer”. La hipótesis no se verifica.

HIPÓTESIS 5: La calidad de vida del enfermo de cáncer se mostrará como buen predictor inverso del nivel de sobrecarga del cuidador.

La correlación múltiple al cuadrado (R^2) alcanza un valor de .130. Dicho estadístico corregido es de .117, lo cual supone que el predictor “nivel de sobrecarga” explica un 11.7% de varianza de la “calidad de vida del enfermo”. (Ver Tabla 45).

TABLA 45 MODELO DE REGRESIÓN HIPÓTESIS 5

R	R cuadrado	R cuadrado corregida
,360	,130	,117

NOTA: Variables predictoras: (Constante), R_SOBRECARGA_P

Los resultados del análisis de varianza asociado a la regresión ($F(1,67) = 10.000$, $p = .002$) señalan que se trata de un porcentaje de varianza que, aunque no elevado, es estadísticamente significativo (TABLA 46).

TABLA 46 ANALISIS DE VARIANZA DE LA SOBRECARGA DE LA PAREJA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DEL ENFERMO

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Regresión	903,893	1	903,893	10,000	,002
Residual	6055,875	67	90,386		
Total	6959,768	68			

NOTA: Variable dependiente: R_CALIDAD_VIDA_E / Variables Predictoras (Constante),R_SOBRECARGA_P

Por último, la

TABLA 47 muestra que la pendiente de regresión estandarizada (β , ver tabla de “coeficientes”) presenta un valor para la variable “nivel de sobrecarga” estadísticamente significativo y positivo ($\beta = .360$, $t = 3.162$, $p = .002$).

TABLA 47 COEFICIENTES DEL MODELO DE REGRESION DE LA SOBRECARGA DE LA PAREJA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DEL ENFERMO

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	p
	B	Error típ.	β		
(Constante)	-,421	5,094		-,083	,934
R_SOBRECARGA_P	,238	,075	,360	3,162	,002

NOTA: Variable dependiente: R_CALIDAD_VIDA_E

La hipótesis no se verifica

HIPÓTESIS 6: Los tres factores integrantes de la Inteligencia Emocional de la pareja se mostrarán capaces de predecir inversamente su nivel de sobrecarga.

La correlación múltiple al cuadrado (R²) alcanza un valor de .330, en concreto .299, corregida lo cual supone un 30%, aproximadamente, de varianza explicada de los tres predictores de la IE respecto del criterio “nivel de sobrecarga” (Ver TABLA 48).

TABLA 48 MODELO DE REGRESIÓN HIPÓTESIS 6

R	R cuadrado	R cuadrado corregida
,574	,330	,299

NOTA: Variables predictoras: (Constante), R_REPARACION_P_TMMS, R_ATENCION_P_TMMS, R_CLARIDAD_P_TMMS

Se trata de un porcentaje de varianza estadísticamente significativo, como se infiere del resultado del ANOVA asociado a la regresión ($F(3,65) = 10.667, p < .001$) recogido en la Tabla 49.

TABLA 49 ANALISIS DE VARIANZA DE LA IE DE LA PAREJA SOBRE SU NIVEL DE SOBRECARGA

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Regresión	2296,113	3	765,371	10,667	,000
Residual	4663,656	65	71,749		
Total	6959,768	68			

NOTA: Variable dependiente: R_SOBRECARGA_P/ Variables Predictoras (Constante), R_REPARACION_P_TMMS, R_ATENCION_P_TMMS, R_CLARIDAD_P_TMMS

Más en concreto, en la tabla de “coeficientes” (TABLA 50) del modelo de regresión se observan valores que indican lo siguiente: de los tres predictores incluidos resultan predictores significativos únicamente la “Claridad” en el sentido previsto, es decir, negativo ($\beta = -.551, t = -3.113, p = .003$) pero no “Atención” ni “Reparación”.

TABLA 50 COEFICIENTES DEL MODELO DE REGRESION LA IE DE LA PAREJA SOBRE SU NIVEL DE SOBRECARGA

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	p
	B	Error típ.	β		
(Constante)	41,352	6,909		5,986	,000
R_ATENCION_P_TMMS	,173	,230	,095	,750	,456
R_CLARIDAD_P_TMMS	-,891	,286	-,551	-3,113	,003
R_REPARACION_P_TMMS	-,167	,295	-,086	-,565	,574

NOTA: Variable dependiente: R_SOBRECARGA_P

Consecuentemente, se concluye que sólo el componente “Claridad” de la IE de la pareja se muestra como predictor significativo negativo de su nivel de “sobrecarga”. En concreto, cuanto mayor es la “Claridad” de la pareja, como componente de su IE, menor es dicho “Nivel de sobrecarga”.

La hipótesis establecida se verifica parcialmente.

HIPÓTESIS 7: El “optimismo de la pareja” mostrará ser un buen predictor negativo o inverso de su “nivel de sobrecarga”.

TABLA 51 MODELO DE REGRESIÓN HIPÓTESIS 7

R	R cuadrado	R cuadrado corregida
,085	,001	-,015

NOTA: Variables predictoras: (Constante), R_OPTIMISMO_P_LOTR

El coeficiente de determinación (correlación al cuadrado corregida) es muy bajo (.001). En el caso de R2 corregida proporciona un valor matemáticamente absurdo (-.015). (Ver TABLA 51).

TABLA 52 ANALISIS DE VARIANZA DEL OPTIMISMO DE LA PAREJA SOBRE SU NIVEL DE SOBRECARGA

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Regresión	,009	1	,009	,000	,993
Residual	6959,759	67	103,877		
Total	6959,768	68			

NOTA: Variable dependiente: R_SOBRECARGA_P/ Variables Predictoras (Constante), R_OPTIMISMO_P_LOTR

La TABLA 52 muestra los resultados del ANOVA asociado al modelo de regresión (F(1,67) = 0.000, p = .993) indican, obviamente, que el porcentaje de varianza que “Optimismo” y “Pesimismo” explican de la “Sobrecarga” no es significativo.

TABLA 53 COEFICIENTES DEL MODELO DE REGRESION DEL OPTIMISMO DE LA PAREJA SOBRE SU NIVEL DE SOBRECARGA

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	p
	B	Error típ.	β		
(Constante)	15,252	2,848		5,355	,000
R_OPTIMISMO_P_LOTR	,004	,445	,001	,009	,993

NOTA: Variable dependiente: R_SOBRECARGA_P

Consecuentemente con los resultados de los dos apartados anteriores, las pendientes de regresión estandarizadas (β , ver tabla de “coeficientes”) presentan un valor que no alcanza en ninguno de los dos casos la significación estadística ($\beta = .027$, $t = 0.213$, $p = .832$, para “Optimismo y $\beta = .089$, $t = 0.697$, $p = .488$, para “Pesimismo”). (Ver Tabla 53).

La hipótesis no se verifica.

HIPOTESIS 8: La calidad de la relación de pareja predecirá en sentido inverso el nivel de sobrecarga de la pareja.

En el cuadro resumen del modelo de regresión (TABLA 54) se observa un coeficiente de determinación de .042, que se reduce a 0.028 tras corregirlo, indicando un 2.8% de varianza explicada del “nivel de sobrecarga” a partir de la variable “calidad de la relación” en la pareja.

TABLA 54 MODELO DE REGRESIÓN HIPÓTESIS 8

R	R cuadrado	R cuadrado corregida
,206	,042	,028

NOTA: Variables predictoras: (Constante), R_AJUSTE_P

Los resultados del ANOVA (TABLA 55) asociado al modelo de regresión ($F(1,67) = 2.956$, $p = .090$) indican que dicho el porcentaje de varianza que la “calidad de la relación con la pareja” explica de la variable “nivel de sobrecarga” no es estadísticamente significativo.

TABLA 55 ANALISIS DE VARIANZA DE LA SOBRECARGA DE LA PAREJA SOBRE SU PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LA RELACIÓN

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Regresión	294,048	1	294,048	2,956	,090
Residual	6665,720	67	99,488		
Total	6959,768	68			

NOTA: Variable dependiente: R_SOBRECARGA_P / Variables Predictoras (Constante), R_AJUSTE_P

Por último, en la Tabla 56, se muestra como la pendiente de regresión estandarizada “ β ” muestra un valor que no alcanza la significación estadística ($\beta = .206$, $t = 1.719$, $p = .090$).

La hipótesis no se verifica.

TABLA 56 COEFICIENTES DEL MODELO DE REGRESION DE LA SOBRECARGA DE LA PAREJA SOBRE SU PERCEPCIÓN EN LA CALIDAD DE LA RELACIÓN

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	p
	B	Error típ.	β		
(Constante)	-5,780	12,306		-,470	,640
R_AJUSTE_P	,406	,236	,206	1,719	,090

NOTA: Variable dependiente: R_SOBRECARGA_P

HIPÓTESIS 9: *La Inteligencia emocional del enfermo, estimada a través de los tres componentes de dicho constructo, mostrará ser un buen predictor (positivo) de la “calidad de la relación de pareja”.*

TABLA 57 MODELO DE REGRESIÓN HIPÓTESIS 9

R	R cuadrado	R cuadrado corregida
,378	,143	,103

NOTA: Variables predictoras: (Constante), R_REPARACION_E_TMMS, R_ATENCION_E_TMMS, R_CLARIDAD_E_TMMS

El coeficiente de determinación múltiple al cuadrado, R² (TABLA 57) alcanza un valor de .143, .103 corregida, indicando un 10.30% de varianza del criterio “calidad de la relación de pareja” (R_AJUSTE_E) explicada en conjunto por los tres predictores de la IE del enfermo.

TABLA 58 ANALISIS DE VARIANZA DE LA IE DEL ENFERMO SOBRE LA CALIDAD DE LA RELACIÓN DE PAREJA

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Regresión	451,081	3	150,360	3,603	,018
Residual	2712,687	65	41,734		
Total	3163,768	68			

NOTA: Variable dependiente: R_AJUSTE_E/ Variables predictoras: (Constante), R_REPARACION_E_TMMS, R_ATENCION_E_TMMS, R_CLARIDAD_E_TMMS

Como se puede apreciar en la

TABLA 58, el porcentaje de varianza obtenido no es muy elevado pero sin embargo es estadísticamente significativo, como resulta del ANOVA asociado a la regresión ($F(3,65) = 3.603, p = .018$).

TABLA 59 COEFICIENTES DEL MODELO DE REGRESION LA IE DEL ENFERMO SOBRE SU PERCEPCIÓN EN LA CALIDAD DE LA RELACIÓN DE PAREJA

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	p
	B	Error típ.	β		
(Constante)	35,558	4,956		7,175	,000
R_ATENCION_E_TMMS	,096	,110	,105	,880	,382
R_CLARIDAD_E_TMMS	,413	,181	,323	2,280	,026
R_REPARACION_E_TMMS	,023	,155	,020	,148	,883

NOTA: Variable dependiente: R_AJUSTE_E

Más en concreto, los resultados del análisis (Tabla 59) señalan que sólo “Claridad” es un predictor significativo y positivo (ver tabla de “coeficientes, $\beta = .323$, $t = 2.280$, $p = .026$) de la percepción sobre la “calidad de la relación de pareja” en el enfermo de cáncer pero no “Atención” ni “Reparación”.

Sólo el componente “Claridad” de la IE se muestra como predictor significativo de la “calidad de la relación de pareja” (R_AJUSTE_E). Cuando mayor es la “Claridad” mejor es “calidad de la relación de pareja”.

La hipótesis establecida se verifica, pero sólo parcialmente.

HIPÓTESIS 10: *La Inteligencia emocional de la pareja, estimada a través de los tres componentes de dicho constructo, se mostrará como buen predictor (positivo) de la “calidad de la relación de pareja”.*

El coeficiente de determinación múltiple al cuadrado, R², muestra un valor muy escaso (.034, -.011 corregida). (Ver TABLA 60).

TABLA 60 MODELO DE REGRESIÓN HIPÓTESIS 10

R	R cuadrado	R cuadrado corregida
,184	,034	-,011

NOTA: Variables predictoras: (Constante), R_REPARACION_P_TMMS, R_ATENCION_P_TMMS, R_CLARIDAD_P_TMMS

En la misma línea de los resultados comentados a partir de la TABLA 61, el ANOVA asociado al análisis de regresión señala que el porcentaje de varianza explicado a partir de los tres predictores integrantes de la IE del criterio no es significativo ($F(3,65) = 0.762$, $p = .519$). (Ver TABLA 61).

TABLA 61 ANALISIS DE VARIANZA DE LA IE DE LA PAREJA SOBRE LA CALIDAD DE LA RELACIÓN DE PAREJA

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Regresión	60,526	3	20,175	,762	,519
Residual	1720,025	65	26,462		
Total	1780,551	68			

NOTA: Variable dependiente: R_AJUSTE_P/ Variables predictoras: (Constante), R_REPARACION_P_TMMS, R_ATENCION_P_TMMS, R_CLARIDAD_P_TMMS

Consecuentemente con los resultados comentados, los tres coeficientes β (ver tabla 61) proporcionan valores que en ningún caso alcanza la significación estadística ($\beta = .083$, $t = 0.550$, $p = .584$, para Atención; $\beta = .162$, $t = 0.761$, $p = .449$, para Claridad y, por último, $\beta = -.195$, $t = -1.163$, $p = .292$, para Reparación). (Ver TABLA 62). Ninguno de los tres predictores que integra el constructo Inteligencia Emocional es capaz de predecir la “calidad de la relación de pareja” (R_AJUSTE_P).

La hipótesis no se cumple.

TABLA 62 COEFICIENTES DEL MODELO DE REGRESION LA IE DE LA PAREJA SOBRE SU PERCEPCIÓN EN LA CALIDAD DE LA RELACIÓN DE PAREJA

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	p
	B	Error típ.	β		
(Constante)	51,284	4,196		12,223	,000
R_ATENCION_P_TMMS	,077	,140	,083	,550	,584
R_CLARIDAD_P_TMMS	,132	,174	,162	,761	,449
R_REPARACION_P_TMMS	-,191	,179	-,195	-1,063	,292

NOTA: Variable dependiente: R_AJUSTE_P

HIPÓTESIS 11: Existe una correlación positiva entre las puntuaciones en Inteligencia Emocional del enfermo de cáncer y de su pareja

A través del análisis de correlación de Pearson (r) entre las puntuaciones en el TMMS-24 de los enfermos de cáncer y sus parejas, los resultados indican una correlación moderada positiva en todas las variables excepto entre atención de un miembro de la pareja y la reparación del otro miembro, relación que no alcanza la significación estadística.

La Atención del enfermo correlaciona de forma significativa y positiva con la Atención de la pareja ($r=.484$, $p < .01$) y Claridad ($r=.35$, $p < .01$). La Claridad del enfermo correlaciona positivamente con los tres factores de IE de la pareja: Atención ($r=.43$, $p < .01$); Claridad ($r=.50$, $p < .01$) y Reparación ($r=.33$, $p < .01$). Por último, la Reparación del enfermo correlaciona tanto con la Claridad de la pareja ($r=.55$, $p < .01$) como con Reparación de la pareja ($r=.54$, $p < .05$) (Ver TABLA 63).

TABLA 63 CORRELACIONES ENTRE LAS PUNTUACIONES EN IE DEL ENFERMO DE CÁNCER Y SU PAREJA

		ENFERMOS		
		ATENCIÓN	CLARIDAD	REPARACIÓN
	ATENCIÓN	,484**	,433**	,157
PAREJAS	CLARIDAD	,355**	,507**	,551**
	REPARACIÓN	-,001	,334**	,549*

* $p < .05$. ** $p < .01$.

La hipótesis se confirma parcialmente (existe una correlación moderada positiva en todas las variables excepto entre atención de un miembro de la pareja y la reparación del otro miembro).

HIPÓTESIS 12: Existe una correlación positiva entre las puntuaciones en Optimismo y Pesimismo del enfermo de cáncer y de su pareja

En este caso (TABLA 64), el análisis de correlación de Pearson ha mostrado una correlación directa de magnitud bastante elevada y significativa entre el optimismo de ambos miembros de la pareja ($r=.724$, $p = .001$) y, aunque de menor magnitud, también positiva respecto al pesimismo ($r=.277$, $p< .05$).

TABLA 64 CORRELACIÓN ENTRE OPTIMISMO Y PESIMISMO DEL ENFERMO DE CÁNCER Y SU PAREJA

		ENFERMOS	
		OPTIMISMO	PESIMISMO
PAREJAS	OPTIMISMO	,724**	,001
	PESIMISMO	-,236	277*

* $p< .05$. ** $p< .01$.

La hipótesis se verifica.

HIPÓTESIS 13: Existe una correlación significativa y positiva entre las puntuaciones del enfermo de cáncer y su pareja en Calidad de la relación de pareja.

Como se puede comprobar en la TABLA 65 existen correlaciones significativas entre los factores de calidad de la relación del enfermo y su pareja así como en la puntuación total de “ajuste de la relación” ($r=.812$, $p< .01$).

Si se analizan por separado los factores que componen el constructo “Ajuste de la relación”, se comprueba cómo el coeficiente de Correlación de Pearson ha mostrado también correlaciones

significativas entre las puntuaciones en Consenso ($r=.786$, $p< .01$), Satisfacción ($r=.824$, $p< .01$) y Cohesión ($r=.930$, $p< .01$) del enfermo de cáncer y su pareja.

También aparecen correlaciones de los tres factores de un miembro de la pareja con la puntuación total del otro miembro de la pareja.

El Ajuste total de la pareja correlaciona con las puntuaciones en los factores de Consenso ($r=.713$, $p< .01$) y Cohesión ($r=.930$, $p<.01$) del enfermo de cáncer, mientras que aparece una correlación negativa, aunque más baja, con la satisfacción ($r=.274$, $p< .05$).

Del mismo modo, las puntuaciones en Ajuste total del enfermo correlacionan positivamente con la puntuación en Consenso de la pareja ($r=.525$, $p< .01$) y en Cohesión ($r=.654$, $p<.01$) y negativamente con Satisfacción ($r=-.328$, $p< .01$).

TABLA 65 CORRELACIÓN EN CALIDAD DE LA RELACIÓN DE PAREJA

		ENFERMO			
		CONSENSO	SATISFACCIÓN	COHESION	AJUSTE
PAREJA	CONSENSO	,786**	-,114	-,015	,525**
	SATISFACCION	-,234	,824**	-,530**	-,328**
	COHESION	,212	-,568**	,930**	,654**
	AJUSTE	,713**	-,274*	,533**	,812**

La hipótesis se confirma

HIPÓTESIS 14: No existen diferencias entre hombres y mujeres enfermas de cáncer en los factores de Inteligencia Emocional.

En las puntuaciones sobre los tres factores de inteligencia emocional dadas por los enfermos y enfermas de cáncer al cuestionario TMMS-24 se encuentran los resultados ofrecidos en la TABLA 66. En este caso, para el factor Atención, la prueba de Levene ofrecía unos resultados que indicaban que las varianzas de los grupos considerados no eran homogéneas ($F=12.5$, $p = 0.01$), por lo que no se han asumido varianzas iguales. Sí que se ha asumido la homogeneidad de varianzas para los otros dos factores: “claridad” y “reparación”.

Los resultados muestran cómo en el factor atención ($t(27.83)=1.76$, $p = .089$) y reparación ($t(67)=0.26$, $p=.792$) se mantiene la hipótesis nula de igualdad de medias para enfermos y enfermas. Sin embargo, se encuentran diferencias significativas en el factor “claridad” en función del sexo del paciente ($t(67)=4.48$, $p<.001$).

TABLA 66 INTELIGENCIA EMOCIONAL EN FUNCION DEL SEXO

	t	gl	p	Diferencia de medias
R_ATENCION_E_TMMS	1,764	27,839	,089	4,000
R_CLARIDAD_E_TMMS	4,484	67	,000	5,391
R_REPARACION_E_TMMS	,264	67	,792	,413

Más en concreto, se comprueba cómo las mujeres obtienen una puntuación media de 30.91 (DT=4.67) mientras que en los hombres el promedio fue de 25.52 (DT=4.77). Así pues, las mujeres enfermas de cáncer tienen una “claridad emocional” mayor que los hombres (Ver Tabla 67).

TABLA 67 ESTADÍSTICOS PUNTUACIONES IE POR SEXOS

	SEXO ENFERMO	N	Media	DT
R_ATENCION_E_TMMS	MUJER	46	26,74	5,209
	HOMBRE	23	22,74	10,235
R_CLARIDAD_E_TMMS	MUJER	46	30,91	4,675
	HOMBRE	23	25,52	4,776
R_REPARACION_E_TMMS	MUJER	46	30,20	5,879
	HOMBRE	23	29,78	6,585

La hipótesis se confirma parcialmente. Se han encontrado diferencias entre las puntuaciones de hombres y mujeres enfermos de cáncer en claridad emocional, no existiendo diferencias para los factores Reparación y Atención.

HIPÓTESIS 15: *No existen diferencias entre hombres y mujeres parejas de enfermos de cáncer en los factores de Inteligencia Emocional.*

En cuanto a los resultados de la comparación de medias para muestras independientes entre mujeres y hombres parejas de enfermos de cáncer en sus puntuaciones en los tres factores de Inteligencia Emocional (TABLA 68), la prueba Levene ofrecía un resultado menor a .05 en el factor “claridad” por lo que no se han asumido varianzas iguales mientras que sí que asumen en “atención” y “reparación”.

Los resultados muestran un valor de $t(67)=-0.65$, $p>.05$ en atención, $t(28.91)=-0.53$, $p>.05$ en claridad y $t(67)=1.2$, $p>.05$. Por lo tanto, en las parejas de enfermos de cáncer no existen diferencias en sus puntuaciones en IE en función del sexo al que pertenezcan.

TABLA 68 DIFERENCIAS EN IE EN FUNCIÓN DEL SEXO DE LAS PAREJAS

	t	gl	p	Diferencia de medias
R_ATENCION_P_TMMS	-,658	67	,513	-,935
R_CLARIDAD_P_TMMS	-,530	28,912	,600	-1,022
R_REPARACION_P_TMMS	1,205	67	,232	1,609

La hipótesis se confirma.

HIPÓTESIS 16: *No existen diferencias entre hombres y mujeres enfermas de cáncer en las puntuaciones de optimismo*

Se ha llevado a cabo una prueba de diferencia de medias para muestras independientes (t de Student) para comprobar estas hipótesis.

COMO SE PUEDE COMPROBAR EN LA

TABLA 69, los resultados para la prueba t de Student, tras verificar el cumplimiento de la homocedasticidad mediante Levene, muestran en optimismo que las puntuaciones en dicha variable son diferentes para hombres y mujeres enfermas de cáncer ($t(67)=2.88$, $p = .005$). Atendiendo a las puntuaciones medias, se encuentra que las mujeres obtienen $M=6.57$ ($DT=2.43$) mientras que los hombres enfermos de cáncer obtienen $M=4.87$ ($DT=1.98$) con una diferencia de medias, por tanto, de 1.696. Se puede concluir que las mujeres enfermas de cáncer de la muestra son más optimistas que los hombres (TABLA 70).

Respecto a la variable pesimismo se comprueba que no existen diferencias estadísticamente significativas en función del sexo de la persona enferma ($t(67)=1.47$, $p = .144$).

TABLA 69 ESTADÍSTICOS OPTIMISMO Y PESIMISMO POR SEXO

	SEXO ENFERMO	N	Media	DT
R_OPTIMISMO_E	MUJER	46	6,57	2,437
	HOMBRE	23	4,87	1,984
R_PESIMISMO_E	MUJER	46	8,59	2,296
	HOMBRE	23	7,70	2,494

TABLA 70 OPTIMISMO Y PESIMISMO EN FUNCIÓN DEL SEXO DE LA PERSONA ENFERMA

	t	gl	p	Diferencia de medias
R_OPTIMISMO_E	2,889	67	,005	1,696
R_PESIMISMO_E	1,477	67	,144	,891

La hipótesis no se confirma. Las mujeres enfermas de cáncer muestran unas puntuaciones más altas que los hombres en optimismo.

HIPÓTESIS 17: No existen diferencias entre hombres y mujeres parejas enfermas de cáncer en las puntuaciones de optimismo

Se ha llevado a cabo una prueba de diferencia de medias para muestras independientes (*t* de Student) para comprobar esta hipótesis. En el caso de las puntuaciones de la pareja en optimismo-pesimismo, y dado que la *F* de Levene tiene una significación $<.001$ para los dos casos, no ha sido posible asumir la igualdad de varianza de los grupos considerados. Los resultados de la prueba *t* de Student entre sexos en estos factores se recogen en la TABLA 72:

TABLA 71 ESTADÍSTICOS OPTIMISMO Y PESIMISMO DE LA PAREJA POR SEXOS

	SEXO DE LA PAREJA	N	Media	DT.
R_OPTIMISMO_P_LOTR	MUJER	23	4,96	1,942
	HOMBRE	46	6,20	3,052
R_PESIMISMO_P_LOTR	MUJER	23	8,30	1,105
	HOMBRE	46	7,91	2,537

TABLA 72 OPTIMISMO Y PESIMISMO EN FUNCIÓN DEL SEXO DE LA PERSONA ENFERMA

	t	gl	p	Diferencia de medias
R_OPTIMISMO_P	-2,047	62,958	,045	-1,239
R_PESIMISMO_P	,891	66,149	,376	,391

Se comprueba que los resultados han sido de $t(62.95)=-2.04$, $p = .045$, para el factor optimismo, y de $t(66.14)=.89$, $p = 0.376$, para el factor pesimismo. Por lo tanto, se han detectado diferencias entre hombres y mujeres, parejas de enfermos de cáncer, en optimismo pero no en pesimismo. En el caso de los enfermos de cáncer, las puntuaciones eran diferentes para ambos factores. Sin embargo, al contrario de lo que ocurría en el grupo de enfermos, como se observa en la TABLA 71, son los hombres en este caso los que obtienen puntuaciones más altas en optimismo ($M=6.2$; $DT=3.05$) frente a las mujeres ($M=4.96$; $DT=1.94$).

La hipótesis no se cumple.

HIPÓTESIS 18: *No existen diferencias entre hombres y mujeres enfermas de cáncer en las Ajuste de la relación.*

Se ha llevado a cabo una prueba de diferencia de medias para muestras independientes (t de Student) para comprobar esta hipótesis.

En cuanto al factor “ajuste” de la calidad de relación de pareja, se mantiene la Hipótesis nula planteada de que las medias entre ambos grupos son estadísticamente similares ($t(67)=0.02$, $p = .980$) en dicha variable. No existen, por tanto, diferencias de sexo en esta variable (TABLA 73).

La hipótesis se confirma.

TABLA 73 CALIDAD DE LA RELACIÓN DE PAREJA EN FUNCIÓN DEL SEXO DE LA PERSONA ENFERMA

	t	gl	p	Diferencia de medias
R_AJUSTE_E	,025	67	,980	,043

HIPÓTESIS 19: No existen diferencias entre hombres y mujeres parejas de enfermas de cáncer en las Ajuste de la relación.

En el caso de las puntuaciones sobre calidad de vida de la pareja (ver TABLA 74), tras la prueba de diferencia de medias para muestras independientes (*t* de Student), se comprueba cómo $t(67)=1.84$, $p>0.05$, por lo que no existen diferencias de sexo en esta variable (el mismo resultado que obteníamos con los enfermos de cáncer).

La hipótesis se verifica.

TABLA 74 DIFERENCIAS EN AJUSTE EN FUNCIÓN DEL SEXO DE LAS PAREJAS

	t	gl	p	Diferencia de medias
R_AJUSTE_P	1,845	67	,069	2,370

HIPÓTESIS 20: No existen diferentes entre hombres y mujeres enfermos de cáncer en calidad de vida

En la TABLA 75 se encuentran los resultados para la comparación de medias con muestras independientes en el factor “calidad de vida”. Se observa que existen diferencias estadísticamente significativas en calidad de vida en función del sexo de la persona enferma ($t(67)=3.60$, $p<0.05$).

Si se atiende a los estadísticos básicos para hombres y mujeres (Ver TABLA 76) se percibe cómo en el caso de las mujeres enfermas de cáncer su promedio en “calidad de vida” es de 87.02 (DT=14.47), mientras que para los hombres es de 72.30 (DT=18.68) Por lo tanto, las mujeres enfermas de cáncer de la muestra evidencian una mejor calidad de vida que los hombres.

La hipótesis 20 no se confirma.

TABLA 75 ESTADÍSTICOS CALIDAD DE VIDA POR SEXOS

	SEXO ENFERMO	N	Media	DT
R1_CALIDAD_VIDA	MUJER	46	87,0217	14,47525
	HOMBRE	23	72,3043	18,68260

TABLA 76 CALIDAD DE VIDA EN FUNCIÓN DEL SEXO DE LA PERSONA ENFERMA

	t	gl	p	Diferencia de medias
R1_CALIDAD_VIDA	3,607	67	,001	14,71739

HIPÓTESIS 21: *No existen diferentes entre hombres y mujeres parejas de enfermos de cáncer en sobrecarga emocional*

Por lo que respecta a la puntuación en la dimensión “sobrecarga” se observa en la TABLA 77 que $t(67)=1.89$, $p>.05$, por lo que no existen diferencias de sexo en este factor para las parejas de los enfermos de cáncer.

TABLA 77 DIFERENCIAS EN SOBRECARGA EN FUNCIÓN DEL SEXO DE LAS PAREJAS

	t	gl	p	Diferencia de medias
R_SOBRECARGA	1,895	67	,062	4,804

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

11 DISCUSIÓN

Existe una creencia bastante generalizada de que el “estado de ánimo” es determinante en la evolución de una enfermedad como el cáncer. Sin embargo, los estudios empíricos que existen a este respecto son poco concluyentes. En cualquier caso, resulta muy aventurado plantearse si realmente el ser optimista y estar esperanzado puede mejorar el estado de salud de los enfermos de cáncer. Además, en algunos casos, hemos podido comprobar cómo esta percepción y los comentarios que escuchan los enfermos de cáncer sobre la importancia casi vital de mantener un estado de ánimo optimista pueden llevarles a sentimientos de frustración, indefensión y culpabilidad si no consiguen afrontar la enfermedad desde un punto de vista positivo o si se encuentran con un estado de ánimo decaído o triste.

Coyne y Tennen (2010) parten de la base que la Psicología Positiva en general ha alcanzado tanta popularidad porque “resuena” perfectamente con estas creencias populares acerca de que un estado de ánimo positivo contribuye incluso al pronóstico de una enfermedad. Estos autores no sugieren que toda la Psicología Positiva sea poco científica, ya que es cierto que algunos estudios han demostrado el papel del afecto positivo en la adaptación humana y en la capacidad de recuperación, pero en su entusiasmo por avanzar, la Psicología Positiva ha creado una gran brecha entre sus afirmaciones y la evidencia científica. El artículo de Coyne y Tennen (2010) evidencia numerosos errores metodológicos y sesgos en la publicación de las investigaciones científicas que han intentado correlacionar los factores de Psicología Positiva con un buen pronóstico o una mejora en la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Ponen como ejemplo una revisión sistemática de 12 estudios llevada a cabo por Petticrew, Bell y Hunter (2002), quienes no encontraron evidencias sobre el impacto de factores psicológicos en la progresión del cáncer y la supervivencia. Los autores acaban su artículo haciendo un llamamiento a los líderes de la psicología positiva para que basen sus teorías “en evidencias científicas en lugar de en ilusiones” (pág. 41).

El presente trabajo de investigación ha asumido el reto propuesto por estos autores y se ha planteado como objetivo principal el conocer, desde el punto de vista científico, si los factores de *Inteligencia Emocional* (IE) y *Optimismo* del paciente de cáncer y su pareja, relacionados ambos con la concepción teórica de la Psicología Positiva, podían predecir tanto la *calidad de vida* del enfermo como el nivel de *sobrecarga* de la pareja, así como la relación entre estos factores y la *calidad de la relación* de pareja.

Para la consecución de este objetivo, y desde el marco teórico del Modelo de Mayer y Salovey de IE, se han planteado una serie de Hipótesis que pueden agruparse en cuatro categorías:

- De la Hipótesis 1 a la 4 se considera la *calidad de vida* del paciente como variable dependiente, siendo las variables predictoras la *IE* tanto del enfermo como de su pareja y el *optimismo* y la *calidad de la relación* que percibe el enfermo.

- De la Hipótesis 5 a 8 se ha tomado en cuenta como variable dependiente la *sobrecarga* de la pareja y como variables predictoras su *IE*, *optimismo* y percepción sobre el *ajuste de la relación* de pareja así como la *calidad de vida* del enfermo.
- Las Hipótesis 9 y 10 tratan de comprobar si la *IE* (tanto del enfermo como de la pareja) predicen *el ajuste de la relación* de pareja.
- Se han establecido hipótesis relacionadas con las correlaciones entre las puntuaciones de los enfermos de cáncer y sus parejas en los factores comunes estudiados (*IE* (H11), *optimismo* (H12) y *ajuste de la relación* (H13))
- Por último, se plantean hipótesis sobre la correlación en las puntuaciones de hombres y mujeres enfermos de cáncer y en las parejas en todos los factores estudiados (de H14 a H21).

11.1 FACTORES DE PREDICCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE DE CÁNCER

La Hipótesis 1 de este estudio plantea que **“los tres factores de Inteligencia Emocional (Atención, Claridad y Reparación) del enfermo de cáncer se mostrarán como predictores significativos de su calidad de vida”**. Los resultados han mostrado que el porcentaje de varianza que los tres factores de IE explican de la calidad de vida del enfermo es el 25.9%. Sin embargo, estos tres factores de IE no predicen la calidad de vida en la misma dirección. Mientras que *atención* y *reparación* predicen la *calidad de vida* de forma negativa (cuanto mayor es la puntuación en estas dimensiones, menor es la *calidad de vida* del paciente), la dimensión *claridad* predice la *calidad de vida* de forma positiva (cuanto mayor es la *claridad*, mayor es la *calidad de vida* del enfermo).

Existen investigaciones previas que han demostrado la capacidad predictiva de la IE sobre la *calidad de vida* de los enfermos de cáncer (Rey, Extremera y Trillo, 2013; Rausch, 2008; Haro, Gallardo, Martínez, Camacho-Calderón, Velázquez-Tlapanco y Hernández, 2014). Sin embargo, ninguna de ellas había definido el diferente peso que tienen los tres factores del Modelo de Mayer y Salovey.

En este punto hay que concretar que, según este Modelo, la relación entre los tres factores que componen el constructo IE (*Atención*: soy capaz de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada; *Claridad*: comprendo bien mis estados emocionales y *Reparación*: soy capaz de regular los estados emocionales correctamente) no es directo, es decir, no se tiene una mayor IE por el hecho de tener puntuaciones altas en los tres factores. De hecho, para el propio Salovey (2001) el desajuste emocional vendría dado por una alta *atención* a sus emociones, baja *claridad* emocional y la creencia de no poder modificar sus estados emocionales (*reparación*). Así, las personas con alta IE tienen un modelo caracterizado por puntuaciones de moderadas a bajas en *atención emocional*, altas puntuaciones en *claridad* y altas, aunque no en extremo, en *reparación* (Extremera y Fernández-Berrocal, 2002; Extremera y Fernández-Berrocal, 2005; Fernández-Berrocal, Ramos, y Extremera, 2001; Salovey et al., 1999; Salovey et al., 1995; Thayer, Rossy, Ruiz-Padial, y Johnsen, 2003).

Rey, Extremera y Pena (2011) afirman que estas tres dimensiones reflejan una secuencia funcional de tres fases (Martínez-Pons, 1997; Palmer, Gignac, Bates y Stough, 2003), de tal forma que se necesita prestar atención a los sentimientos para comprender claramente las emociones y en consecuencia tener la capacidad de reparar los estados anímicos. Sin embargo, muchas de las investigaciones que han utilizado el TMMS-24 para el análisis de los factores de IE en diversas situaciones muestran, como en este estudio, que los tres factores se pueden llegar a comportar de manera diferente.

El peso del factor *claridad emocional* dentro del constructo IE ha sido comprobado en investigaciones previas en diferentes ámbitos, resultando el factor de mayor ajuste emocional (Fernández-Berrocal, Salovey, Vera, Ramos, y Extremera, 2001; Fernández-Berrocal, Ramos y Extremera, 2001; Salovey, et al., 1999; Salovey, et al., 1995). Por lo tanto, el factor clave del equilibrio emocional se basará en la capacidad (o habilidad) de comprender cuál es la emoción, lo que permitirá gestionar los pensamientos intrusivos y rumiativos asociados a situaciones estresantes (Sosa, 2008).

En los resultados de la presente investigación se comprueba, por tanto, que la facultad para conocer y comprender las emociones, integrándolas en el pensamiento (*claridad emocional*) predicen de manera significativa *la calidad de vida* del paciente de cáncer, mientras que cuanta mayor capacidad de reconocer las emociones (*atención emocional*) y de regularlas y controlarlas, peor será *la calidad de vida* del paciente.

El hecho de que en el presente estudio el factor *reparación* no se haya mostrado como un factor predictor directo de la *calidad de vida* del paciente, puede deberse a que en la muestra analizada el 67% de los sujetos eran mujeres. A pesar de que la relación entre IE y género no está del todo delimitada, como se comentará más adelante, algunos estudios han comprobado cómo las mujeres tienden a puntuar menos que los hombres en *reparación emocional* (Austin, Evans, Goldwater y Potter, 2005; Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004; Goldenberg, Mathenson y Mantler, 2006; Harrod, y Scheer, 2005; Pandey y Tripathi, 2004; Silveri, Tzilos, Pimentel y Yurgelun-Todd, 2004; Van Rooy, Alonso y Viswesvaran, 2005; citados por Sánchez-Núñez, 2008; Pérez y Castejón, 2005).

La Hipótesis 2 de este estudio “**(Los tres factores de Inteligencia Emocional (Atención, Claridad y Reparación) de la pareja podrán predecir la “calidad de vida” del enfermo de cáncer)**” se basaba en las investigaciones de Reynolds y Kaplan (1990); Goodwin, Hunt, Key y Samet (1987); Sherbourne y Hays (1990); Cutrona y Russell (1990); Kerns (1994); Thompson y Pitts (1992), Skerrett (1998); Carey (1999) y Fagundes, Berg y Wiebe (2012) para quienes la respuesta emocional de la pareja a la enfermedad aumenta la capacidad de los enfermos de hacer frente al cáncer con más eficacia, mejorando su bienestar físico y emocional. Ninguno de los tres factores que integra el constructo Inteligencia Emocional en la pareja es capaz de predecir la *calidad de vida* del enfermo de cáncer.

La Hipótesis 3 planteaba que “**El optimismo de la pareja se mostrará como un buen predictor de la Calidad de Vida del enfermo de cáncer**” y estaba basada en anteriores estudios como los de Gustavsson-Lilius, Julkunen, Keskivaara, Lipsanen y Hietanen (2012) y Gustavsson-Lilius; Julkunen y Hietanen (2007) quienes sí que habían encontrado que el optimismo de la pareja

suponía un predictor de la *calidad de vida* del paciente. Sin embargo, en el presente estudio esta hipótesis no ha sido confirmada.

Analizando de manera conjunta los resultados aportados por esta investigación en las Hipótesis 2 y 3 podemos concluir que ni la *IE* ni el *optimismo* de la pareja son capaces de predecir la *calidad de vida* del paciente de cáncer. Sin embargo, numerosos estudios han comprobado que los pacientes de cáncer casados tienen mejor calidad de vida, mejor adherencia al tratamiento, etc. (Gavira, 2007; Da Costa Neto y Cavalcanti, 2005; Steel, Chopra, Olek, y Carr, 2007; Yavas, 2012). Ho, Rajandram, Chan, Samman, McGrath y Zwahlen (2011) encontraron que una buena relación de pareja era importante para la esperanza de los pacientes de cáncer que mostraban puntuaciones superiores en este factor que los pacientes sin pareja. Croft, Sorkin y Gallicchio (2014) han encontrado que los enfermos de cáncer casados tienen puntuaciones de optimismo más altas, al menos a corto plazo.

Rock, Steiner, Rand y Bigatti (2014) aconsejan sobre la importancia de estudiar conjuntamente el *optimismo* y la *calidad de la relación de pareja*, ya que ciertas combinaciones de paciencia y esperanza de la pareja y el optimismo del paciente son más beneficiosos que otros factores para la satisfacción con la relación de pareja, sugiriendo un enfoque diádico para el bienestar en pacientes con cáncer de mama. De ahí que la Hipótesis 4 de este estudio se plantee si la **“Calidad de la relación de pareja será un buen predictor positivo de la calidad de vida del enfermo de cáncer”**. Los resultados obtenidos no permiten mantener esta hipótesis. Por lo tanto, al igual que con *IE* y *optimismo*, la percepción de la pareja sobre la *calidad de la relación* no predice la *calidad de vida* del enfermo.

11.2 FACTORES DE PREDICCIÓN DE LA SOBRECARGA DE LA PAREJA

La sobrecarga de las personas que cuidan a sus familiares enfermos se ha estudiado ampliamente en enfermedades degenerativas como el Alzheimer (Aguglia, Onor, Trevisiol, Negro, Saina, y Maso, 2004; Mahoney, Regan, Katoma, y Livingston, 2005; Zarit, y Leitsch, 2001; Bédard, Raney, Molloy, Lever, Pedlar y Dubois, 2001; Clyburn, Stones, Hadjistavropoulos, y Tuokko, 2000; Coen, Swanwick, O’Boyle, y Coakley, 1997) y en menor medida en otro tipo de enfermedades psiquiátricas (Gutiérrez-Maldonado, Caqueo-Urizar y Kavanagh, 2005; Crespo y Rivas, 2015) o crónicas como la esclerosis múltiple (Rivera-Navarro, Morales-González y Benito-León, 2003). En estos casos, el conjunto de síntomas asociados con la sobrecarga emocional que sufren las personas que proporcionan el cuidado ha sido definido como “el síndrome del cuidador” y hace referencia a las consecuencias derivadas de la atención a familiares enfermos y que representa un riesgo para la

propia salud física y mental del cuidador principal (Pinquart y Sörensen, 2003; Covinsky et. al., 2003), hallándose una alta prevalencia de ansiedad y síntomas depresivos en los grupos de cuidadores familiares (Rodríguez-Vega et al., 2002).

En cuanto a los factores que pueden predecir la aparición de esta sobrecarga emocional, Turró-Garriga et als. (2015) han encontrado que en el caso de cuidadores de enfermos de Alzheimer, son factores relacionados fundamentalmente con los síntomas de la enfermedad como la agresividad, apatía e irritabilidad de estos enfermos y, en menor medida, con las características del cuidador como su edad y la relación familiar que le une al enfermo. Para Artaso, Goñi y Biurrún (2003) la sobrecarga se vería determinada por la mayor presencia de alteraciones neuropsiquiátricas en el enfermo, el menor apoyo social y el uso de la estrategia de afrontamiento «huida-avoidance» por parte del cuidador, que explicaban el 41% de la variabilidad en la sobrecarga.

Los estudios referidos a los factores que contribuyen a la sobrecarga del cuidador en casos de cáncer prácticamente se limitan a los cánceres pediátricos (Montero, Jurado y Méndez, 2015) o terminales (Moreira de Souza y Turrini, 2011), a través de estudios descriptivos que correlacionan el nivel de sobrecarga con factores como la falta de apoyo espiritual, material y de información para desarrollar su rol de cuidador (González-Suárez, Reina y De Armas, 2015), así como la falta de ayuda para el cuidado del enfermo (Expósito, 2008).

El presente estudio ha analizado si factores personales de la pareja del enfermo (como su *IE* y *optimismo*) así como la *calidad de vida* del enfermo o la *calidad de la relación* de pareja son predictores significativos de la *sobrecarga* del cuidador.

La Hipótesis 5 planteaba si ***“la calidad de vida del enfermo de cáncer se mostraría como buen predictor inverso del nivel de sobrecarga del cuidador”***. Los datos hallados en el presente estudio muestran que la Hipótesis no se verifica, ya que la relación encontrada entre *calidad de vida* del enfermo y *sobrecarga* del cuidador es positiva, es decir cuanto mayor es la *calidad de vida* del enfermo de cáncer mayor es el nivel de *sobrecarga* del cuidador.

Este resultado conduce a la reflexión de que el instrumento escogido para medir la sobrecarga del cuidador (Cuestionario de Zarit) a pesar de ser el más empleado en los estudios de sobrecarga, tuvo su origen y ha sido utilizado ampliamente para la valoración de la sobrecarga del cuidador de pacientes con demencia, de ahí que algunos ítems como el ítem 4 *“¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?”* o el ítem 8 *“¿Piensa que su familiar depende de usted?”* pueden no ajustarse a la realidad de la situación del cuidado a enfermos de cáncer que durante las primeras fases de los tratamientos no conllevan situaciones de dependencia o de síntomas psiquiátricos.

La Hipótesis 6 trataba de determinar si **“los factores de Inteligencia Emocional del cuidador predicen inversamente su nivel de sobrecarga”** ya que algunos estudios como los de Duran, Extremera y Rey (2004) y Vera, Ravanal, Cancino, Carrasco, Contreras y Arteaga (2007) han encontrado una relación entre la *claridad emocional* y la *reparación* con factores de burnout en muestras de cuidadores no formales de enfermos mentales. Según los datos encontrados en el presente estudio, el factor *claridad* resulta un predictor significativo en sentido negativo de la *sobrecarga* del cuidador ($\beta = -.551$, $t = -3.113$, $p = .003$). Es decir, una mayor *claridad* supondría una menor *sobrecarga*.

Algunos autores como Palmer, Donaldson y Stough (2002) examinando la validez predictiva de los factores del TMMS en la satisfacción personal, encontraron que es precisamente el factor *claridad* el que explicaba una parte de la varianza en satisfacción vital. Aunque otros autores (Thompson, Waltz, Croyle y Pepper, 2007; Extremera y Fernández-Berrocal, 2005; Shulman y Hemenover, 2006) han encontrado que el factor que predice el bienestar emocional es la *reparación*.

El hecho de que cuánto mayor sea la habilidad para saber qué sentimientos tiene el cuidador menor nivel de sobrecarga se tendrá podría suponer que el desarrollo de la capacidad de darse cuenta de cuándo se está sobrepasando un cierto nivel de sobrecarga permitiría modificar los aspectos que, de no ser tratados, acabarían por desarrollar un alto nivel de burnout en el cuidador, aunque no se reparen de manera directa las emociones que lo causan.

La Hipótesis 7 sobre si **“el optimismo de la pareja es un buen predictor negativo o inverso de su nivel de sobrecarga”** no ha sido verificada. Los resultados de la presente investigación parecen estar en consonancia con estudios como los de Pinquart y Duberstein (2005) quienes no encontraron efectos del optimismo sobre los síntomas depresivos en cónyuges de pacientes con cáncer en sus primeras fases, aunque sí que encontraron esta relación en fases muy avanzadas. Mock (2005) tampoco encontró tal relación entre optimismo y estrés en cuidadores de enfermos de ELA.

Es destacable el hecho de que algunas investigaciones, por ejemplo la llevada a cabo por Reay (1998) con una muestra de padres de niños oncológicos, hayan encontrado como uno de los síntomas del desajuste emocional tras el diagnóstico de cáncer, el hecho de que los padres (no las madres) presenten “demasiado optimismo” lo que les lleva a quitar importancia al impacto del diagnóstico o distanciarse emocionalmente de la enfermedad, a través de una percepción poco realista de la situación. Por lo tanto, podría plantearse que en este marco resulte obvio que el optimismo no solo no prediga de manera inversa el nivel de *sobrecarga* del cuidador, sino que incluso podría suponer un factor de desajuste a la realidad.

La Hipótesis 8 planteaba si **“la calidad de la relación de pareja predeciría en sentido inverso el nivel de sobrecarga del cuidador”**, de tal forma que a mejor relación de pareja, el nivel de *sobrecarga* fuera menor. Esta hipótesis tampoco ha sido verificada. Los estudios sobre los que se basó la presente investigación para plantear esta hipótesis incluían el factor “Sentido de Coherencia” como Variable mediadora entre la *calidad de relación* de pareja y la *sobrecarga* del cuidador (Goetzman, Scholz, Dux, Roellin, Boehler, Muellhaupt, Noll, Wüthrich y Klaghofer, 2012). Este concepto no ha sido analizado en el presente estudio al tratarse de un constructo con no demasiado apoyo empírico. El hecho de excluirlo puede haber influido en los resultados analizados.

11.3 INTELIGENCIA EMOCIONAL COMO PREDICTOR DE LA CALIDAD DE LA RELACIÓN DE PAREJA

Las Hipótesis 9 y 10 del presente estudio estimaban si **“los tres factores de Inteligencia Emocional serán un predictor positivo de la calidad de la relación de pareja, tanto en el caso del paciente como en el caso de la pareja”**.

Estas hipótesis se han basado, entre otros estudios, en el metanálisis llevado a cabo por Malouff, Schutte y Thorsteinsson (2014) donde se analizaron 603 investigaciones, encontrando una asociación significativa entre la IE y la satisfacción en la relación de pareja.

Zeidner, Kloda y Matthews (2013) también encontraron una relación entre la *IE* y la *calidad de la relación de pareja*, aunque concluyeron que esta asociación se da a nivel individual y que el beneficio no se transmite a la otra persona en la relación. Es decir, que un miembro de la pareja tenga una buena IE y valore positivamente su relación de pareja no influye en las puntuaciones tanto de IE como de *calidad en la pareja*.

Los resultados obtenidos en el presente estudio han sido diferentes en las puntuaciones del paciente y en las de la pareja. Mientras que en los pacientes de cáncer el factor *claridad* se muestra como predictor significativo y positivo de la *calidad de la relación*, en el caso de la pareja ninguno de los tres factores de IE se muestran como predictores significativos.

Estos resultados pueden relacionarse con los encontrados en la Hipótesis 1, donde el mismo factor *claridad* predecía la *calidad de vida* del enfermo de forma positiva. Por lo tanto, la *claridad* con la que los enfermos de cáncer conocen y comprenden sus emociones, sabiendo distinguir entre ellas, se muestra como un factor clave en su bienestar emocional, prediciendo tanto su *calidad de vida* como la *calidad de su relación de pareja*.

El hecho de que ninguno de los otros dos factores de IE del enfermo de cáncer y de que ninguno de los factores de IE de la pareja se hayan mostrado como predictores significativos de la *calidad de la relación* de pareja puede estar relacionado con el instrumento utilizado para la medición de la IE y el modelo de IE sobre el que nos hemos basado. Arn (2014) encontró diferencias en función del modelo de IE utilizado ya que la *calidad de la relación* de pareja se relacionaba con la IE en aquellos estudios que se habían basado en el Modelo de Bar-on pero no en los que se habían basado en el Modelo de Mayer y Salovey, resultado apoyado por otros estudios como los de Vadnais (2005).

Es destacable el hecho de que en las investigaciones sobre IE y relaciones de pareja que han incluido la variable “apego”, la *claridad emocional* se haya mostrado como un factor determinante. Guerra, Guerrero y Leon del Barco (2010) y Páez, Fernández, Campos, Zubieta y Casullo (2006) encontraron que las personas con apego seguro presentan una mayor *claridad emocional*. Además, estos estudios también encontraron que el factor *claridad* era mayor en los participantes de mayor edad, como ya habían constatado Kafetsios (2004), Mayer, Salovey y Caruso (2002) y Van Rooy, Alonso Viswesvaran (2005).

11.4 RELACIÓN PACIENTE-PAREJA EN IE, OPTIMISMO Y CALIDAD DE LA RELACIÓN

La Hipótesis 11 establece que “**existe una correlación positiva entre las puntuaciones en Inteligencia Emocional del enfermo de cáncer y de su pareja**” basada en varias investigaciones que demuestran una relación bidireccional del estado emocional de ambos miembros de una pareja (Benazon y Coyne, 2000; Stimpson, Peek y Markides, 2006; Teichman, Bar-El, Shor y Elizur, 2003). A través del análisis de correlación de Pearson (r) entre las puntuaciones en el TMMS-24 de los enfermos de cáncer y sus parejas, los resultados indican una correlación moderada positiva en todas las variables excepto entre *atención* de un miembro de la pareja y la *reparación* del otro miembro, es decir el hecho de que un miembro de la pareja sea capaz de reconocer sus emociones no implica que la otra parte de la pareja repare sus propias emociones.

Es destacable el hecho de que los tres factores de IE hayan correlacionado entre sí en las respuestas de ambos miembros de la pareja. La *atención* del enfermo correlaciona con la *atención* de la pareja ($r=.484$, $p<.01$), *claridad* del enfermo correlaciona con *claridad* de la pareja ($r=.50$, $p<.01$) y la *reparación* del enfermo correlaciona con la *reparación* de la pareja ($r=.54$, $p<.05$). Si se retoman los resultados descriptivos obtenidos por ambos en el cuestionario de *calidad de la relación* de pareja, se comprueba como las puntuaciones eran muy similares en todos los factores

así como en el “ajuste total”. El enfermo obtenía una puntuación media de 50,72 (DT=6.82) y la pareja una puntuación media de 51.81 (DT=5.11).

De este análisis de correlación entre las puntuaciones en los tres factores de IE de ambos miembros de la pareja, obtenemos otro resultado destacable, en cuanto al hecho de que se aprecian correlaciones entre:

- *atención* de un miembro de la pareja y *claridad* del otro miembro (en el caso del enfermo ($r=.35$, $p<.01$) y ($r=.43$, $p<.01$) en el caso de la pareja)
- *claridad* de un miembro de la pareja y *reparación* del otro miembro (en el caso del enfermo ($r=.33$, $p<.01$) y ($r=.55$, $p<.01$) en el caso de la pareja).

Es decir, el hecho de que un miembro de la pareja atienda sus emociones correlaciona con la *claridad* con la que el otro miembro comprende sus propias emociones. Además, que un miembro de la pareja sepa reconocer qué emociones está sintiendo se relaciona con la capacidad del otro miembro de regular sus propias emociones.

Es necesario destacar el hecho de que las correlaciones halladas en este estudio para las correlaciones entre las puntuaciones de los factores de IE de la pareja y el paciente (*reparación* y *claridad* por un lado y *atención* y *claridad* por otro) así como el hecho de que no se hayan encontrado correlaciones entre *atención* y *reparación*, son los mismos resultados que autores como Extremera y Fernández-Berrocal (2005), Fernández-Berrocal, Ramos y Orozco (1999) y Salovey, Mayer, Caruso y Yoo (2002) han encontrado para puntuaciones individuales.

La Hipótesis 12 planteaba que “**Existe una correlación positiva entre las puntuaciones en Optimismo del enfermo de cáncer y de su pareja**” sustentada por los estudios de Marrero y Carballeira (2010) quienes encontraron que las personas optimistas muestran una mayor satisfacción con la vida en general y con la pareja en particular. A partir de esta investigación, se podría plantear que en parejas las puntuaciones de optimismo deben ser similares. Tras el análisis de correlación de Pearson realizado se ha encontrado una correlación directa y significativa en *optimismo* ($r=.724$, $p=.001$) y aunque en menor magnitud, también en *pesimismo* ($r=.277$, $p<.05$). El hecho de que la media de los años de relación de la muestra sea tan alta ($M=34$ años, $DE=12.78$) puede relacionarse con estos datos encontrados. Es decir, una relación duradera podría tener relación con la correlación entre el *optimismo* de los miembros de la pareja. La relación entre *optimismo* y duración de la relación de pareja ha sido corroborada por otros estudios como el de Neff y Geers (2015) quienes han encontrado en un estudio longitudinal que el optimismo disposicional predice el ejercicio de respuestas constructivas a las dificultades que pueden presentarse en una relación, mostrando conductas de afrontamiento mejores que las parejas que puntúan bajo en optimismo.

La Hipótesis 13 establecía que **“Existe una correlación significativa y positiva entre las puntuaciones en Calidad de la relación de pareja”**. Esta hipótesis se ha fundamentado en una gran cantidad de estudios Crane, Busby y Larson, 1991; Schumm, Paff-Bergen, Hatch y Obiorah, 1986; Sharpley y Rogers, 1984; Spanier, 1976, 1988; Spanier y Thompson, 1982), utilizando el mismo cuestionario de ajuste diádico que el utilizado en la presente investigación, y que concluyen que en una “pareja armónica” las puntuaciones en EAD de ambos miembros de la pareja correlacionan. Los resultados obtenidos han permitido verificar esta hipótesis, encontrándose correlaciones significativas y positivas tanto en la puntuación total como en la relación entre las puntuaciones del paciente de cáncer y su pareja en cada uno de los factores que componen el constructo “ajuste” de la relación ($r=.812$, $p<.01$). Estos resultados corroboran los obtenidos por Pérez, Pérez Testor, Salamero, Castillo, y Cabré, (1996 y 1997). Espina, Ortego, Ochoa de Alda y González (2003), Espina, Ochoa de Alda y Ortego (2003) y Ochoa de Alda, Espina y Ortego (2006)

11.5 DIFERENCIAS ENTRE LAS PUNTUACIONES DE HOMBRES Y MUJERES

Las últimas hipótesis de este estudio han tratado de averiguar las diferencias entre mujeres y hombres en las diferentes variables investigadas. La importancia de este análisis radica en la disparidad de resultados encontrados en estudios anteriores sobre la importancia del factor “sexo” como determinante de las variables estudiadas.

Sobre todo en lo referente a la Inteligencia Emocional, y casi desde los inicios del desarrollo del constructo, ha habido un debate abierto sobre hasta qué punto pueden existir diferencias de género en la forma en la que hombres y mujeres afrontan la gestión emocional y si existen estas diferencias, qué parte se puede deber a factores educativos, sociales y culturales y hasta qué punto podría tratarse de una diferencia biológica.

Como defienden Sánchez-Núñez, Fernández-Berrocal, Montañés y Postigo (2008) existen numerosos estereotipos sobre las mujeres y su competencia emocional que las definen como más “sensibles”, “inestables”, “expresivas”, etc. Junto con estos estereotipos se da un tipo de educación claramente diferenciada en niños y niñas provocando disparidades tanto en la expresividad de las emociones como en su regulación. Estos autores señalan que, en el caso de la IE, se encuentran diferencias en las puntuaciones de hombres y mujeres en función del tipo de prueba que se utilice. De esta manera, a través de pruebas de autoinforme, como el TMMS-24, los resultados son muy dispares y poco concluyentes, mientras que a través de las pruebas de ejecución parecen predominar puntuaciones más altas en mujeres que en hombres.

Algunos estudios han comparado las puntuaciones obtenidas por hombres y mujeres en los cuestionarios de autoinforme y en las pruebas de ejecución de IE, concluyendo que los hombres informan de una IE mayor que la que realmente ejecutan mientras que en el caso de las mujeres ocurre lo contrario, su ejecución es mayor que los resultados obtenidos en las pruebas de autoinforme (Brackett y Mayer, 2003; Brackett, Rivers, Shiffman, Lerner y Salovey, 2006; Lumley, Gustavson, Partridge y Labouvie-Vief, 2005, y Petrides y Furnham, 2000; citados por Sánchez-Núñez, Fernández-Berrocal, Montañés y Postigo (2008).

Dado que en este estudio se han utilizado pruebas de autoinforme (TMMS-24) para la comprobación de las puntuaciones en IE, se han planteado que **“no existen diferencias entre hombres y mujeres enfermas de cáncer en los factores de Inteligencia Emocional”** (Hipótesis 14) y que **“no existen diferencias entre hombres y mujeres parejas de enfermos de cáncer en los factores de Inteligencia Emocional”** (Hipótesis 15).

Los resultados encontrados en el análisis de la Hipótesis 14 apuntan a una diferencia significativa en el factor *claridad* en función del sexo del paciente ($t(67)=4.48, p<.001$), encontrando una puntuación media mayor en el caso de las mujeres (Media=30.91; DT=4.67), que en el caso de los hombres (Media=25.52; DT=4.77). Por lo tanto, se comprueba cómo las pacientes de cáncer tienen una *claridad emocional* mayor que los hombres pacientes de cáncer. En el caso de las parejas, no existen diferencias en sus puntuaciones en IE en función del sexo al que pertenezcan, por lo tanto se confirma la hipótesis.

En la variable *optimismo* los resultados sobre la posible existencia de diferencias de género tampoco son concluyentes en las investigaciones previas analizadas. La disparidad de muestras utilizadas para estos estudios no permiten encontrar una generalidad en cuanto a qué sexo es más optimista. Algunos autores como Guillén, Pérez-Luzardo y Arnáiz (2013), Vera-Villarroel et al. (2009), Vera, Córdoba y Cellis (2009) y Coll y Draves (2008) no han encontrado diferencias entre sexos. Sin embargo, otros estudios que han tenido en cuenta la diferencia de género en optimismo sí que encuentran diferencias. Nolen-Hoeksema y Girgus (1995) argumentan que los resultados pueden depender de varios factores, tales como los ámbitos en los cuales se aplica el estudio (escuela, amistades, etc.) o los métodos que se utilizan para valorar el optimismo/pesimismo. Las conclusiones a las que llegan estos autores es que antes de la adolescencia o bien no hay diferencias en optimismo, o bien los niños son más pesimistas que las niñas y a partir de la adolescencia las chicas tienden a presentar patrones más pesimistas que los chicos. Sin embargo, Docampo (2002), por su parte, encuentra que las chicas tienden a ser más optimistas, lo cual apoya los datos recogidos en otros estudios (Martínez y Sewell, 2000; Nolen-Hoeksema, Girgus, y Seligman, 1992).

Ante esta variabilidad de resultados partimos de la Hipótesis que **“no existen diferencias entre hombres y mujeres enfermas de cáncer en las puntuaciones de optimismo”** (Hipótesis 16) y que **tampoco existirían diferencias entre hombres y mujeres parejas enfermas de cáncer en las puntuaciones de optimismo** (Hipótesis 17).

A través de la prueba de diferencia de medias para muestras independientes (t de Student) se ha obtenido un resultado que señala que las mujeres obtienen una puntuación significativamente más alta en *optimismo* que los hombres enfermos de cáncer, no habiendo encontrado diferencias en pesimismo entre mujeres y hombres enfermos ($t(67)=1.47$, $p = .144$). En el caso de las parejas de los pacientes de cáncer también se han encontrado diferencias en *optimismo* pero no en pesimismo, aunque en este caso los hombres obtienen puntuaciones más altas en *optimismo* que las mujeres.

Estos resultados coinciden con otras investigaciones, como las llevadas a cabo por Schneider, Steele, Cadell y Hemsworth (2011) y Perz, Ussher, Butow, y Wain (2011), con una muestra de cuidadores familiares de enfermos de cáncer, quienes encontraron que en un grupo de padres y madres de niños oncológicos terminales, los padres obtenían puntuaciones más altas en optimismo que las madres. Es importante destacar que estas investigaciones tuvieron en cuenta el rol de género con el fin de analizar hasta qué punto el papel de cuidadora que tradicionalmente se atribuye a la mujer podría influir en los resultados. La conclusión fue que no hubo diferencias de género en el número de horas dedicadas a cuidar, cantidad de apoyo recibido, y las responsabilidades adicionales para los niños, las tareas del hogar o estudio, y ninguno de estos factores actuaron como moderadores de género en las diferencias en cuanto a ansiedad. Se concluye que el rol de género de las mujeres se asocia con las necesidades no satisfechas y la carga de la atención, lo que da como resultado una mayor ansiedad.

Las Hipótesis 18 (**no existen diferencias entre hombres y mujeres enfermas de cáncer en las Ajuste de la relación**) y 19 (**no existen diferencias entre hombres y mujeres parejas enfermas de cáncer en las Ajuste de la relación**) han permitido corroborar si en el caso de la *calidad de la relación* de pareja también existían diferencias de género o por el contrario las puntuaciones de hombres y mujeres eran similares en esta variable, tanto en pacientes como en sus parejas. Estas hipótesis estaban basadas en estudios como los de Gómez-Giraldo (2012) quien señaló que el género no se relaciona con la puntuación obtenida en escalas de ajuste de relación. Sin embargo, algunos autores sí que muestran diferencias de sexo en cuanto a la satisfacción marital, en el sentido que los hombres tienden a estar más satisfechos que las mujeres en su matrimonio ya que a ellas les afectan en mayor medida determinadas circunstancias como la llegada de los hijos o la edad (Rollins y Galligan, 1978).

Los resultados obtenidos han permitido concluir que no existen diferencias de género ni en los pacientes ($t(67)=0.02$, $p = .980$) ni en las parejas ($t(67)=1.84$, $p>0.05$). Estos resultados son coincidentes con otras investigaciones como la de Antoine, Christophe y Nandrino (2008), en su estudio de revisión y validación de la Escala de Ajuste Diádico de Spanier, donde los resultados de hombres y mujeres resultaron estables y sin diferencias significativas.

Por último, se han analizado las diferencias entre las puntuaciones de hombres y mujeres en los cuestionarios cumplimentados únicamente por los pacientes de cáncer (con respecto a su *calidad de vida*) y únicamente por las parejas (en cuanto a su nivel de *sobrecarga*). En este sentido, la Hipótesis 20 “**No existen diferentes entre hombres y mujeres enfermas de cáncer en calidad de vida**” basada en los estudios de Vinaccia et al. (2005) y Agra (2003) no ha sido confirmada ($t(67)=1.84$, $p>0.05$), ya que se han obtenido unos resultados que permiten concluir que las mujeres enfermas de cáncer tienen un promedio en *calidad de vida* (Media=87.02; DT=14.47) significativamente más alto que los hombres (Media=72.30; DT=18.68). Como comentábamos anteriormente, estos resultados pueden estar influidos por el tipo de cáncer que tenían las mujeres de la muestra y que era mayoritariamente de mama con un mejor pronóstico que otros tipos de cáncer. El cáncer de mama aunque presenta efectos limitantes y no solo en caso de mastectomías, como por ejemplo la linfedema, la depresión, los trastornos del sueño, la disfunción cognitiva y la fatiga (Juárez, Landero, González, Jaime y Telléz, 2015) y las consecuencias derivadas de los tratamientos de quimioterapia, pueden ser efectos menos limitantes que los de otros tipos de cáncer como, por ejemplo, el de colon o pulmón. De hecho, en estudios sobre diferencias de género en pacientes con cáncer colorrectal en tratamiento con quimioterapia sí que se ha encontrado que las mujeres tienen mayores niveles de estrés que los hombres con esta enfermedad (Ticona, Santos y Siqueira, 2015). Idénticos resultados se han obtenido en muestras de pacientes con melanoma, donde las mujeres también presentaban puntuaciones en estrés más altas que los hombres (Hamama-Raz, 2012). Y es que como apuntan Sánchez, Sierra y Martín (2015) el diseño de instrumentos para medir la calidad de vida en pacientes con un diagnóstico de cáncer deben incorporar características específicas de la enfermedad.

La Hipótesis 21 planteaba que “**No existen diferentes entre hombres y mujeres parejas de enfermos de cáncer en sobrecarga emocional**”. En este caso los resultados de estudios previos son igualmente controvertidos ya que parece que la carga social y cultural que se achaca a las mujeres cuidadoras de familiares enfermos tiene un peso importante, provocando que las mujeres tengan una sobrecarga mayor que los hombres. Si bien los estudios relacionados con la sobrecarga por el cuidado de familiares comenzaron con el propio Zarit (1986) planteando que existen diferencias en esta variable que afectaría más a mujeres (lo que explicaba a través de razonamientos del rol social de la mujer). Estudios más recientes parecen diluir estas diferencias

entre la percepción de los y las cuidadoras en cuanto a su nivel de sobrecarga. Estudios como los de Yee y Schulz (2000), Pinquart y Sörensen (2006), Vitaliano, Zhang y Scanlan (2003), Pinquart y Sörensen (2006) o Barreto (2015) concluyen que no existen diferencias de género entre personas que cuidan a sus parejas enfermas, aunque parece que sí que existiría una mayor sobrecarga en el caso de hijas que cuidan a sus padres. En la presente investigación, tampoco se han encontrado diferencias, por lo que la Hipótesis 21 se confirma.

12 CONCLUSIONES

Del presente estudio, fundamentado en el Modelo de Mayer y Salovey (1997), en una muestra de pacientes oncológicos y sus parejas, que acuden a las Unidades de Oncología de los hospitales de la ciudad de Murcia, y utilizando medidas de autoinforme (TMMS-24; LOT-R, EAD, ZARIT Y EORTC), podemos extraer fundamentalmente diez conclusiones.

CONCLUSIÓN 1: Los tres factores de IE son predictores de la Calidad de Vida del enfermo de cáncer, aunque solo “Claridad Emocional” es un predictor positivo

La habilidad para conocer y comprender las emociones, integrándolas en el pensamiento (*claridad emocional*) predice de manera significativa la *calidad de vida* del paciente de cáncer, mientras que cuanto mayor capacidad de reconocer las emociones (*atención emocional*) y de regularlas peor es la *calidad de vida* del paciente. En este punto encontramos una aportación muy significativa del presente estudio a los realizados hasta la fecha, ya que las investigaciones que habían demostrado la capacidad predictiva de la IE sobre la *calidad de vida* de los enfermos de cáncer no habían definido el peso que tenían los tres factores del modelo de Mayer y Salovey.

En consonancia con otras investigaciones, la *claridad emocional* aparece como el factor de mayor ajuste emocional y clave en el equilibrio emocional.

CONCLUSION 2: La inteligencia emocional de la pareja no predice la calidad de vida del enfermo de cáncer.

La contribución positiva que el apoyo dado por la pareja tiene sobre la *calidad de vida* del paciente de cáncer no estaría relacionado con el nivel de IE mostrado por la pareja. Es posible, por tanto, que la relación entre tener pareja y la calidad de vida durante la enfermedad encontrada en otros estudios, esté relacionado con aspectos, no tanto de gestión emocional de la pareja sino de cómo el propio paciente percibe el apoyo necesario para sobrellevar la enfermedad y los efectos de los tratamientos que puede ofrecerle la pareja. En conclusión el apoyo emocional de la pareja, y que contribuye a la calidad de vida del enfermo, puede tener una connotación más subjetiva desde la percepción del propio enfermo que desde la objetividad de las competencias emocionales de la pareja.

CONCLUSION 3: Cuanto mayor es la calidad de vida del enfermo de cáncer mayor es el nivel de sobrecarga del cuidador

Esta conclusión que podría resultar a primera vista contradictoria tiene un sentido muy específico en el marco de una enfermedad como el cáncer.

Es necesario tener en cuenta que el instrumento utilizado para la medida de la sobrecarga del cuidador se desarrolló para los cuidadores de enfermos con demencia o con una seria limitación para el desarrollo de sus actividades de la vida diaria. Precisamente porque durante el desarrollo del cáncer el paciente puede no requerir tanta ayuda para las tareas básicas de la vida diaria, que serían las actividades que más lleva a cabo el cuidador y que le permite sentirse útil en ese rol, el hecho de que la calidad de vida del enfermo sea buena, pero que requiera el acompañamiento a médicos, tratamientos, etc., sobrecargue a la pareja al pensar que tiene cierta responsabilidad en la atención al enfermo pero sin tener que desempeñar un rol activo como cuidador principal como puede ocurrir en enfermedades degenerativas.

La preocupación por el futuro, los tratamientos a los que el enfermo tiene que someterse, los ingresos hospitalarios, etc. ocupan el día a día de la pareja y le conducen a una sobrecarga emocional a pesar de que el enfermo no requiera una atención constante e incluso muestre un estado general óptimo. Precisamente la disparidad entre un estado de salud del paciente aparentemente bueno durante las primeras fases de la enfermedad, pudiendo desarrollar sus actividades con independencia, y la asunción por parte de la pareja del rol de responsabilidad en su cuidado y atención sea lo que provoque esta sobrecarga mayor cuanto mayor es la calidad de vida del enfermo.

CONCLUSION 4: Únicamente la Claridad emocional de la pareja predice en sentido negativo su nivel de sobrecarga.

El hecho de que cuánto mayor sea la habilidad para saber qué sentimientos tiene el cuidador menor nivel de sobrecarga se tendrá, podría suponer que el desarrollo de la capacidad de darse cuenta cuándo se está sobrepasando un cierto nivel de sobrecarga permitiría modificar los aspectos que, de no ser tratados, acabarían por desarrollar un alto nivel de burnout en el cuidador, aunque no se reparen de manera directa las emociones que lo causan.

Ni el *optimismo* ni la *calidad de la relación* de la pareja son predictores inversos del nivel de sobrecarga del cuidador.

CONCLUSION 5: La IE no predice la calidad de la relación de pareja.

Como se ha apuntado anteriormente, estos resultados pueden estar influidos por el tipo de instrumento utilizado ya que aquellos estudios que se han basado en el Modelo de Bar-On sí que han concluido que la IE podría predecir la *calidad de la relación* de pareja.

De los resultados analizados únicamente la *claridad* de los pacientes de cáncer predice la *calidad de la relación* de pareja. Como se puede observar es una vez más el factor *claridad* el que se pone en juego, mostrándose como un factor clave en su bienestar emocional, prediciendo tanto su *calidad de vida* como la *calidad de su relación* de pareja.

CONCLUSION 6: Las puntuaciones en IE, optimismo y calidad de la relación de los dos miembros de la pareja correlacionan entre sí.

El hecho de que las puntuaciones en los factores analizados de forma conjunta en el enfermo de cáncer y su pareja correlacionen entre sí, unido al hecho de que la media de años de relación es muy alta, nos pone ante el hecho de que estas correlaciones podrían tratarse de un factor de protección del ajuste en la relación, haciendo que las parejas sean más duraderas, ya que además, la media de las puntuaciones obtenidas en ajuste de la relación son muy altas.

CONCLUSION 7: Las mujeres pacientes de cáncer tienen puntuaciones mayores en claridad emocional, optimismo y calidad de vida que los hombres

Es posible que estos resultados (mujeres enfermas de cáncer más optimistas, con mayor *claridad emocional* y con mayor *calidad de vida*) puedan estar relacionados con el tipo de cáncer. El 63% de las mujeres que han participado en la muestra son pacientes de cáncer de mama. El pronóstico de esta enfermedad puede ser más esperanzador que el de otros tipos de cáncer como el de pulmón donde la mortalidad es mayor. Sería muy conveniente poder profundizar en estos resultados con muestras más amplias de mujeres que padezcan otros tipos de cáncer con el fin de comprobar si estos resultados se repiten.

CONCLUSION 8: En las parejas de enfermos de cáncer, los hombres son más optimistas que las mujeres

El hecho de que se hayan encontrado mayores puntuaciones de *optimismo* en hombres parejas que en mujeres puede estar relacionado, como comentábamos anteriormente, con el tipo de cáncer que tienen las mujeres de la muestra.

No obstante, es interesante destacar que podemos encontrarnos ante una diferenciación por géneros en la forma en la que hombres y mujeres se enfrentan al cuidado y atención de sus familiares enfermos de cáncer. Este resultado puede corroborar los hallados en investigaciones que plantean las diferencias en la gestión emocional de hombres y mujeres ante sucesos traumáticos, y que concluyen que las mujeres son menos optimistas y presentan mayores índices de ansiedad y depresión ante circunstancias adversas.

Es posible que los hombres que tienen que convivir con sus mujeres enfermas de cáncer afronten esta situación con una mejor perspectiva no solo ante el pronóstico de la enfermedad sino sobre su propio papel como responsables del cuidado de sus parejas. En este punto es interesante advertir cómo las investigaciones que han planteado la gestión emocional de los hombres ante el cáncer de sus parejas, lo han hecho con una perspectiva que podría mostrar de fondo cierta connotación machista al centrar que los síntomas de depresión y ansiedad de ellos están relacionados directamente con los cambios a nivel físico que experimentan las mujeres sometidas a mastectomía y las consecuencias negativas que este hecho tiene para la vida sexual de la pareja.

Este estudio ofrece un resultado más positivo con respecto al papel que los hombres juegan en la atención a sus parejas durante el trascurso de la enfermedad, mostrando un estado de ánimo más optimista que si bien, como hemos analizado, puede no repercutir en la mejora de la calidad de vida de la mujer paciente de cáncer, ayudará al propio hombre a sobrellevar el proceso de la enfermedad de una forma más positiva.

CONCLUSION 9: No hay diferencia de género en la calidad de la relación

Los datos analizados en cuanto a las respuestas de hombres y mujeres en la Escala de Ajuste Diádico no muestran diferencias entre hombres y mujeres. Este hecho permite confirmar que las puntuaciones en esta escala no dependen del género, por lo que puede utilizarse sin tener en cuenta diferentes puntuaciones, tanto en hombres como en mujeres, mostrando resultados estables sin diferencias de sexo.

CONCLUSION 10: No existen diferentes entre hombres y mujeres parejas de enfermos de cáncer en sobrecarga emocional

Esta conclusión permite aportar, a la investigación sobre el tema de la sobrecarga emocional de los cuidadores de enfermos, que no existen diferencias de género en la percepción que se tiene sobre cómo influye en las personas el hecho de cuidar a un familiar enfermo. En algunas investigaciones se ha querido valorar el diferente rol social de cuidadora que tienen las mujeres planteándose si esta visión cultural afecta en mayor o menor medida a su percepción acerca de la sobrecarga del cuidado. A pesar de que algunos autores han considerado determinados estereotipos sexistas en esta relación entre género y sobrecarga, podemos concluir con los datos aportados que la percepción es similar para hombres y mujeres.

12.1 PRINCIPALES APORTACIONES

Como hemos comentado anteriormente una de las principales aportaciones de este estudio es la definición del peso que los tres factores de IE del Modelo de Mayer y Salovey tienen en la calidad de vida del enfermo, constatando que mientras la *claridad emocional* predice la *calidad de vida* de forma positiva, la *atención* y la *reparación* lo hacen de forma negativa. Este resultado abre la puerta al desarrollo no solo de nuevas investigaciones en este sentido sino a la importancia que es necesario dar a este factor en los procesos terapéuticos que se desarrollen desde la Psico-oncología.

Junto a este hecho se ha encontrado que el factor Claridad tiene un peso decisivo en las variables analizadas (optimismo y calidad de vida del enfermo de cáncer y sobrecarga de la pareja). Por lo tanto, los resultados hallados permiten corroborar que el factor Claridad es decisivo para bienestar emocional.

Otra de las aportaciones más destacables es el hecho de que los factores de Psicología Positiva de la pareja analizados no predicen la calidad de vida del enfermo. Esta investigación permite contrastar científicamente que el hecho de que la pareja de un paciente se muestre optimista o gestione de manera adecuada sus emociones no afecta a la calidad de vida del enfermo. Este hecho debe rebajar la presión a la que las parejas de enfermos de cáncer son sometidas por parte de la sociedad sobre que deben mantenerse alegres y esperanzados para no afectar al estado de ánimo del enfermo. Podríamos concluir que la gestión emocional que se haga de una situación tan difícil como es el padecer cáncer debe tener un enfoque particular e individualizado, sin la carga que supone el hecho de creer que el estado de ánimo de la familia afectará al enfermo, al menos desde el punto de vista de las emociones positivas como el optimismo.

Por otra parte, consideramos que se debe plantear un nuevo constructo psicoemocional de familiares de enfermos de cáncer que no esté influenciado por la visión de “cuidador principal” que se estudia en enfermedades degenerativas. La realidad de una pareja o cualquier familiar que está al lado de un enfermo de cáncer tiene unas connotaciones particulares que de hecho pueden aumentar su sobrecarga emocional cuanto mejor esté el enfermo. Las realidades de ambas enfermedades (degenerativas y oncológicas) son lo suficientemente diferentes como para que el rol que la familia ejerce durante el proceso de la enfermedad conlleve circunstancias y estados de ánimo bien diferenciados. La pareja del enfermo de cáncer se enfrenta a situaciones emocionalmente difíciles como, por ejemplo, el “pacto de silencio” (cuando la pareja sabe que el pronóstico es fatal pero se decide no comunicárselo al enfermo) o el hecho de tener que convivir durante mucho tiempo con pruebas médicas, ingresos hospitalarios, etc. que aunque pueden no limitar su desarrollo personal o profesional, sí que interfieren en su vida y en sus emociones.

El desarrollo del concepto de “familiar responsable” debería excluir la carga de cuidados para el desarrollo de actividades de la vida diaria y la degeneración neuronal de las enfermedades como el Alzheimer, al tiempo que se incluyen otros aspectos que podrían ir desde la incertidumbre del pronóstico (situación clara en el caso de Alzheimer pero no en enfermedades oncológicas) hasta el hecho de una posible recuperación total de la enfermedad. Ya que se ha comprobado que el optimismo no predice la sobrecarga del cuidador habría que analizar en este constructo qué puede llevar a un familiar (pareja en este caso) a afrontar el proceso de la enfermedad de la mejor forma posible, no tanto por el efecto que esto podría tener en el enfermo, si no por él mismo y por el equilibrio emocional que debería mantener sea cual sea el final (desde la total recuperación hasta el fallecimiento de su pareja).

12.2 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las principales limitaciones de este estudio podemos centrarlas en dos aspectos: la muestra y los instrumentos de medición utilizados.

En cuanto a la muestra, el hecho de haber recopilado los cuestionarios en las Unidades de Oncología de los Hospitales ha dificultado enormemente la recogida de la información. En muchas ocasiones los pacientes de cáncer no iban acompañados de sus parejas a las visitas médicas y es posible que el hecho de que la pareja acompañe al paciente a consulta pueda reflejar un mejor “ajuste marital”. Es decir, aquellas parejas con una baja calidad de relación de pareja es probable que eviten o no deseen acompañar a su pareja enferma y esta circunstancia ha podido interferir en los resultados encontrados.

Otro aspecto de la muestra que puede suponer una interferencia en los resultados es la edad media de los participantes, ya que el 55% de los enfermos y el 48% de las parejas tenía más de 60 años, lo que llevaba a una relación media de 34 años. En parejas con un tiempo de relación tan amplio es posible que los factores de IE, optimismo y calidad de la relación se hayan ido ajustando de tal forma que finalmente correlacionen entre sí. Si tenemos en cuenta las fases en la satisfacción marital que se analizaron en el apartado teórico, podríamos concluir que las parejas medias del estudio se encuentran en las últimas fases de la relación cuando las crisis originadas por el nacimiento y la crianza de los hijos se han superado y las parejas tienen a reencontrarse lo cual aumenta en muchos casos su percepción sobre la calidad de la relación de pareja.

El tercer aspecto relacionado con la muestra se refiere al tipo de cáncer que presentaban. El hecho de que el 63% de las mujeres tuvieran cáncer de mama, con un pronóstico y un trascurso mejor y que afecta menos a la calidad de vida que otros tipos de cáncer más limitantes, han podido interferir en las puntuaciones sobre su optimismo así como en las referentes al optimismo de sus parejas, puntuaciones que en ambos casos eran muy altas.

En cuanto a los instrumentos de medición utilizados tanto los de IE, como los de calidad de vida del enfermo y sobrecarga del cuidador han podido suponer limitaciones en este estudio.

Tal y como se ha podido ir comprobando durante el presente trabajo, los estudios llevados a cabo con medidas de autoinforme de IE (como el TMMS-24 utilizado en esta investigación) presentan resultados diferentes a cuando se utilizan medidas de ejecución. Sánchez-Núñez (2007) señala que utilizar medidas basadas en la ejecución y no tanto en auto-informes proporciona una información más real, eliminando el sesgo de deseabilidad social o perceptivo y relacionando la IE con un concepto más amplio de la inteligencia general. Sin embargo, se ha utilizado el TMMS-24 en

el presente estudio por su rapidez y facilidad a la hora de que los participantes completaran los cuestionarios y porque el resto de cuestionarios empleados eran todos ellos autoadministrados.

En cuanto al cuestionario EORTC para la medición de la calidad de vida de los pacientes con cáncer se eligió este cuestionario ya que podía administrarse a cualquier tipo de cáncer, tal y como se ha confirmado en los diferentes estudios de fiabilidad y validez del cuestionario. Sin embargo, es cierto que la mayor presencia de cáncer de mama en mujeres y de colon en hombres podrían haber aconsejado la utilización de cuestionarios sobre calidad de vida específicos para estos tipos de cáncer, que habrían supuesto haber obtenido resultados más concretos en función del tipo de enfermedad. Sin embargo, de haberlo hecho así se hubiera perdido la capacidad comparativa en cuanto a la calidad de vida de los pacientes participantes en la muestra.

Por último, el hecho de utilizar el cuestionario Zarit para la medida de la sobrecarga del cuidador ha podido también influir en los resultados obtenidos. Como se ha comentado anteriormente este cuestionario, a pesar de ser el más utilizado para la medición de la sobrecarga en diferentes enfermedades, está más relacionado con enfermedades degenerativas. El hecho de que durante el mayor tiempo de trascurso del cáncer no se produzcan situaciones que limiten la ejecución de las actividades de la vida diaria, por parte del enfermo, o que no se presenten síntomas psiquiátricos como en demencias puede influir en los resultados, dando puntuaciones de una menor sobrecarga que las que realmente perciben las personas que tienen la responsabilidad de cuidar a su pareja afectada por el cáncer.

12.3 FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

El hecho de que en esta investigación la IE de la pareja no prediga la calidad de vida del enfermo, o que la IE de la pareja no haya resultado un predictor de la sobrecarga de la pareja, lejos de descartar futuras investigaciones en este sentido hacen aún más necesario continuar avanzando en este sentido a través de replicar esta investigación con pruebas de ejecución como el Mayer-Salovey-Caruso Emocional Intelligence Test-MSCEIT (Mayer et al., 2003) o bajo el marco teórico de otros modelos de IE como el de Bar-On.

En este sentido, las réplicas a este estudio podrían incluir la valoración sobre la percepción que los enfermos de cáncer tienen sobre la IE de sus parejas, en la línea del estudio de Sánchez-Núñez (2007) mediante la aplicación del TMMS-24 para la percepción de la IE del paciente, en el sentido de que tanto el enfermo como la pareja puedan completar el TMMS-24 autoinformando sobre su IE al tiempo que completarían el mismo cuestionario sobre la percepción que tienen de la IE de su pareja. Estos datos podrían clarificar si la calidad de vida del enfermo de cáncer (que hemos visto que no se relaciona con las puntuaciones en IE autoinformada por parte de la pareja) sí que estarían relacionadas con la percepción que el enfermo tiene sobre la IE de su pareja.

Sería muy conveniente poder ampliar este estudio con una muestra más diversa en cuanto al tipo de cáncer que se padece, fundamentalmente para contrastar si los resultados obtenidos en cuanto a que las mujeres enfermas de cáncer son más optimistas, tienen mejor calidad de vida y un ajuste emocional mejor a través de sus altas puntuaciones en *claridad emocional* y si se dan también en mujeres afectadas con otros tipos de cáncer.

En esta línea también se debe profundizar en el resultado encontrado acerca de que los hombres de parejas enfermas de cáncer presentan un mayor optimismo que las mujeres parejas de enfermos. Otras investigaciones deberían conocer si este hecho está relacionado con el tipo de cáncer que el enfermo padece o bien si los roles sociales de hombres y mujeres en cuanto a su papel como cuidadores afecta más a un sexo que a otro e, incluso, hasta qué punto un excesivo optimismo por parte de la pareja puede afectar negativamente al estado de ánimo del enfermo.

Con el fin de valorar de una manera más concreta el papel que la pareja del enfermo de cáncer juega en el bienestar emocional del enfermo, y en la línea del nuevo constructo de “familiar responsable” de la atención de enfermos de cáncer, sería necesario crear un cuestionario de sobrecarga para personas que atienden a enfermos de cáncer que ajuste mejor los ítems de medición a la realidad de las parejas de estos enfermos.

Otra línea de investigación interesante y prácticamente no tenida en cuenta en las investigaciones científicas es la referente a las consecuencias emocionales que la pareja del enfermo de cáncer desarrolla a largo plazo y tras el desenlace de la enfermedad, tanto desde el punto de vista de cómo manejar emocionalmente la supervivencia del enfermo al cáncer (con la incertidumbre de una recaída, la afectación negativa o positiva de las consecuencias de la enfermedad), como desde el punto de vista de cómo afrontar el fallecimiento de la pareja y la carga que los pensamientos rumiativos relacionados con el papel que se ha desempeñado durante la enfermedad pueden tener para resolver el duelo.

Siendo el cáncer una de las principales causas de muerte en los países occidentales y con una tendencia de crecimiento en los próximos años evidente es fundamental profundizar en qué factores de la pareja contribuyen a la calidad de vida del enfermo de cáncer y cómo se puede ayudar desde el ámbito de la psicología a que el hecho de vivir este proceso permita fortalecer tanto al enfermo de cáncer como a su pareja, sea cual sea el final de la enfermedad.

REFERENCIAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aaronson, N. K. (1988). Quality of Life: What is it? How Should it be measured?. *Oncology*, 2(5), pp. 11-16.
- Aaronson, N. K., Bullinger, M., y Ahmezda, S. A. (1988). Modular Approach to Quality of Life Assessment in Cancer Clinical Trials. *Recent Results in Cancer Research*, 111, pp. 231-249.
- Aaronson, N. K., Cull, A., Kaasa, S., y Sprangers, M. A. G. (1994). The EORTC Modular approach to quality of life assessment in oncology. *International Journal of Mental Health*, 23(2), pp. 75-96.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., y Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of abnormal psychology*, 87(1), p. 49.
- Acevedo, V. E., Restrepo, L. y Tovar, J. R. (2007). Parejas satisfechas de larga duración en la ciudad de Cali. *Pensamiento Psicológico*, 3(8), pp. 85-107.
- Acitelli, L. (1992). Gender differences in relationship awareness and marital satisfaction among young married couples. *Personality and social psychology bulletin*, 67, pp. 688-698.
- Acosta, H. (2008). Burnout y su relación con variables sociodemográficas, sociolaborales y organizacionales en profesores universitarios chilenos. Universitat Jaume I. Recuperado de <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi14/psico/1.pdf>.
- Addison, W., Buss, D. M. y Schmitt, D. P. (1993). Sexual strategies theory: an evolutionary perspective on human mating. *Psychological Review*, 100(2), pp. 204-232.
- Agra, Y., Sacristán, A., Pelayo, M., y Fernández, J. (2003). Relación de la calidad de vida con diferentes modelos de atención domiciliaria en enfermos oncológicos terminales de un área sanitaria de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 77(5).
- Aguado, L. (2005). *Emoción, afecto y motivación*. Madrid, Alianza.
- Aguglia, E., Onor, M. L., Trevisiol, M., Negro, C., Saina, M., y Maso, E. (2004). Stress in the caregivers of Alzheimer's patients: an experimental investigation in Italy. *American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias*, 19, pp. 248-52.
- Ahlberg, K., Ekman, T., Gaston-Johansson, F., y Mock, V. (2003). Assessment and management of cancer-related fatigue in adults. *Lancet*, 362(23), pp. 640-50.

- Ahles T. A., Saykin A. J., Furstenberg C. T., Cole B., Mott L. A., Titus-Ernstoff, L., Skalla K., Bakitas, M., y Silberfarb P. M. (2002). Neuropsychologic impact of standard-dose systemic chemotherapy in long-term survivors of breast cancer and lymphoma. *Journal of Clinical Oncology*, 20, pp. 485-493. doi:10.1200/JCO.20.2.485.
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., y Stayton, D. (1974). *Infant-mother attachment and social development*. En M. P. Richards (Ed.), *The introduction of the child into a social world* (pp. 99-135). London, Cambridge University Press.
- Al-Ghazal, S., Fallowfield, L., y Blamey, W. (2000). Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *European Journal of Cancer*, 15, pp. 1938-43.
- Álvarez, L., González, A. M., y Muñoz, P. (2008). El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit: Cómo administrarlo e interpretarlo. *Gaceta Sanitaria*, 22(6), pp. 618-619.
- Amato, P. R., y Rogers, S. J. (1997). A longitudinal study of marital problems and subsequent divorce. *Journal of Marriage and the Family*, pp. 612-624.
- Amigo-Vázquez, I., Asensio, E., Menéndez, I., Redondo, S., y Ledesma, J. A. (2014). Working in direct contact with the public as a predictor of burnout in the banking sector. *Psicothema*, 26(2).
- Anadón, O. (2006). Inteligencia emocional percibida y optimismo disposicional en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 9, pp. 1-13.
- Anagnostopoulos, F., y Myrghianni, S. (2009). Body Image of greek breast cancer patients treated with mastectomy or breast conserving surgery. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16, pp. 311-21.
- Anaya, J. L., Ortiz, A. C., Panduro, D. R. y Ramírez, G. (2006). Síndrome de “quemazón” (burnout) en médicos familiares y asistentes médicos. *Atención Primaria*, 38, pp. 467-468.
- Anderson-Hanley, C., Sherman, M. L., Riggs, R., Agocha, V. B., y Compas, B. E. (2003). Neuropsychological effects of treatments for adults with cancer: A meta-analysis and review of the literature. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 9, pp. 967-982. doi:10.1017/S1355617703970019.

- Antoine, P., Christophe, V., y Nandrino, J.L. (2008). Dyadic Adjustment Scale: clinical interest of a revision and validation of an abbreviated form. *L'Encéphale*, 34(1), pp. 38-46. doi: 10.1016/j.encep.2006.12.005.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco, Jossey Bass.
- Arbonneau, D., y Nicol, A.M. (2002). Emotional intelligence and prosocial behaviour in adolescent. *Psychological reports*, 90, pp. 361-370. <http://dx.doi.org/10.2466/pr0.2002.90.2.361>.
- Arn, A. (2014). Emotional intelligence and relationship satisfaction: The emotional quotient inventory: Short form and the mayer-salovey-caruso emotional intelligence test as predictors of relationship satisfaction in opposite and same-sex couples. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 74(8-B).
- Arnold, M. (1960). *Emotion and personality*. Nueva York, Columbia University Press.
- Aron, A., Fisher, H., Mashek, D. J., Strong, G., Li, H. y Brown, LL. (2005). Reward, motivation, and emotion systems associated with early-stage intense romantic love. *Journal of neurophysiology*, 94(1), pp. 327-37.
- Aronson, E., y Linder, D. (1965). Gain and loss of esteem as determinants of interpersonal attraction. *Journal of Experimental Social Psychology*, 1, pp. 156-171.
- Arrarás, J. I., Arias de la Vega, F., Illarramendi, J. J., Manterola, A., Salgado, E., Dominguez, M. A. y Vera, R. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud en los servicios de Oncología del Hospital de Navarra. Grupo de Calidad de Vida de la EORTC. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(1), pp. 9-20.
- Arrarás, J. I., Greimel, E., Sezar, O., Chie, W.C., Bergenmar, M., Costantini, A., Young, T., Vlastic, K. y Velikova, G. (2010). An international validation study of the EORTC QLQ-INFO25 questionnaire: An instrument to assess the information given to cancer patients. *European Journal of Cancer*, 46(15), pp 2726-2738.
- Arrarás, J. I., Pruja, E., Marcos, M., Tejedor, M., Illarramendi, J. J., y Vera, R. (2000). El cuestionario de Calidad de Vida para cáncer de pulmón de la EORTC QLQ-LC13. Estudio de validación para nuestro país. *Oncología*, 23, pp. 127-134.
- Artaso, B., Goñi, A., y Biurrun, A. (2003). Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 38(4).

- Ashknasy, N. M., y Dasborough, M. T. (2003). Emotional awareness and emotional intelligence in leadership teaching. *Journal of Education for Business*, 79, pp. 18-22.
- Aspinwall, L. G. y Tedeschi, R. G. (2010). Of babies and bathwater: A reply to Coyne and Tennen's views on positive psychology and health. *Annals of Behavioral Medicine*, 39(1), pp. 27-34.
- Atance Martínez, J. C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista española de salud pública*, 71(3), pp. 293-303.
- Atienza, A. A., Stephens, M. A. P. y Townsend, A. L. (2002). Dispositional optimism, role-specific stress, and the well-being of adult daughter caregivers. *Research on Aging*, 24 (2), pp. 193-217.
- Augusto-Landa, J. M., Berrios-Martos, M. P., López-Zafra, E. y del Carmen, M. (2006). Relación entre burnout e inteligencia emocional y su impacto en salud mental, bienestar y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), pp. 479-493.
- Austin, E. J., Evans, P., Goldwater, R., y Potter, V. (2005). A preliminary study of emotional intelligence, empathy and exam performance in first year medical students. *Personality and Individual Differences*, 39, pp. 1395-1405.
- Austin, E. J., Saklofske, D. H., Huang, S. H., y McKenney, D. (2004). Measurement of trait emotional intelligence: testing and cross-validating a modified version of Schutte et al.'s (1998) measure. *Personality and individual differences*, 36(3), pp. 555-562.
- Aveni, M. A., y Albani, F. (1992). *The burnout syndrome in the helping professions: A study of socio-sanitary staff working with the elder persons in different geriatric services in Lombardy area*. En J. M. Vía y E. Portella (Eds.), *La sociedad ante el envejecimiento y la minusvalía* (Vol. I). Barcelona, S.G. Editores.
- Averill, J. R. (1988). *Un enfoque constructivista de la emoción*. En L. Mayor (Ed.), *Psicología de la Emoción*. Valencia, Promolibro.
- Averill, J. R. (1985). *The social construction of emotion: with special references to love*. En K. J. Gergen y K. E. Davis (Eds.), *The social construction of person*. Nueva York, Springer Verlag.
- Avia, M. D., Vazquez, C. (1999). *Optimismo Inteligente*. Madrid, Alianza Editorial, S.A.

- Bakker, A.; Van Der Zee, K.; Lowing, K. y Dollard, M. (2006). The relationship between the Big Five Personality Factors and burnout: a study among volunteer counselors. *Journal of Social Psychology, 164*(1), pp. 31- 50.
- Barchard, K. (2003). Does emotional intelligence assist in the prediction of academic success?. *Educational and Psychological Measurement, 63*(5), pp. 840-858.
- Barder, E., y Pearson, P. (1998). *In quest of the mythical mate*. Nueva York, Brunner/ Mazel.
- Bárez Villoria, M., Blasco, T., y Fernández Castro, J. (2003). Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama (Tesis Doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra, Barcelona.
- Bar-On, R. (1997). *The Emotional Quotient Inventory (EQ-i): A test of emotional intelligence*. Toronto, Multi-Health Systems.
- Bar-On, R. (2000). *Emotional and social intelligence: insights from the Emotional Quotient Inventory (EQ-i)*. En R. Bar-On y J.D.A. Parker (eds.), *Handbook of emotional intelligence*. San Francisco, JosseyBass.
- Bar-On, R. (2002). *Bar-On Emotional Quotient Inventory: Short Technical Manual*. Toronto, Canada, Multi-Health System.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema, 18*, 13-25.
- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D., y Vélez, V. (2004). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia Psicológica, 24*(1), pp. 55-61.
- Barreto, R. V., Coral, R.C., Campos, M.S., Gallardo, K., y Ortiz, T.O. (2015). Cuidadores y cuidadoras familiares de personas con enfermedad crónica en Colombia: más similitudes que diferencias. *Revista Científica Salud Uninorte, 31*(2).
- Bartels A., y Zeki, S. (2004). The neural correlates of maternal and romantic love. *Neuroimage 21*, pp. 1155-1166.
- Bartels, A., y Zeki, S. (2000). The neural basis of romantic love. *Neuroreport, 11*, pp. 3829-3834. doi: 10.1097/00001756-200011270-00046.
- Bartholomew, K., y Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among adults: A test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, pp. 226-244.

- Baucom, D. H., Epstein, N., Sayers, S., y Sher, T. G. (1989). The role of cognitions in marital relationships: definitional, methodological, and conceptual issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, pp. 31-38.
- Baucom, D. H., y Epstein, N. (1990). *Cognitive-Behavioural Marital Therapy*. New York, Brunner/Mazel.
- Bauman, Zigmunt. (2005). *Amor líquido: acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. México D.F. Fondo de cultura económica. ISBN 978-84-375-0588-6.
- Beck, A. T. (1983). *Cognitive therapy of depression*. En P.J. Clayton y J.E. Barret (Eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265-290). Nueva York, Rawes Dresl.
- Beck, A. T. (1988). *Love is never enough*. New York, Harper y Row.
- Beck, S. A. (2001). A program design of psychological services for low-socioeconomic caregivers of terminally ill patients. (Tesis Docotoral). Caribbean Center for Advanced Studies, Institute of Psychology, Miami.
- Beck, U. y Beck-Gernsheim, E. (2001). *El normal caos del amor: las nuevas formas de relación amorosa*. Barcelona, Paidós Ibérica. ISBN 9788449310911.
- Bédard, M., Raney, D., Molloy, D. W., Lever, J., Pedlar, D., y Dubois, S. (2001). The experience of primary and secondary caregivers caring for the same adult with Alzheimer's disease patients. *Journal of Aging & Mental Health*, 7, pp. 287-96.
- Begovic-Juhant, A., Chmielewski, A., Iwuagwu, S., y Chapman, L. A. (2012). Impacto de la imagen corporal en la depresión y la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30 (4), pp. 446-60.
- Bellizzi, K. M., Latini, D. M., Cowan, J. E., Duchane, J., y Carroll, P. R. (2008). Fear of recurrence, symptom burden and health-related quality of life in men with prostate cancer. *Urology*, 72(6), pp. 1269-73. doi: 10.1016/j.urology.2007.12.084.
- Belsky, J. (2001). Emanuel Miller Lecture: Developmental risks (still) associated with early child care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(07), pp. 845-859.

- Belsky, J. y Isabella, R. (1988). *Maternal, infant and social-contextual determinants of attachment security*. En J. Belsky y T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 41-94). Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum.
- Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*, 155-62.
- Benazon, N. R., y Coyne, J. C. (2000). Living with a depressed spouse. *Journal of Family Psychology, 14*(1), pp. 71-79. <http://dx.doi.org/10.1037/0893-3200.14.1.71>.
- Bercheid, E., y Walster, E (1978). *Interpersonal attraction*. Massachusetts, Addison Wesley. En español: *Atracción interpersonal*. Bogotá, Fondo Educativo Interamericano.
- Bernarás, E., Garaigordobil, M., y De las Cuevas, C. (2011). Inteligencia emocional y rasgos de personalidad. Influencia de la edad y el género durante la edad adulta y la vejez. *Boletín de Psicología, 103*, pp. 75-88.
- Bisquerra, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa, 21*(1), pp. 7-43.
- Blasco, T. (1990). Factores psicológicos en la modulación de respuestas biológicas: El caso de las náuseas y vómitos en la quimioterapia del cáncer. (Tesis doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra: Barcelona.
- Blasco, T. y Bayés, R. (1990). Factores psicológicos en la tolerancia a los efectos secundarios de la quimioterapia. *Clínica y Salud, 1*(2), pp. 133-141.
- Blasco, T., y Inglés, N. (1997). Calidad de vida y adaptación a la enfermedad en pacientes de cáncer durante el tratamiento de quimioterapia. *Anuario de Psicología, 72*(8), pp. 1-90.
- Blasco, T., y Villamarín, F. (1993). Expectativas de eficacia y de resultados en pacientes de cáncer sometidos a quimioterapia. *Análisis y Modificación de Conducta, 19*(67), pp. 689-706.
- Blood, R. O., y Wolfe, D. M. (1960). *Husbands and wives: The dynamics of married living*. New York, Free Press.
- Bloom, J. R., Stewart, S. L., Johnston, M. y Banks, P. (1998). Intrusiveness of Illness and Quality of Life in Young Women with Breast Cancer. *Psycho-Oncology, 7*(2).
- Boinon, D., Sultan, S., Charles, C., Stulz, A., Guillemeau, C., Delalogue, S. y Dauchy, S. (2014). Changes in psychological adjustment over the course of treatment for breast cancer: The predictive

- role of social sharing and social support. *Psycho-Oncology*, 23, pp. 291-298. doi: 10.1002/pon.3420.
- Boland, J. P., y Follingstad, D. R. (1987). The relationship between communication and marital satisfaction: A review. *Journal of sex y marital therapy*, 13(4), pp. 286-313.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, pp. 20-28.
- Bonfill, X. (1990). Cáncer y calidad de vida. *Medicina Clínica*, 95, pp. 106-109.
- Boning, U. y Henss, R. (1983). Empirische Ergebnisse zum Einsatz der «Dyadic Adjustment Scale» von G.B. Spanier. *Partnerberatung*, 1, pp. 37-43.
- Borchers, H., Kirschner-Hermanns, R., Brehmer, B., Tietze, L., Reineke, T., Pinkawa, M., Eble, M. J. y Jakse, G. (2004). Permanent 125I-seed brachytherapy or radical prostatectomy: a prospective comparison considering oncological and quality of life results. *BJU International*, 94(6), pp. 805-11.
- Borkowski, J. G. (1985). *Signs of intelligence: Strategy generalization and metacognition*. En S. R. Yuss (Ed.), *The development of reflection in children* (pp. 105-144). San Diego, California, Academic Press.
- Bouchard, M., y Reich, M. (2012). Insomnias in oncology: screening and management. *Bulletin du Cancer*, 99(5), pp. 571-9.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. (2ª ed., 1982). New York, Basic Books.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London, Tavistock.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss, sadness and depression*. New York, Basic Books.
- Boyatzis, R. E. (2009). Competencies as a behavioral approach to emotional intelligence. *Journal of Management Development*, 28(9), pp. 749-770.
- Boyatzis, R. E., y Goleman, D. (2007). *Emotional and social competency inventory*. Boston, Hay Group.
- Boyatzis, R. E., Goleman, D., y Rhee, K. (2000). Clustering competence in emotional intelligence: Insights from the Emotional Competence Inventory (ECI). *Handbook of emotional intelligence*, pp. 343-362.

- Brackett, M. A., y Mayer, J. D. (2003). Convergent, discriminant, and incremental validity of competing measures of emotional intelligence. *Personality and social psychology bulletin*, 29(9), pp. 1147-1158.
- Brackett, M. A., y Salovey, P. (2004). *Measuring emotional intelligence with the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT)*. En G. Geher (Ed.), *Measuring emotional intelligence: Common ground and controversy* (pp. 179 -194). Happaage, New York, Nova Science Publishers.
- Brackett, M. A., Rivers, S. E., Shiffman, S., Lerner, N., y Salovey, P. (2006). Relating emotional abilities to social functioning: a comparison of self-report and performance measures of emotional intelligence. *Journal of personality and social psychology*, 91(4), pp. 780-795.
- Brackett, M. A., Warner, R. M. y Bosco, J. (2005). Emotional intelligence and relationship quality among couples. *Personal Relationships*, 12, pp. 197-212.
- Bradbury, T. N. y Fincham, E. D. (1993). Assessing dysfunctional cognition in marriage: A reconsideration of the Relationship Belief Inventory. *Psychological Assessment*, 5, pp. 92-101.
- Bradley, V. L. (2000). *Coping, perceived burden, and the burnout syndrome in caregivers to people with cancer*. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 61(5-B), p. 2747.
- Brehm, S. S. (1985). *Intimate Relationships*. New York, Random House.
- Brennan, K. A. y Bosson, J. K. (1998). Attachment-style differences in attitudes toward and reactions to feedback from romantic partners: An exploration of the relational bases of self-esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24(7), pp. 699-714.
- Brinkley, D. (1986). Calidad de vida en los pacientes cancerosos. *BMJ*, 1, pp. 23-24.
- Broadhead, J. K., Robinson, J. W. y Atkinson, M. J. (1998). A New Quality of Life Measure for Oncology. *Journal of Psychosocial Oncology*, 6(1).
- Brunault, P., Toledano, A., Aguerre, C., Suzanne, I., Garaud, P., Trzepidur-Edom, M., Calais, G., y Camus, V. (2012). Impact of late treatment-related radiotherapy toxicity, depression and anxiety on quality of life in long-term breast cancer survivors. *Bull Cancer*, 99(5), pp 589-98. doi: 10.1684/bdc.2012.1569.

- Buceta, J. M., y Bueno, A. M. (2001). *Estrés, rendimiento y salud*. En: Buceta JM, Bueno AM y Mas B, editores. *Intervención psicológica y salud: control del estrés y conductas de riesgo*. Madrid, Dykinson, pp. 19-55.
- Budnik, M. F. (2004). Emotional intelligence and burnout: Influence on the intent of staff nurses to leave nursing. *Dissertation Abstracts International: Section B: The sciences an engineering*, 64(9-B), p. 4281.
- Burke, R. J. (1987). Burnout in police work: An examination of the Chernis model. *Group and Organization Studies*, nº12, pp. 174-188.
- Burke, R. J., Greenglass, E.R., y Schwarzer, R. (1996). Predicting teacher burnout over time: Effects of work stress, social support, and self-doubts on burnout and its consequences. *Anxiety, Stress and Coping*, 9, pp. 261-275.
- Burke, R. J., Shearer, J. y Deszca, E. (1984). Burnout among men and women in police work. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 7, pp. 162-188.
- Burleson, B. R y Denton, W. H. (1997). The relationship between communication skills and marital satisfaction: Some moderating effects. *Journal of the Marriage and the Family*, 59, pp. 884-902.
- Bus, N., Haberman, M., Donaldson, G., y Sullivan, K. (1995). Quality of life of 125 adults surviving 6-18 years after bone marrow transplantation. *Social Science and Medicine*, 40, pp. 479-90.
- Busby, D. M. y Gardener, B. C. (2008). How do I analyze thee? Let me count the ways: Considering empathy in couple relationships using self and partner ratings. *Family process* 47(2), pp. 229-242.
- Busby, D. M., Christensen, C., Crane, D. R. y Larson, J. H. (1995). A revision of the Dyadic Adjustment Scale for use with distressed and nondistressed couples: Construct hierarchy and multidimensional scale. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, pp. 289-308.
- Buss, D. M. (1989). Sex differences in human mate references: evolutionary hyp sis tested in 37 cultures. *Behavioural and Brain Sciences*, 12, pp. 1-49.
- Butzer, B. y Campbell, L. (2008). Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couples. *Personal Relationships*, 15, pp. 141-154. doi:10.1111/j.1475-6811.2007.00189.x.

- Cáceres, J. (1996). *Manual de Terapia de Pareja e Intervención*, Madrid, Fundación Universidad Empresa, Col. Terapia de Conducta y Salud.
- Cadell, S. (2007). The sun always comes out after it rains: understanding posttraumatic growth in HIV caregivers. *Health Social Work, 32*, pp. 169-176.
- Calhoun, L. G. y Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician's Guide*. Mahwah, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Calhoun, L. G. y Tedeschi, R. G. (2000). *Early posttraumatic interventions: facilitating possibilities for growth*. En J.M. Violanti, D. Patton, y D. Dunning (Eds.), *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives*. Springfield, IL, C. C. Thomas.
- Campbell, L., Simpson, J. A., Kashy, D. A. y Fletcher, G. J. O. (2001). Ideal standards, the self, and flexibility of ideals in close relationships. *Personality and Social Psychology Bulletin, 27*, pp. 447-462.
- Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología, 2*(1), pp. 71-80.
- Carey, M. P., Spector, I. P., Lantinga, L. J. y Krauss, D. J. (1993). Reliability of the Dyadic Adjustment Scale. *Psychological Assessment, 5*, pp. 238-240.
- Carey, M. S. (1999): Coping styles of breast cancer patients and spouses: The effect on patients' psychological well-being and quality of life. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 59*(9B), p. 5074.
- Carlin, M., y Garcés de los Fayos, E. J. (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de psicología, 26*(1), pp. 169-180.
- Carpeneo, C., y Koller, S. (2004). Relações amorosas ao longo das décadas: um estudo de cartas de amor. *Interação em Psicologia, 8*(1), pp. 1-13.
- Carrasco, A. M., Corte, C. M., y León, J. M. (2010). Engagement: un recurso para optimizar la salud psicosocial en las organizaciones y prevenir el burnout y estrés laboral. *Revista digital de seguridad y salud en el trabajo, 1*.
- Carstensen, L. L. y Fisher, J. E. (1991). Treatment applications for psychological and behavioral problems of the elderly in nursing homes. *Handbook of clinical behavior therapy with the elderly client*, pp. 337-362.

- Carter, C. S. y Porges, S. W. (2013). The biochemistry of love: an oxytocin hypothesis. *EMBO Reports*, 14(1), pp. 12–16. doi: 10.1038/embor.2012.191.
- Carver, C. S., Lehman, J. M., y Antoni, M. H. (2003). Dispositional pessimism predicts illness-related disruption of social and recreational activities among breast cancer patients. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), pp. 813-21.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F. L., y Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and social psychology*, 65(2), pp. 379-90.
- Casellas-Grau, A., Font, A., y Vives, J. (2014). Positive psychology interventions in breast cancer. A systematic review. *Psycho-Oncology*, 23(1), pp. 9-19.
- Castañeda, E. y García, J. (2010). Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39, pp. 67-84.
- Castaño, J. G. y Morales, C. E. (2009). Evaluación de la calidad de vida asociada a la salud en los pacientes sometidos a prostatectomía radical abierta por carcinoma de próstata clínicamente localizado. *Revista Urología Colombiana*, XVIII(3), pp 22 – 30.
- Cattell, R. B. (Ed.). (1967). *Handbook of multivariate experimental psychology*. Chicago, Rand McNally
- Cense, H. A., Visser, M. R., Van Sandick, J. W., de Boer, A. G., Lamme, B., Obertop, H., y van Lanschot, J. J. (2004). Quality of life after colon interposition by necessity for esophageal cancer replacement. *Journal of Surgical Oncology*, 88(1), pp. 32-38.
- Cervera, S. y Aubá, E. (2005). Calidad de vida y dinámica familiar tras el diagnóstico de cáncer de mama. *Boletín de Psicología*, 85, pp. 7-29.
- Chadwick, B. A., Albrecht, S. L., y Kunz, P. R. (1976). Marital and family role satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, pp. 431-440.
- Chappell, N. L., y Reid, R. C. (2002). Burden and well-being among caregivers: examining the distinction. *The Gerontologist*, 42(6), pp. 772-780.

- Charles, S.T., y Carstensen, L.L. (2002). Marriage in old age. *Inside the American couple: New insights, new challenges*, pp. 236-254.
- Chaves, C. (2014). Emociones positivas y bienestar en niños con enfermedades crónicas. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.
- Chaves, C., Vazquez, C. y Hervás, G. (2013). Benefit finding and well-being in children with life threatening illnesses: An integrative study. *Terapia Psicológica, Vol 31(1)*, Special issue: Positive psychology. pp. 59-68.
- Cheung, C. K. y Chow, E. O. (2011). Reciprocal influences between burnout and effectiveness in professional care for elders. *Social Work in health care, 50(9)*, pp. 694-718. doi: 10.1080/00981389.2011.580421.
- Choliz, M. (2005). *Psicología de la Emoción: El Proceso Emocional*. España. Departamento de Psicología Básica. Universidad de Valencia, pp. 1- 33.
- Christopher, F. S. y Spreche, S. (2000). Sexuality in Marriage, Dating, and Other Relationships: A Decade Review. *Journal of Marriage and Family, 62(4)*, pp. 999-1017.
- Chronister, J., Chin Chou, C., Frain, M. y Da Silva, E. (2008). The relationship between social support and rehabilitation related outcomes: a metaanalysis. *Journal of Rehabilitation, 74(2)*, pp. 16-32.
- Ciarrochi, J. V., Chan, A. Y. C. y Caputi, P. (2000). A critical evaluation of the emotional intelligence construct. *Personality and Individual Differences, 28*, pp. 539-561.
- Ciarrochi, J. V.-Chan,A.C.-Caputi,P., y Roberts, R. (2001). *Measuring emotional intelligence (EI)*. En Ciarrochi, Forgas and Mayer (Eds.), *Emotional intelligence in everyday life: A Scientific Inquiry* (pp. 25-44). Philadelphia, Psychology Press.
- Clements, M., Cordova, A., Markman, H. y Laurenceau, J. (1997). *The erosion of marital satisfaction over time and how to prevent it*. En R.J. Sternberg y M. Hojjat (Eds), *Satisfaction in Close Relationships*. New York, Guilford Press.
- Clyburn, L. D., Stones, M. J., Hadjistavropoulos, T., y Tuokko, H. (2000). Predicting caregiver burden and depression in Alzheimer's disease. *The Journals of Gerontology Biological Sciences & Medical Sciences, 55*, pp. S2-13.

- Cocquyt, V. F., Blondeel, P. N., Depypere, H. T., Karlien, A., Van De Sijpe, K. A., y Daems, K. K. (2003). Better cosmetic results and comparable quality of life after skin-sparing mastectomy and immediate autologous breast reconstruction compared to breast conservative treatment. *British Journal of Plastic Surgery*, 56, pp. 462-70.
- Coen, R. F., Swanwick, G. R. J., O'Boyle, C. A., y Coakley, D. (1997). Behavior disturbance and other predictors of *career* burden in Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, pp. 331-6.
- Coetzee, M., y Harry, N. (2014). Emotional intelligence as a predictor of employees' career adaptability. *JOURNAL OF VOCATIONAL BEHAVIOR*, 84(1), 90-97.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jvb.2013.09.001>
- Coll, J. y Draves, P. (2008). An Examination of the Relationship between Optimism and Worldview among University Students. *College Student Journal*, 42 (2), 395-401.
- Collins, N. L. y Feeney, B. C. (2000). A safe haven: An attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, pp. 1053-1073. doi:10.1037/0022-3514.78.6.105.
- Collins, N. L., Ford, M. B., Guichard, A. C. y Allard, L. M. (2006). Working Models of Attachment and Attribution Processes in Intimate Relationships. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(2), pp. 201-219.
- Conger, R., Elder, G. H. Jr., Lorenz, F. O., Conger, K. J., Simons, R. L., Whitbeck, L. B., Huck, S. y Melby, J. N. (1990). Linking economic hardship to marital quality and instability. *Journal of Marriage and the Family*, 52, pp. 643-656.
- Conroy, T., Marchal, F., y Blazeby, J. M. (2006). Quality of life in patients with oesophageal and gastric cancer: an overview. *Oncology*, 70(6), pp. 391-402.
- Contreras, M., Ceric, F. y Torrealba, F. El lado negativo de las emociones: la adicción a drogas de abuso. *Revista de Neurología*, 47, pp. 471-6.
- Cooper, C. L., y Davidson, M. (1988). *Las fuentes de estrés en el trabajo y su relación con los ambientes no laborales*. En: Kalimo R, El-Batawi MA, Cooper Cl, compiladores. Los factores psicosociales en el trabajo. Ginebra: OMS, pp. 97-109.

- Cooper, C. L., Dewe, P. J. y O'Driscoll, M. P. (2001). *Stress and Work Organizations: a review and critique of theory, research and applications*. California, Sage.
- Cordeiro, J. (2001). Prevalencia del síndrome de Burnout en el profesorado de primaria de la zona de Bahía de Cádiz. Tesis Doctoral. Universidad de Cádiz.
- Cordova, M. J. (2008). Facilitating posttraumatic growth following cancer. En S. Joseph and A. Linley (Eds.), *Trauma, recovery, and growth: positive psychological perspectives on posttraumatic stress* (pp. 185-207). New York, Lawrence Erlbaum Associates.
- Corey, G. (1993). *I Never Knew I Had a Choice*. Vars, Canada, Brooks/Cole; Edición: 5th Revised edition. ISBN-13: 978-0534201678.
- Cortés, S., Reyes, D., Díaz-Loving, R., Rivera, S. y Monjaraz, J. (1994). *Elaboración y análisis psicométrico del Inventario Multifacético de Satisfacción Marital (IMSM)*. La Psicología Social en México. México: AMEPSO, V, pp. 123-130.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people., *Journal of Personality and Social*, 38, pp. 668 – 678.
- Courneya, K. S., Segal, R. J., Mackey, J. R., Gelmon, K., Reid, R. D., Friedenreich, C. M., Ladha, A.B., Proulx, C., Vallance, J.K., Lane, K., Yasui, Y., y McKenzie, D.C. (2007). Effects of aerobic and resistance exercise in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy: a multicenter randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 25, pp. 4396-4404.
- Covey, S. R. (1997). *Los siete hábitos de la gente altamente efectiva*. Ed. Paidós, Barcelona.
- Covinsky, K. E., Newcomer, R., Fox, P., Wood, J., Sands, L., Dane, K., et al. (2003). Patient and caregiver characteristics associated with depression in caregivers of patients with dementia. *Journal of General Internal Medicine*, 18, pp. 1006-14.
- Coyne, J. C., Tennen, H. (2010). Positive psychology in cancer care: Bad science, exaggerated claims, and unproven medicine. *Annals of Behavioral Medicine*, 39(1), pp. 16-26. doi: 10.1007/s12160-009-9154-z.
- Crane, D. R., Allgood, S. M., Larson, J. H. y Griffin, W. (1990). Assessing marital quality with distressed and nondistressed couples: A comparison and equivalency table for three frequently used measures. *Journal of Marriage and the Family*, 52, pp. 87-93.

- Crane, D. R., Busby, D. M. y Larson, J. H. (1991). A factor analysis of the Dyadic Adjustment Scale with distressed and nondistressed couples. *The American Journal of Family Therapy*, 19, pp. 60-66.
- Crane, D. R., Middleton, K. C. y Bean, R. A. (2000). Establishing criterion scores for the Kansas Marital Satisfaction Scale and the Revised Dyadic Adjustment Scale. *The American Journal of Family Therapy*, 28, pp. 53-60.
- Crespo, M. y Rivas, M. T. (2015). La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clínica y Salud*, 26(1), pp. 9-15.
- Croft, L., Sorkin, J., y Gallicchi, L. (2014). Marital status and optimism score among breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 22(11), pp. 3027-3034.
- Crombie, D., Lombard, C., y Noakes, T. (2009). Emotional intelligence scores predict team sports performance in a national cricket competition. *International Journal of Sports Science and Coaching*, 4(2), 209-224.
- Crowther, K. (2011). Relationship with parents. *Community practitioner: the journal of The Community Practitioners' and Health Visitors' Association*, 84(11), p. 12.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). Literacy and intrinsic motivation. *Daedalus*, pp. 115-140.
- Csikszentmihalyi, M. (1996). *Creativity: Flow and the psychology of discovery and invention*. New York, Harper/Ccillins.
- Csikszentmihalyi, M. (1997). *Aprender a fluir*. Barcelona, España, Editorial Kairós.
- Cuadra, H. y Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12(1), pp. 83-96.
- Currier, J. M., Hermes, S. y Phipps, S. (2009). Children's response to serious illness: perceptions of benefit and burden in a pediatric cancer population. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(10), pp. 1129-1134.
- Cushing, B.; Martin, J.; Young, L.; y Carter, C. (2001). The effects of peptides on partner preference formation are predicted by habitat in prairie voles. *Hormones and Behavior*, 39, pp. 48-58.
- Cutrona, C. E., y Russell, D. W. (1990). *Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching*. En B. R. Sarason, I. G. Sarason, y G. R. Pierce (Eds). *Social support: An interactional view* (pp. 319-366). New York: Wiley.

- Da Costa Neto, S. B. y Cavalcanti, T. C. (2005). Calidad de vida de los portadores de neoplasia de cabeza y de cuello en fase diagnóstica. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, pp 53-63.
- Damasio, A. R. (1996a). *El error de Descartes: La razón de las emociones*. Barcelona, Crítica
- Damasio, A. R. (1996b). The somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex. *Transactions of the Royal Society(London)*, 351 (1346), pp. 1413-1420.
doi:10.1098/rstb.1996.0125.
- Damasio, A. R. (2003). Feelings of emotion and the self. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1001(1), 253-261.
- Damasio, A. R. (2005): *En busca de Spinoza. Neurobiología de la emoción y los sentimientos*. Barcelona, Crítica, pp 46 - 52.
- Danoff-Burg, S., Revenson, T. A., Trudeau, K. J. y Pager, S. A. (2004). Unmitigated comunión, social constraints and psychological distress among women with rheumatoid arthritis. *Journal of Personality*, 72 (1), pp. 29- 46.
- Darwin, C. (1872). *The expression of the emotions in man and animals*. London, John Murray.
- David, C., Steele, R., Forehand, R. y Armistead, L. (1996). The role of family conflict and marital conflict in adolescent functioning. *Journal of Family Violence*, 11, pp. 81-91.
- Davidson, J. R. (2002). Surviving disaster: what comes after trauma? *British Journal of Psychiatry*, 181, pp. 366-368.
- Davis, M. H. (1983). Measuring Individual Differences in Empathy: Evidence for a Multidimensional Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), pp. 113-126.
- De Haes, J. C. J. M. y Van Knippenberg, F. C. E., (1986). The Quality of Life of Cancer Patients: A Review of the Literature. *Social Science and Medicine*, 20(8), pp. 809-817.
- De Haro-Rodríguez, M. A., Gallardo-Vid, L. S., Martínez, M. L. M., Camacho-Calderón, N., Velázquez-Tlapanco, J., y Hernández, E. P. (2014). Factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de mama en pacientes de recién diagnóstico. *Psicooncología*, 11(1), pp. 87-99.
- De Vito, N. (2009). *The relationship between teacher burnout and emotional intelligence: A pilot study*. Fairleigh Dickinson University, Canadá.

- Deal, J. E. (1996). Marital conflict and differential treatment of siblings. *Family Process*, 35, pp. 333-346.
- Díaz, J. (2003). *Prevención de los conflictos de pareja*. Bilbao, Desclée de Brouwer.
- Diener, E. M., Shu, E., Lucas, R. y Smith, H. (1997). Subjective well-being. Three decades of progress, 1967 to 1997. *Psychological Bulletin*, 125(2), pp. 276-302.
- Djärv, T., Lagergren, J., Blazebly, J. M., Lagergren, P. (2008). Long-term health-related quality of life following surgery for oesophageal cancer. *The British Journal of Surgery*, 95(9), pp. 1121-6. doi: 10.1002/bjs.6293.
- Docampo, M. M. (2002). Diferencias de género en las explicaciones causales de adolescentes. *Psicothema*, 14(3), pp. 572-576.
- Domjan, M. (2007). *Principios de aprendizaje y conducta*. Editorial Paraninfo, Madrid.
- Dorval, M., Guay, S., Mondor, M., Mâsse, B., Falardeau, M., Robidoux, A., Deschênes, L., y Maunsell, E. (2005). Couples who get closer after breast cancer: frequency and predictors in a prospective investigation. *Journal of Clinical Oncology*, 23, pp. 3588-3596.
- Dunkel-Schetter, C. y Bennett, T. L. (1990). *Differentiating the cognitive and behavioural aspects of social support*. En B.R. Sarason, J.G. Sarason y G.R. Pierce, *Social support: an interactional view* (pp. 267-296). New York, Wiley.
- Durán, A., Extremera, N., y Rey, L. (2004). Self-reported emotional intelligence, burnout and engagement among staff in services for people with intellectual disabilities. *Psychological Reports*, 95, pp. 386-390.
- Edelwich, J. K., y Brodsky, A. (1980). *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions* (Vol. 255). New York, Human Sciences Press.
- Edwards, J. K. (2007). *Relationship satisfaction: The role of attachment, conflict, empathy and forgiveness* (Tesis Doctoral), Purdue University, West Lafayette, IN, Estados Unidos.
- Efficace, F., Breccia, M., Saussele, S., Kossak-Roth, U., Cardoni, A., Caocci, G., Chie, W., Naeem, A., Nicolatou-Galitis, O., Cocks, K., Vignetti, M., Baccarani, M., Mandelli, F., y Sprangers, M. (2012). Which health-related quality of life aspects are important to patients with chronic myeloid leukemia receiving targeted therapies and to health care professionals? GIMEMA

- and EORTC Quality of Life Group. *Annals of Hematology*. 91(9), pp.1371-81. doi: 10.1007/s00277-012-1458-6. Epub 2012 Apr 29.
- Eidelson, R. J. y Epstein, N. (1982). Cognition and relationship maladjustment: Development of a measure of dysfunctional relationship beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, pp. 715-720.
- Ekman, P. (1972). *Universals and cultural differences in facial expressions of emotion*. En J. Cole (Ed.), Nebraska Symposium on Motivation, 1971 (Vol. 19, pp. 207–282). Lincoln, University of Nebraska Press.
- Ekman, P. (1984). Expression and the nature of emotion. En K.S. Scherer y P. Ekman (Eds.), *Approaches to emotion* (pp. 319-344). Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates.
- Ellis, A. (1985). *Expanding the ABC's concept of rational-emotive therapy*. In M. Mahoney y A. Freeman (eds.) *Cognition and Psychotherapy* (pp. 313-323). New York: Plenum.
- Ellis, A. y Grieger, R. (1989). *Handbook of racional-emotive therapy*. New York: Springer Publishing Company.
- Emener, W.G. y Luck, R.S. (1980). *Emener-Luck Burnout Escale*. ELBOS.
- Emmer, E. T. (1994). *Classroom management for secondary teachers*. Boston, MA, Allyn & Bacon.
- Engelberg, E., y Sjöberg, L. (2004). Emotional intelligence, affect intensity, and social adjustment. *Personality and Individual Differences*, 37(3), 533-542.
- Epstein, N. B. (1986). Cognitive marital *therapy multilevel assessment and intervention*. *Journal of Rational Emotive Therapy*, 4, pp. 68-81.
- Epstein, N. B., y Baucom, D. H. (2002). *Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples: A contextual approach*. Washington, DC, American Psychological Association.
- Epstein, N. B., Baucom, D. H. y Daiuto, A. (1997). *Cognitive-Behavioral Couples Therapy*. En W.K. Halford y H.J. Markman (Eds.). *Clinical Handbook of marriage and couples intervention* (pp. 415-449). New York, John Wiley and Sons.
- Epstein, S. (1998). *Constructive thinking: The key to emotional intelligence*. Westport: Praeger.
- Escamilla, M., Rodríguez, I. y González, G. (2009). El estrés como amenaza y como reto: un análisis de su relación. *Ciencia y Trabajo*, 32, pp. 96-101.

- Espina, A., Ochoa de Alda, I., y Ortego, A. (2003). Dyadic adjustment in parents of daughters with an eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 1 (5), p. 349362.
- Espina, A., Ortego, A., Ochoa de Alda, I., y González, P. (2003). Dyadic adjustment in parents of schizophrenics. *European Psychiatry*, 18 (5), p. 233240.
- Etxeberria, Y., Pérez-Izquierdo, J., Badiola, C., Quintana, J.M., Padierna, A., Aróstegui, I. y Capelastegui, (2001). A. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer de pulmón. *Gaceta Sanitaria*, 15(1), pp. 25-31.
- Expósito, Y. (2008). La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cancer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 7(3). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300004&lng=es&nrm=iso. ISSN 1729-519X.
- Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2002a). *Cuestionario MSCEIT (versión española 2.0) de Mayer, Salovey y Caruso*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems Publishers.
- Extremera, N., y Fernandez-Berrocal, P. (2002b). Relation of perceived emotional intelligence and health-related quality of life of middle-aged women. *Psychological Reports*, 91(1), pp. 47-59.
- Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2003). La inteligencia emocional en el contexto educativo: hallazgos científicos de sus efectos en el aula. *Revista de educación*, 332, pp. 97-116.
- Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2004a). Inteligencia emocional, calidad de las relaciones interpersonales y empatía en estudiantes universitarios. *Clínica y Salud*, 15, pp. 117-137.
- Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2004b). La importancia de desarrollar la inteligencia emocional en el profesorado. *Revista Iberoamericana de Educación*, 33(8), pp. 1-9.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2005a). Perceived emotional intelligence and life satisfaction: Predictive and Incremental validity using the Trait Meta-mood Scale. *Personality and Individual Differences*, 39, pp. 937-948.
- Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2005b). Inteligencia emocional percibida y diferencias individuales en el meta-conocimiento de los estados emocionales: una revisión de los estudios con el TMMS. *Ansiedad y Estrés*, 11(2-3), pp. 101-122.

- Fagundes, C. P., Berg, C. A., y Wiebe, D. J. (2012). Intrusion, avoidance, and daily negative affect among couples coping with prostate cancer: a dyadic investigation. *Journal of Family Psychology, 26*(2), pp. 246-53.
- Fallowfield, L. J., Baum, M., y Maguire, G. P. (1986). Effects of breast conservation on psychological morbidity associated with diagnosis and treatment of early breast cancer. *British Medical Journal, pp. 293: 1331.*
- Farber, B. A. y Wechsler, L. D. (1991). *Crisis in education: Stress and burnout in the American teacher.* San Francisco, Jossey-Bass.
- Faúndez, E. y Sánchez, L. (1998). Psoriasis, una enfermedad psicocutánea. *Revista Chilena de Dermatología, 14* (1), pp. 32-36.
- Fawzy, F. I., Fawzy, N. W., Hyun, C. S., Elashoff, R., Guthrie, D., Fahey, J. L., y Morton, D. L. (1993). Malignant melanoma: effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Archives of General Psychiatry, 50*(9), pp. 681-689.
- Feeney, B. C., y Collins, N. L. (2001). Predictors of caregiving in adult intimate relationships: An attachment theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology, 80*, pp. 972-994.
- Feeney, J. A. (1994). Attachment style, communication patterns, and satisfaction across the life cycle of marriage. *Personal Relationships, 1*, pp. 333-348.
- Feeney, J.A. y Noller, P. (2001). *Apego adulto.* Bilbao, España, Desclée De Brouwer.
- Feeney, J. A., Hohaus, L., Noller, P., y Alexander, R. (2001). *Becoming parents: Exploring the bonds between mothers, fathers and their infants.* New York, Cambridge University Press.
- Feliu, M. H. y Güell, M. A. (1992). *Relación de pareja. Técnicas para la convivencia.* Barcelona. Martínez Roca.
- Fernández, A.I. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología, 1*(2-3), pp. 169-180.
- Fernández-Abascal, E. G. (1997). *Psicología General: Motivación y emoción.* Madrid, Centro de Estudios Ramón Areces, S.A.

- Fernández-Berrocal, P. y Extremera, N. (2002). La inteligencia emocional como una habilidad esencial en la escuela. *Revista Iberoamericana de Educación*. Recuperado de <http://www.rieoei.org/deloslectores/326Berrocal.pdf>.
- Fernández-Berrocal, P. y Extremera, N. (2005). About emotional intelligence and moral decisions. *Behavioral and brain sciences*, 28(4), pp. 548-49.
- Fernández-Berrocal, P. y Extremera, N. (2006). La investigación de la inteligencia emocional en España. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), pp. 139-153.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale 1, 2. *Psychological reports*, 94(3), pp. 751-755.
- Fernández-Berrocal, P., Ramos, N., y Extremera, N. (2001). Inteligencia emocional, supresión crónica de pensamientos y ajuste psicológico. *Boletín de Psicología*, 70, pp. 79-95.
- Fernández-Berrocal, P., Ramos, N., y Orozco, F. (1999). La influencia de la inteligencia emocional en la sintomatología depresiva durante el embarazo. *Toko-Ginecología Práctica*, 59, pp. 1-5.
- Fernández-Berrocal, P., Salovey, P., Vera, A., Ramos, N., y Extremera, N. (2001). Cultura, inteligencia emocional percibida y ajuste emocional: un estudio preliminar. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 4, pp. 1-15.
- Ferrando, M., Prieto, M. D., Almeida, L., Ferrándiz, C., Bermejo, M. R., López-Pina, J. A., Hernández, D., Sainz, M., y Fernández, M. C. (2010). TEIQue-ASF and Academic Performance: A Study with Adolescents. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 29(2), pp. 150-159. doi: 10.1177/0734282910374707.
- Ferrando, P., Chico, E., y Tous, J. (2002). Propiedades psicométricas del Test de Optimismo Life Orientation Test. *Psicothema*, 14(3), pp. 673- 680.
- Ferreira, D. C. y Garcia, J. M. (2010). Oxitocina y comportamiento humano. *Revista de enfermería Referencia*, III (1), pp. 125-130.
- Ferrero-Berlanga, J., Toledo Aliaga, M., y Barreto Martín, M. (1995). Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27(1), pp. 87-102.
- Festinger L. (1950). Informal social communication. *Psychological Review*, 57, pp. 271-82.

- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford: Stanford University (Trad. cast. en Madrid: Instituto de Estudios Políticos, 1975).
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. En C. R. Figley (Ed.). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 1-20). New York, Brunner/Mazel.
- Fincham, F. D., Beach, S. R. y Baucom, D. H. (1987). Attribution processes in distressed and nondistressed couples: 4. Self-partner attribution differences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, pp. 739-748.
- Fincham, F. D. y Bradbury, T. N. (1992). Assessing attributions in marriage: The relationship attribution measure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, pp. 457-468.
- Fisher, H. (1992). *The Anatomy of Love*. Nueva York, W.W.Norton.
- Fisher, H. (2004). *Why We Love: The Nature and Chemistry of Romantic Love*. New York, Henry Holt and Company, LLC.
- Fisher, J. y Crandell, L. (2001). Patterns of relating in the couple. En C. Clulow (Ed.), *Adult attachment and couple psychotherapy: The 'secure base' in practice and research*. (pp. 15-27). Philadelphia, PA, US: Brunner Routledge.
- Fisiloglu, H. y Demir, A. (2000). Applicability of the Dyadic Adjustment Scale for measurement of marital quality with Turkish couples. *European Journal of Psychological Assessment*, 16, pp. 214-218.
- Fisiloglu, H. y Lorenzetti, A. F. (1994). The relation of family cohesion to marital adjustment. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 16, pp. 539-552.
- Fletcher, G. J. O., Simpson, J. A. y Thomas, G. (2000). The measurement of perceived relationship quality components: A confirmatory factor analytic approach. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, pp. 340-354.
- Font, A. (1994). Cáncer y Calidad de Vida. *Anuario de Psicología*, 61, pp. 41-50.
- Font, A., Rodríguez, E. y Buscemi, V. (2004). Fatiga, expectativas y calidad de vida en cáncer. *Psicooncología*, 1(2-3), pp. 45-56.
- Frank, R. H. (1988). *Passions within reason: The strategic role of the emotions*. New York, W W Norton y Co *Passions within reason: The strategic role of the emotions*. XIII.

- Fredrickson, B. L. (2000). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prevention y Treatment*, 3(1), 1a.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of social issues*, 30(1), pp. 159-165.
- Friedman, I. (1995). Student behavior patterns contributing to teacher burnout. *Journal of Educational Research*, 88(5), pp. 281-289.
<http://dx.doi.org/10.1080/00220671.1995.9941312>
- Friedman, L. C., Baer, P. E., Lewy, A., Lane, M., y Smith, F. E. (1988). Predictors of psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 6(1-2), pp. 75-94.
doi:10.1300/J077v06n01_05.
- Fromm, E. *El arte de amar*. (1956). Barcelona, Editorial Paidós. ISBN 9788449319990.
- Fung, K. W, Lau, Y., Fielding, R., Or, A., Yip, A. W. (2001). The impact of mastectomy, breast conserving treatment and immediate breast reconstruction on the quality of life of Chinese women. *ANZ Journal of Surgery*, 71(4), pp. 202-6.
- García Barreno, P. (2006). Cáncer. *Revista de la Real Academia de Ciencias Exactas Físicas y Naturales*, 100, pp. 55-82.
- García Izquierdo, M. y Velandrino, A. P. (1992). Una escala para la evaluación del burnout profesional de las organizaciones. *Anales de Psicología*, 8(1-2), pp. 131-138.
- García, J. M. y Herrero, S. (2008). Variables sociodemográficas y síndrome de burnout en una muestra multiocupacional del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. *Apuntes de Psicología*, 26(3), pp. 459-477.
- García, M. V. (2009). Inteligencia contextual, competencia decisional, inteligencia emocional, y habilidades de afrontamiento en deportistas de diferentes niveles de pericia. Tesis Doctoral. Universidad Castilla La Mancha, Toledo.
- García-Coll, V., Ruiz-Pérez, L. M., Palomo-Nieto, M. y Martín-Esteban, A. (2010). Inteligencia emocional, pericia y deportes colectivos. Congress: III International Congress of Sport Science and Physical Education, Pontevedra.
- Garden, K. (1987). Comparison of two measures of burnout. *Psychological Reports*, 53(1), 283-289.
- Gardner, H. (1987). *Estructuras de la mente. La teoría de las múltiples inteligencias*. México, Fondo de la Cultura Económica.

- Gartzia, L., Aritzeta, A., Balluerka, N. y Barberá, E. (2012). Inteligencia emocional y género: más allá de las diferencias sexuales. *Anales de Psicología*, 28(2) pp. 567-575.
- Gaviria, A. M., Vinaccia, S., Riveros, M. F. y Quiceno, J. M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento al estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, 20, pp. 50-75.
- Geiss, S. K. y O'Learly, K. D. (1981). Therapist ratings of frequency and severity of marital problem: Implications for research. *Journal of the Marriage and the Family Therapy*, 7, pp. 515-520.
- Gendy, R. K., Able, J. A. y Rainsbury, R. M. (2003). Impact of skin-sparing mastectomy with immediate reconstruction and breast-sparing reconstruction with miniflaps of the outcomes of oncoplastic breast surgery. *British Journal of Surgery*, 90, pp. 433-9.
- Gignac, G. E., Palmer, B. R., Manocha, R., y Stough, C. (2005). An examination of the factor structure of the Schutte self-report emotional intelligence (SSREI) scale via confirmatory factor analysis. *Personality and Individual Differences*, 39(6), pp. 1029-1042.
- Gilbar, O. (1991). The Quality of Life on Cancer patients who refuse Chemotherapy. *Social Science Medicine*, 32(12), pp. 1337-1340.
- Gillespie, D. F. y Numerof, R. E. (1984). *GNBI. The Gillespie Numerof Burnout Inventory. Technical Manual*. St. Louis: Washington University.
- Gillham, J. E. y Seligman, M. (1999). Footsteps on the road to a positive psychology. *Behavior Research and Therapy*, 37, pp. 163-173.
- Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout)*. Madrid, Ediciones Pirámide.
- Gil-Monte, P. R., y Zúñiga-Caballero, L. C. (2010). Validez factorial del "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo"(CESQT) en una muestra de médicos mexicanos. *Universitas Psychologica*, 9(1), pp. 169-178.
- Glass, D. C., McKnight, J. D., y Valdimarsdottir, H. (1993). Depression, burnout, and perceptions of control in hospital nurses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(1), pp. 147-155
<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.61.1.147>.
- Goetzmann, L., Scholz, U., Dux, R., Roellin, M., Boehler, A., Muellhaupt, B., Noll, G., Wüthrich, R. P., y Klaghofer, R. (2012). Attitudes towards transplantation and medication among 121 heart,

- lung, liver and kidney recipients and their spouses. *Swiss Medical Weekly*, 142, doi:10.4414/smw.2012.13595.
- Goldenberg, I., Matheson, K. y Mantler, J. (2006). The Assessment of Emotional Intelligence: A Comparison of PerformanceBased and Self-Report Methodologies. *Journal of Personality Assessment*, 86, pp. 33-45.
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. New York, Bantam Books.
- Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence*. New York, Bantam Books.
- Goleman, D. (2001). Emotional intelligence: Issues in paradigm building. In C. Cherniss & D. Goleman (Eds.), *The Emotionally Intelligent Workplace*, (pp. 13-26), San Francisco, Jossey-Bass.
- Goleman, D. (2003). What makes a leader. *Organizational Influence Processes (Porter, LW, et al. Eds.)*, New York, ME Sharpe, pp. 229-241.
- Gomella, L. G., Johannes, J. y Trabulsi, E. J. (2009). Current prostate cancer treatments: Effect on quality of life. *Urology*, 73(5), pp. S28-S35.
- Gómez Giraldo, É. D. P. (2012). Distorsiones cognitivas como factor de riesgo en la insatisfacción marital. Tesis Doctoral. Universidad de Medellín (Colombia).
- Gómez-Zepaín, J., Ortíz, MJ y Gómez-Lope, J. (2012). Capacidad para aportar y solicitar apoyo emocional en las relaciones de pareja en relación con los perfiles de apego. *Anales de Psicología*, 28(1), pp 302-312.
- González-Suárez, M. A., Reina, M. E., y De Armas, J. O. (2015). Creencias en salud y percepción de sobrecarga en cuidadores de pacientes oncológicos avanzados. Ponencia. Convención Internacional de Salud Pública: Cuba-Salud 2015. La Habana (Cuba). Recuperado en <http://www.convencionsalud2015.sld.cu/index.php/convencionsalud/2015/paper/view/1511>.
- Goodwin, J. S., Hunt, W. C., Key, C. R., y Samet, J. M. (1987). The effect of marital status on stage, treatment, and survival of cancer patients. *The Journal of the American Medical Association*, 258(21), pp. 3125-3130.

- Görgens-Ekermans, G. y Brand, T. (2012). Emotional intelligence as a moderator in the stress-burnout relationship: a questionnaire study on nurses. *Journal of clinical nurse*, 21(15-16), pp. 2275-85. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04171.x.
- Gottman, J. (1993). A theory of marital dissolution and stability. *Journal of Family Psychology*, 7, pp. 57-75.
- Gottman, J. y Notarius, C. I. (2000). Decade Review: Observing Marital Interaction. *Journal of Marriage and Family*, 62, pp. 927-947.
- Gottman, J., y Silver, N. (2006). *Siete reglas de oro para vivir en pareja*. Buenos Aires, Debolsillo.
- Graham, J. M., y Conoley, C. W. (2006). The role of marital attributions in the relationship between life stressors and marital quality. *Personal Relationships*, 13, pp. 231-241.
- Graham, J. M., Liu, Y. J. y Jeziorski, J.L. (2006). The Dyadic Adjustment Scale: A reliability generalization meta-analysis. *Journal of Marriage and the Family*, 68, pp. 701-717.
- Greer, S., Morris, T., Pettingale, K. W., y Haybittle, J. L. (1990). Psychological response to breast cancer and 15-year outcome. *The Lancet*, 335(8680), pp. 49-50.
- Gross, J. J. (2008). Emotion regulation. *Handbook of emotions*, 3, pp. 497-513.
- Guerra, J., Guerrero, E., y Leon del Barco, B. (2010). Relacion entre apego e inteligencia emocional en adolescentes. *Revista Electronica de Motivacion y Emocion*, 34(8).
- Guilford, J. P. (1950). Creativity. *American Psychologist*, 5(9), pp. 444-454.
- Guillén, F., Pérez-Luzardo, J. y Arnáiz, P. (2013). Relación entre motivación y optimismo disposicional en aprendices de inglés como lengua extranjera en un contexto universitario. *Revista de Educación, Extraordinario*, pp. 104-128.
- Gulín, R., Parajó, A., Seoane, P., Fernández, M. J., Sabuz, M. C. y Villar, S. (2008). Calidad de vida en los pacientes operados de cáncer de recto. *Cadernos de Atención Primaria*, 15, pp. 269-274.
- Gupta, M. A., Gupta, A. K y Watteel, G. N. (1997). Stress and alopecia areata: a psychodermatologic study. *Acta of Dermatology Venereologic*, 77(4), pp. 296-298.
- Gustavsson-Lilius, M., Julkunen, J., Keskivaara, P., Lipsanen, J. y Hietanen, P. (2012). Predictors of distress in cancer patients and their partners: The role of optimism in the sense of coherence construct. *Psychology & Health*, 27(2), pp. 178-195.

- Gustavsson-Lilius, M., Julkunen, J., Keskivaara, P., y Hietanen, P. (2007). Sense of coherence and distress in cancer patients and their partners. *Psycho-Oncology*, 16(12), pp. 1100-1110.
- Gutiérrez-Maldonado, J., Caqueo-Urizar, A. y Kavanagh, D. J. (2005). Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, pp. 899-904. doi: 10.1007/s00127-005-0963-5.
- Haffey, K. E. (2007). The relationship between emotional intelligence and psychological adjustment in children with cancer. Tesis Doctoral. Universidad de Auburn, Alabama. Recuperado de https://etd.auburn.edu/bitstream/handle/10415/637/HAFFEY_KERRY_22.pdf?sequence=1&ts=1441660988458
- Hagedoorn, M., Buunk, B. P., Kuijer, R. G., Ybema, J. F., De Jong, G. M., Wobbles, T., y Sanderman, R. (1999). Het verzorgen van een partner met multiple sclerose of kanker: Een grote kans op burnout? [*Caretaking of a partner with multiple sclerosis or cancer: Does it lead to burnout?*]. *Gedrag en Gezondheid*, 27, pp. 233-243.
- Hamama-Raz Y. (2012). Does psychological adjustment of melanoma survivors differs between genders? *Psychooncology*, 21(3), pp. 255-263.
- Hammerlid, E. y Taft, C. (2001). Health-related quality of life in long-term head and neck cancer survivors: a comparison with general population norms. *British Journal of Cancer*, 84(2), pp. 149-56.
- Hammett, J. (2014). Examining teacher burnout using emotional intelligence quotients: A correlational study. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 74(9-A(E)).
- Harrod, N. R., y Scheer, S. D. (2005). An exploration of adolescent emotional intelligence in relation to demographic characteristics. *Adolescence*, 40, pp. 503-512.
- Härtl, K., Janni, W., Kästner, R., Sommer, H., Strobl, B., Rack, B., y Stauber, M. (2003). Impact of medical and demographic factors on longterm quality of life and body image of breast cancer patients. *Annals of Oncology*, 14, pp. 1064-71.
- Hatfield, E., y Rapson, R. L. (1996). *Love and sex: cross-cultural perspectives*. Boston, Allyn y Bacon.

- Hätinen, M., Kinnunen, U., Pekkonen, M. y Aro, A. (2004). Burnout patterns in rehabilitation: Short-term changes in job conditions, personal resources, and health. *Journal of Occupational Health Psychology, 9*(3), pp. 220-237.
- Hays, R. D. y Stewart, A. L. (1990). The Structure of Selfreported Health in Chronic Disease Patients. *Psychological Assessment: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2*(1), pp. 22- 30.
- Hazan, C. y Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, pp. 511-524. doi:10.1037/0022-3514.52.3.511
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York, Wiley.
- Heinrichs, N., Zimmermann, T., Huber, B., Herschbach, P., Russell, D. W., y Baucom, D. H. (2011). Cancer distress reduction with a couple-based skills training: A randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine, 43*, pp. 239-252. doi:10.1007/s12160-011-9314-9.
- Hendren, S., Birkmeyer, J. D., Yin, H., Banerjee, M., Sonnenday, C. y Morris, A. M. (2010). Surgical complications are associated with omission of chemotherapy for stage III colorectal cancer. *Diseases of the colon and rectum, 53*(12), pp. 1587-93. doi: 10.1007/DCR.0b013e3181f2f202.
- Hendrick, C., y Hendrick, S. S. (1989). Research on love: Does it measure up?. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*(5), p. 784.
- Hendrick, S. S. (1988). A generic measure of relationship satisfaction. *Journal of Marriage and the Family, 50*, pp. 93-98.
- Hendrick, S.S., y Hendrick, C. (1992). *Liking, loving and relationg*. California: Brooks Cole Pub. Co. Pacific grove.
- Henry, R. G., Miller, R. B., y Giarrusso, R. (2005). Difficulties, disagreements, and disappointments in late-life marriages. *The International Journal of Aging and Human Development, 61*(3), pp. 243-264.
- Hicks, M. W., y Platt, M. (1970). Marital happiness and stability: A review of the research in the sixties. *Journal of Marriage and the Family*, pp. 553-574.
- Hill, A. (2013). Compassionate communication training with cancer patients and caregivers: Empathy, self-compassion and well-being. *Dissertation Abstracts International, Section B: The Sciences and Engineering, 73*(11-b).

- Ho, S., Chan, M., Yau, T. K. y Yeung, R. (2011). Relationships between explanatory style, posttraumatic growth and posttraumatic stress disorder symptoms among Chinese breast cancer patients. *Psychology & Health, 26*(3). pp. 269-285.
- Ho, S., Rajandram, R. K., Chan, N., Samman, N., McGrath, C., y Zwahlen, R. A. (2011). The roles of hope and optimism on posttraumatic growth in oral cavity cancer patients. *Oral Oncology, 47*(2), pp. 121-4. doi: 10.1016/j.oraloncology.2010.11.015. Epub 2010 Dec 22.
- Hodges, L. J., Humphris, G. M., y Macfarlane, G. (2005). A meta-analytic investigation of the relationship between the psychological distress of cancer patients and their carers. *Social Science Medicine, 60*, pp. 1-12.
- Holland, P., y Michael, W. (1993). The concurrent validity of the Holland Burnout Assessment Survey for a sample a middle school teachers. *Educational and Psychological Measurement, 53*, pp. 1067-1077. <http://dx.doi.org/10.1177/0013164493053004019>.
- Holman, T. B. y Li, B. D. (1997). Premarital factors influencing perceived readiness for marriage. *Journal of Family Issues, 18*, pp. 124-144.
- Homans, G. C. (1961). Procesos sociales fundamentales. En J. R. Torregrosa (ed.): *Teoría e investigación en la psicología social actual*. Madrid, Instituto de la Opinión Pública. pp. 35-51.
- Hoogerwerf, M. A., Ninaber, M. K., Willems, L. N. y Kaptein, A. A. (2012). "Feelings are facts": illness perceptions in patients with lung cancer. *Respiratory medicine, 106*(8), pp. 1170-6. doi: 10.1016/j.rmed.2012.04.006.
- Hooker, K., Monahan, D., Shifren, K. y Hutchinson, C. (1992). Mental and physical health of spouse caregivers: the role of personality. *Psychology and aging, 7*(3), pp. 367-75.
- Howes, M. J., Hoke, L., Winterbottom, M. y Delafield, D. (1994). Psychosocial effects of breast cancer on the patient's children. *Journal of Psychosocial Oncology, 12*(4), pp. 1-21.
- Hudson, W. W. (1992). *The Walmyr Assessment Scales Scoring Manual*. Tempe, Arizona, Walmyr Publishing Co.
- Hynie, M., Lalonde, R. N. y Lee, N. S. (2006). Parent-child value transmission among Chinese immigrants to North America: the case of traditional mate preferences. *Cultural diversity and ethnic minority psychology, 12*(2), pp. 230-44.

- Ibáñez, E., y Rosbundo, A. (1993). *Soporte social y afrontamiento afectivo en la enfermedad cancerosa. Salud, expresión y represión Social de los Ancianos*. Valencia, Promolibro, pp. 37-60.
- Iglesias, M., Vázquez, I., Barreiro de Acosta, M., Figueiras, A., Nieto, L., Piñeiro, M., et al. (2010). Calidad de vida en pacientes con enfermedad de Crohn en remisión. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 102(11), pp. 624-630.
- Insel, T. y Shapiro, L. (1992). Oxytocin receptor distribution reflects social organization in monogamous and polygamous voles. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 89, pp. 5981-5.
- Irvine, D., Vincent, L., y Bubela, N. (1992). A critical appraisal of the research literature investigating fatigue in the individual with cancer. *Cancer Nursing Journal*, X(14), pp. 188-99.
- Izard, C. E. (1977). *Human emotions*. New York, Plenum Press.
- Izard, C. E. (2001). Emotional intelligence or adaptive emotions?. *Emotion*, 1, pp. 249-257.
- Jacobsen, P. B., Andrvkowski, M. A. y Thors, C. L. (2004). Relationship of catastrophizing to fatigue among women receiving treatment for breast cancer. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 72(2), pp. 355-61.
- James, W. (1884). What is an emotion?. *Mind*, 9, pp. 188-205.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions*. New York, The Free Press.
- Jansen C. E., Miaskowski C., Dodd M., Dowling G., y Kramer J. (2005). A meta-analysis of studies of the effects of cancer chemotherapy on various domains of cognitive function. *Cancer*, 104, pp. 2222-2233. doi:10.1002/cncr.21469.
- Jaoul, G., Kovess, V. y Mugen, F. S. P. (2004). Le burnout dans la profession enseignante. *Annales Medic-Psychologiques*, 162, pp. 26-35.
- Johnson, S. J., Holdsworth, L., Hoel, H., y Zapf, D. (2013). Customer stressors in service organizations: The impact of age on stress management and burnout. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 22(3), pp. 318-330.
- Jones, J. W. (1980). *The Staff Burnout Scale for Health Professionals. (SBS-HP)*. Park Ridge, Illinois, London House.

- Juárez, D. M., Landero, R., González, M. T., Jaime, L., y Téllez, A. (2015). Variables asociadas a fatiga en mujeres con cáncer de mama. *Anuario de Psicología*, 45(1), pp. 101-113.
- Kafetsios, K. (2004). Attachment and emotional intelligence abilities across the life course. *Personality and Individual Differences*, 37, pp. 129-145.
- Kangas, M., Henry, J. L., y Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology review*, 22(4), pp. 499-524.
- Karnofsky, D. A. y Burchenal, J. H. (1948). The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. McLeod CM editor, *Evaluation of chemotherapeutic agent*. New York, Colombia University, pp. 199-205.
- Kenny, P. M., King, M. T., Viney, R. C., Boyer, M. J., Pollicino, C. A., McLean, J. M., Fulham, M. J. y McCaughan, B. C. (2008). Quality of life and survival in the 2 years after surgery for non small-cell lung cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 26(2), pp. 233-41.
- Kerenyi, L. M. (2008). *A structural analysis of the impact of breast cancer on positive and negative domains of quality of life*. Tesis Doctoral. State University of New York at Buffalo.
- Kerns, R. D. (1994). Families and chronic illness. *Annals of Behavior Illness*, 16, pp. 107- 108.
- Khimani, N., Chen, Y. H., Mauch, P. M., Recklitis, C., Diller, L., Silver, B., y Ng, A. K. (2013). Influence of new late effects on quality of life over time in Hodgkin lymphoma Survivors: a longitudinal survey study. *Annals of Oncology*, 24(1), pp. 226-30. doi: 10.1093/annonc/mds243.
- Kim, Y., Schulz, R., y Carver, C. S. (2007). Benefit-finding in the cancer caregiving experience. *Psychosomatic Medicine*, 69, pp. 283-291.
- Kirkpatrick, L. A., y Hazan, C. (1994). Attachment styles and close relationships: A four-year prospective study. *Personal Relationships*, 1, pp. 123-142. doi:10.1111/j.1475-6811.1994.tb00058.x.
- Klein, D. F., y Lebowitz, M. (1983). *The chemistry of love*. Boston, Little, Brown y Co.
- Knowles, G., Borthwick, D., McNamara, S., Miller, M., y Leggot, L. (2000). Survey of nurse's assessment of cancer related fatigue. *European Journal of Cancer Care*, 9, pp. 105-13.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of personality and social psychology*, 37(1), p. 1.

- Kobasa, S. C. (1982). The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. *Social psychology of health and illness*, 4, pp. 3-32.
- Koch, L., Jansen, L., Herrmann, A., Stegmaier, C., Holleczeck, B., Singer, S., Brenner, H., y Arndt, V. (2013). Quality of live in long-term breast cancer 16 survivors – a 10 year- longitudinal population-based study. *Acta Oncológica*, 52, pp. 1119–28.
- Korfage, I. J., Hak, T., de Koning, H.J., y Essink-Bot, M.L. (2006). Patients' perceptions of the side-effects of prostate cancer treatment. A qualitative interview study. *Social Science and Medicine*, 63, pp. 911-919.
- Koutrouli, N., Anagnostopoulos, F., y Potamianos, G. (2012). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth in breast cancer patients: a systematic review. *Women Health*, 52(5), pp. 503-16.
- Kremer, L., y Hofman, J. E. (1985). Teachers' professional identity and burn-out. *Research in Education*, 34, pp. 89-95.
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., y Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), pp. 192-207.
- Kunce, L. J. y Shaver, P. R. (1994). An attachment-theoretical approach to caregiving in romantic relationships. En K. Bartholomew y D. Perlman (Eds.), *Advances in Personal relationships* (pp. 205-237). London, Jessica Kingsley Publishers.
- Kurdek, L. A. (1992). Dimensionality of the Dyadic Adjustment Scale: Evidence from heterosexual and homosexual couples. *Journal of Family Psychology*, 6, pp. 22-35.
- Kurder, L. A. (1993). Nature and prediction of changes in marital quality for first-time parent and nonparent husbands and wife. *Journal of family psychology*, 66, pp. 413-424.
- Kurdek, L. A. (1998). Relationship outcomes and their predictors: Longitudinal evidence from heterosexual married, gay cohabiting, and lesbian cohabiting couples. *Journal of Marriage and the Family*, pp. 553-568.
- Kurdek, L. A. (2005). What do we know about gay and lesbian couples? *Current Directions in Psychological Science*, 14(5), pp. 251-254.

- Kwan, W., Jackson, J., Weir, L. M., Dingee, C., McGregor, G., y Olivotto, I. A. (2002). Chronic arm morbidity after curative breast cancer treatment: prevalence and impact on quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 20(20), pp. 4242-8.
- Kyngäs H., Duffy M. E. y Kroll T. (2000). Conceptual analysis of compliance. *Journal of clinical nursing*, 9(1), pp. 5-12.
- Kyngäs, H., Mikkonen, R., Nousiainen, E. M., Ryttilahti, M., Seppanen, P., Vaattovaara, R., y Jämsä, T. (2001). Coping with the onset of cancer: coping strategies and resources of young people with cancer. *European Journal of cancer care*, 10(1), pp. 6-11.
- Lagergren, P., Fayers, P., Conroy, T., Stein, H. J., Sezer, O., Hardwick, R., Hammerlid, E., Bottomley, A., Van Cutsem, E., y Blazebey, J. M. (2007). Clinical and psychometric validation of a questionnaire module, the EORTC QLQ-OG25, to assess health-related quality of life in patients with cancer of the oesophagus, the oesophago-gastric junction and the stomach. European Organisation for Research Treatment of Cancer Gastrointestinal and Quality of Life Groups. *European Journal of Cancer*, 43(14), pp. 2066-73.
- Lai, J., Cella, D., Chang, C., Bode, R., y Heinemann, A. (2003). Item banking to improve, shorten and computerize self-reported fatigue: An illustration of steps to create a core item bank from the FACIT-Fatigue Scale. *Quality of Life Research*, 12, pp. 485-501.
- Landolt, M. A., Vollrath, M., Ribbi, K., Gnehm, H. E., y Sennhauser, F. H. (2003). Incidence and associations of parental and child posttraumatic stress symptoms in pediatric patients. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 44, pp. 1199-1207.
- Larson, M. L., y Bahr, H. M. (1980). The Dimensionality of Marital Role Satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, 42(1), pp. 45-55.
- Lawrance, K. y Byers, E. S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction. *Personal Relationships*, 2, pp. 267-285.
- Lazarus, R. S. (1990). Theory-based stress measurement. *Psychological inquiry*, 1(1), pp. 3-13.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Nueva York, Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao, DDB.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and coping*. Nueva York, Springer Publishing Company.

- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1986). Cognitive theories of stress and the issue of circularity. En *Dynamics of stress*. Springer US. (pp. 63-80).
- LeDoux, J. E. (2002). Emotion, memory and the brain. *Scientific American*, 12, pp. 62-71.
- Lee, W. R., Hall, M. C., McQuellon, R. P., Case, L. D., y McCullough, D. L. (2001). A prospective quality-of-life study in men with clinically localized prostate carcinoma treated with radical prostatectomy, external beam radiotherapy, or interstitial brachytherapy. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 51(3), pp. 614-23.
- Leigh, C. (2013). Examining the relationship between emotional intelligence and leadership styles of U.S. Navy senior enlisted leaders. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 74(1-A(E)).
- Leiter, M. P., y Durup, J. (1994). The discriminant validity of burnout and depression: A confirmatory factor analytic study. *Anxiety, stress, and coping*, 7(4), pp. 357-373.
- Leiter, M. P., y Maslach, C. (1988). The Impact of Interpersonal Environment on Burnout and Organizational Commitment. *Journal of organizational behavior*, 9, pp. 297-308.
- Leitgeb, C., Perchestorfer, M., Fritz, E. y Ludwig, H. (1994). Quality of Life in Chronic Anemia of Cancer during treatment with Recombinant human Erythropoietin. *Cancer*, 73(10), pp. 2535-2542.
- León, A., Ramos, P., y García, M. (2009). Los Big Five y el Efecto moderador de la resistencia en el agotamiento emocional. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 25(2), pp. 135- 147.
- León-Rubio, J. M., León-Pérez, J. M., y Cantero, F. J. (2013). Prevalencia y factores predictivos del burnout en docentes de la enseñanza pública: el papel del género. *Ansiedad y Estrés*, 19(1), pp. 11-25.
- Levinger, G. y Senn, D. J. (1967). Disclosure of feelings in marriage. *Merrill Palmer Quarterly*, 13, pp. 237-249.
- Levinger, G., y Snock, J. D. (1972). Un nuevo enfoque en la atracción interpersonal. En J.R. Torregrosa (Ed.). *Teoría e Investigación en la psicología social actual* (p. 471). Madrid, Instituto de Opinión Pública.

- Lewis, R. A. y Spanier, E. B. (1979). Theorizing about the quality and stability of marriage. In W.R. Burr, R. Hill, F.I. Nye, y I.L. Reiss (Eds.), *Contemporary theories about the family* (pp. 268-294). New York, Free Pres.
- Liberman, R., Wheeler, E. G., de Visser, L., Kuehnel, J. y Kuehnel, T. (1987). *Manual de terapia de pareja*. Bilbao, Desclée de Brouwer.
- Lim, B. K. y Ivey, D. (2000). The assessment of marital adjustment with Chinese populations: A study of the psychometric properties of the Dyadic Adjustment Scale. *Contemporary Family Therapy*, 22, pp. 453-465.
- Locke, H. J., y Wallace, K. M. (1959). Short multi-adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living*, 21, pp. 329-343.
- Lopes, P. N., Grewal, D., Kadis, J., Gall, M., y Salovey, P. (2006). Evidence that emotional intelligence is related to job performance and affect and attitudes at work. *Psicothema*, 18(1), pp. 132-138.
- Lopes, P. N., Salovey, P., Côté, S., Beers, M., y Petty, R. E. (2005). Emotion regulation abilities and the quality of social interaction. *Emotion*, 5(1), pp. 113-118.
- López, S., Cruzado, J.A. y Feliú, J. (2009). Rendimiento cognitivo, estado emocional y calidad de vida en pacientes de cáncer de colon previamente a recibir tratamiento de quimioterapia. *Psicooncología*. Vol. 6(1), pp. 121-137.
- Lumley, M. A., Gustavson, B. J., Partridge, R. T., y Labouvie-Vief, G. (2005). Assessing alexithymia and related emotional ability constructs using multiple methods: interrelationships among measures. *Emotion*, 5(3), pp. 329-342.
- Mahoney, R., Regan, C., Katoma, C., y Livingston, G. (2005). Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer disease. The LASER-AD study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, pp. 795-801.
- Malik, F., y Shujja, S. (2013). Emotional intelligence and academic achievement: Implications for children's performance in schools. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 39(1), pp. 51-59.

- Malouff, J. M., Schutte, N. S., y Thorsteinsson, E. B. (2014). Trait emotional intelligence and romantic relationship satisfaction: A meta-analysis. *American Journal of Family Therapy*, 42(1), pp. 53-66. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/01926187.2012.748549>.
- Mangione, C. M., Goldman, L., Orav, E. J., Marcantonio, E. R., Pedan, A., Ludwig, L. E. et al. (1997). Health-related quality of life after elective surgery: measurement of longitudinal changes. *Journal of General Internal Medicine*, 12(11), pp. 686-697.
- Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K., y Grana, G. (2004). Posttraumatic growth after breast cancer: patient, partner, and couple perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 66, pp. 442-454.
- Manzano, G. (2002). Burnout y engagement. Relación con el desempeño, madurez profesional y tendencia al abandono de los estudiantes. *Revista de Psicología Social*, 17(3), pp. 237-249.
- Marazziti, D., Akiskal, H.S., Rossi, A., y Cassano, G.B. (1999). Alteration of the platelet serotonin transporter in romantic love. *Psychological Medicine*, 29, pp. 741-745.
- Marrero, R. J., y Carballeira, M. (2010). El papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo. *Salud Mental*, 33, pp. 39-46. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000100005.
- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego: Un enfoque actual*. Madrid, Psimatic.
- Martin, D., y Boeck, K. (2004). *EQ. Qué es Inteligencia Emocional*. Madrid, Improve.
- Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L.C., Rico, J. M., Lanz y Taussing, M. I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología*, 6, pp. 338-346.
- Martínez, R. y Sewell, K. W. (2000). Explanatory style in college students: Gender differences and disability status. *College Student Journal*, 34(1), pp. 72-78.
- Martínez-Pons, M. (1997). The relation of emotional intelligence with selected areas of personal functioning. *Imagination, Cognition and Personality*, 17, pp. 3-13.
- Martín-Llull, D., Zanier, J. y García, F. (2001). Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *Psico-USF*, 8(2), pp. 175-182.
- Martos, A. J. y Gómez, M. A. (2004). Análisis de la inteligencia emocional en un grupo de personas mayores. *Geriátrika*, 20(6), pp. 256-263.

- Marzano, R. J., Marzano, J. S., y Pickering, D. (2003). *Classroom management that works: Research-based strategies for every teacher*. Alexandria, Virginia, ASCD.
- Maslach, C. (1976). Burnout. *Human behavior*, 5(9), pp. 16-22.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The Cost of Caring*. New York, Prentice-Hall Press.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychological Press.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behavior*, 2(2), pp. 99-113.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. y Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, pp. 397-422.
- Maslach, C., y Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of applied psychology*, 93(3), p. 498.
- Maslow, A. H. (1968). *Toward a Psychology of Being*. New York, D. Van Nostrand Company.
- Mathews, A., y MacLeod, C. (1994). Cognitive approaches to emotion and emotional disorders. *Annual Review of Psychology*, 45, pp. 25-50.
- Matthews, A. K., Tejada, S., Johnson, T. P., Berbaum, M. L., y Manfredi, C. (2012). Correlates of quality of life among African American and white cancer survivors. *Cancer Nursing* 35(5), pp. 355-64. doi: 10.1097/NCC.0b013e31824131d9.
- Matthews, D. B. (1990). A comparison of burnout in selected occupational fields. *Career Development Quarterly*, 38(3), pp. 230-239. <http://dx.doi.org/10.1002/j.2161-0045.1990.tb00385.x>.
- Matthews, G., Zeidner, M., y Roberts, R. D. (2004). *Emotional intelligence: Science and myth*. Massachusetts Institute of Technology.
- May, R. (1990). *Amor y voluntad*. México, Gedisa.
- Mayer, J. D., y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey and D. Sluyter (eds.): *Emotional development and emotional intelligence: educational implications* (pp. 3-31). New York, Basic Book.

- Mayer, J. D., Caruso, D. R. y Salovey, P. (2000). Selecting a measure of emotional intelligence: The case for ability testing. En R. Bar-On y J.D.A. Parker (Eds.). *Handbook of emotional intelligence* (pp. 320-342). New York, Jossey-Bass.
- Mayer, J. D., Salovey, P., y Caruso, D.R. (2000a). Models of emotional intelligence. In R.J. Sternberg (ed.): *Handbook of human intelligence* (pp. 396-420). New York: Cambridge University Press.
- Mayer, J. D., Salovey, P., y Caruso, D.R. (2000b). *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) item booklet, Research version*. Toronto Ontario, Canada, MHS Publishers.
- Mayer, J. D., Salovey, P., y Caruso, D. R. (2002). *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test: MSCEIT. Item booklet*. Toronto, Canada, MHS Publishers.
- Mayer, J. D., Salovey, P., y Caruso, D. R. (2004). Emotional intelligence: Theory, findings, and implications. *Psychological inquiry*, pp. 197-215.
- Mayer, J. D., Salovey, P., y Caruso, D. R. (2008). Emotional intelligence: new ability or eclectic traits?. *American psychologist*, 63(6), p. 503.
- McCann, I. L., y Pearlman, L. A. (1990). Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological Effects of Working with Victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, pp. 131-149. doi:10.1007/BF00975140.
- McLeod, J. D. (1994). Anxiety disorders and marital quality. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(4), p. 767.
- Meda-Lara R.M., Moreno-Jiménez B., Rodríguez-Muñoz A., Morante-Benadero E., y Ortiz-Viveros G.R. (2008). Análisis factorial confirmatorio del MBIHSS en una muestra de psicólogos mexicanos. *Psicología y Salud*, 18, pp. 107-116.
- Mehnert, A., y Koch, U. (2007). Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study. *Psycho-oncology*, 16(3), p.181.
- Meier, S. F., y Watkins, L. R. (2003). Immune-to-central nervous system communication and its role in modulating pain and cognition: implications form cancer and cancer treatment. *Brain Behavior and Immunity*, 17, pp. 125-31.

- Meléndez, J., Aleixandre, M., y Saez, N. (1993). Análisis de la evolución de la satisfacción marital durante el periodo de la edad adulta y tercera edad. En *2ND. Internacional Conference of Psychological Intervention and Human Development: Educational and community Intervention*, Valencia, España.
- Melero, M. (2008). La relación de pareja. Apego, dinámicas de interacción y actitudes amorosas: consecuencias sobre la calidad de la relación. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia.
- Mera, P. C. y Ortiz, M. (2012). La Relación del Optimismo y las Estrategias de Afrontamiento con la Calidad de Vida de Mujeres Con Cáncer de Mama. *Terapia Psicológica*, 30(3), pp. 69-78.
- Mestre, V., Samper, P., Tur, A. y Díez, I. (2001). Estilos de crianza y desarrollo prosocial de los hijos. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 54(4), pp. 691- 703.
- Mickevičienė, A., Vanagas, G., Ulys, A., Jievaltas, M., Smailytė, G., y Padaiga, Ž. (2012). Factors affecting health-related quality of life in prostate cancer patients. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 46(3), pp. 180-7.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R. y Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 27, pp. 77- 102.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., Gillath, O., y Nitzberg, R. A. (2005). Attachment, caregiving, and altruism: Boosting attachment security increases compassion and helping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, pp. 817-839.
- Miller, B., y Cafasso, L. (1992). Gender differences in caregiving: fact or artifact?. *The Gerontologist*, 32(4), pp. 498-507.
- Mingote Adn, J. C. (1998). Síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional. *Formación Médica Continuada*, 5(8), pp. 493-508.
- Mock, V., Frangakis, C., Davidson, N. E., Ropka, M. E., Pickett, M., Poniatowski, B., Stewart, K.J., Cameron, L., Zawacki, K., Podewils, L.J., Cohen, G., y McCorkle, R. (2005). Exercise manages fatigue during breast cancer treatment: a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 14(6), pp. 464-477.
- Mohamedali, H., Breunis, H., Timilshina, N., Brandwein, J. M., Gupta, V., Minden, M. D., Li, M., Tomlinson, G., Buckstein, R. y Alibhai, S. M. (2012). Older age is associated with similar

- quality of life and physical function compared to younger age during intensive chemotherapy for acute myeloid leukemia. *Leukemia Research*, 36(10), pp 1241-8 doi: 10.1016/j.leukres.2012.05.020.
- Mols, F., Oerlemans, S., Vos, A.H., Koster, A., Verelst, S., Sonneveld, P., y Van de Poll-Franse, L. V. (2012). Health-related quality of life and disease-specific complaints among multiple myeloma patients up to 10 yr after diagnosis: results from a population-based study using the PROFILES registry. *European Journal of Haematology*, 89(4), pp. 311-9. doi: 10.1111/j.1600-0609.2012.01831.x.
- Monaci, M. G., Scacchi, L., Posa, M. y Trentin, R. (2013). Peer pressure and alcohol consumption among university students: The moderating effect of emotional intelligence. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 267, p. 17.
- Money, J. (1999). *The lovemap guidebook: a definitive statement*. New York, Continuum.
- Montero, X., Jurado, S., y Méndez, J. (2015). Variables que predicen la aparición de sobrecarga en cuidadores primarios informales de niños con cáncer. *Psicooncología*, 12(1), pp. 67-86. doi: 10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n1.48905.
- Montoya, P. A y Moreno, S. (2012). Relación entre síndrome de burnout, estrategias de afrontamiento y engagement. *Psicología desde el Caribe*, 29(1), pp. 205-227.
- Moore, A. M., Gamblin, T. C., Geller, D. A., Youssef, M. N., Hoffman, K. E., Gemmell, L., Likumahuwa, S. M., Bovbjerg, D.H., Marsland, A., y Steel, J.L. (2011). A prospective study of posttraumatic growth as assessed by self-report and family caregiver in the context of advanced cancer. *Psycho-oncology*, 20, pp. 479-487. doi:10.1002/pon.1746.
- Mora, J. A. y Martín, M. L. (1997). Análisis comparativo de los principales paradigmas en el estudio de la emoción humana. *Revista electronica de motivación y emoción*, XIII (34). Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/numero34/article10/texto.html>.
- Moral, J. A. (2009). Estudio de validación de la escala de ajuste diádico (DAS) en Población mexicana. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM*, XIX(1), pp. 113-138.
- Moreira de Souza, R. y Turrini, R. N. T. (2011). Paciente oncológico terminal: sobrecarga del cuidador. *Enfermería Global*, 10(22).

- Moreno, B. y Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En G. Buela-Casal, V. E. Caballo y J. C. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 1045-1065). Madrid, Siglo XXI.
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E., y González, J. L. (2000). La evaluación del estrés y el burnout del profesorado: el CBP-R. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16, pp. 151-17.
- Moreno-Jiménez, B., Morett, N., Rodríguez-Muñoz, A., y Morante, M. (2006). La personalidad resistente como variable moduladora del síndrome de burnout: estudio en una muestra de bomberos. *Psicothema*, 18(3), pp. 413-418.
- Moreno-Jiménez, B., Oliver, C., y Aragoneses, A. (1993). *Configuración específica del estrés laboral asistencial en el profesorado de educación media*. Madrid, España, Centro Nacional de Investigación Educativa (CIDE).
- Morgan P. A., Franks, P. J., y Moffatt, C. J. (2005). Healthrelated quality of life with lymphoedema: a review of the literature. *International Wound Journal*, 2(1), pp. 47-62.
- Morgan, B., y Bruin, K. (2010). The relationship between the big five personality traits and burnout in South African university students. *Psychological Society of South Africa*, 40(2), pp. 182-191.
- Moriana, J. A. y Herruzo, J. (2004). Estrés y Burnout en profesores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(3), pp. 597-621.
- Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning: a reinterpretation of "conditioning" and "problem-solving." *Harvard Educational Review*, 17, pp. 102-148.
- Mroczek, D. K., Spiro III, A., Aldwin, C. M., Ozer, D. J. y Bosse, R. (1993). Construct validation of optimism and pessimism in older men: Findings from the normative aging study. *Health Psychology*, 12, pp. 406-409.
- Muñoz de la Peña, F. (2002). La química del amor. *Revista Electrónica El rincón de la ciencia*, 19.
- Murillo, J. R. y Koeller, J. (2006). Chemotherapy given near the end of life by community oncologists for advanced non-small cell lung cancer. *Oncologist*, 11(10), pp. 1095-9.

- Murray, S. L., Holmes, J. G., y Griffin, D. W. (1996). The benefits of positive illusions: Idealization and the construction of satisfaction in close relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, pp. 79-98.
- Murstein, B. I. (1977). Perceived congruence among premarital couples as a function of neuroticism. En S. Duck (Ed.). *Theory and practice in interpersonal attraction*. London, Academic Press.
- Myers, D. G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55, pp. 56 – 67.
- Namiki, S., Satoh, T., Baba, S., Ishiyama, H., Hayakawa, K., Saito S., y Arai, Y. (2006). Quality of life after brachytherapy or radical prostatectomy for localized prostate cancer: a prospective longitudinal study. *Urology*, 68(6), pp. 1230-6.
- Navarro, B., Latorre, J. M. y Ros, L. (2009). Inteligencia Emocional Autoinformada en la vejez, un estudio comparativo con el TMMS-24. En Fernandez-Berrocal (Ed.), *Avances en el estudio de la Inteligencia Emocional* (pp. 331-335). Fundación Marcelino Botín.
- Neff, L. A. y Geers, A. L. (2015). Optimistic expectations in early marriage: a resource or vulnerability for adaptive relationship functioning?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 105(1), pp. 38-60. doi: 10.1037/a0032600.
- Ness, S., Kokal, J., Fee-Schroeder, K., Novotny, P., Satele, D., y Barton, D. (2013). Concerns across the survivorship trajectory: results from a survey of cancer survivors. *Oncology Nurse Forum*, 1;40(1), pp. 35-42. doi: 10.1188/13.ONF.35-42.
- Newcomb, T. M. (1959). Individual systems of orientation. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science: Vol. 3* (pp. 384-422). New York, McGraw-Hill.
- Newcomb, T. M. (1961). *The acquaintance process*. New York, Holt, Rinehart.
- Newcomb, T. M. (1968). Interpersonal balance. In R. P. Abelson, E. Aronson, W. J. McGuire, T. M. Newcomb, M. J. Rosenberg, y P. H. Tannenbaum (Eds.), *Theories of cognitive consistency: A source book* (pp. 28-51). Chicago, Rand McNally.
- Nicholson, R. M., Leinter, S., y Sasson, E. M. (2007). A Comparison of the cosmetic and psychological outcome of breast reconstruction, breast conserving surgery and mastectomy without reconstruction. *Breast*, 16(4), pp. 396-410.

- Nolen-Hoeksema, S. y Girgus, J. S. (1995). Explanatory style and achievement, depression and gender differences in childhood and early adolescence. En G. M. Buchanan y M.E.P. Seligman (Eds.). *Explanatory Style*. New Jersey, Hillsdale.
- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. S. y Seligman, M. E. P. (1992). Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: a 5-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, pp. 405-422.
- Northouse, L. L., Templin, T., Mood, D. y Oberst, M. (1998). Couples' adjustment to breast cancer and benign breast disease: a longitudinal analysis. *Psychooncology*, 7(1), pp. 37-48.
- O'Donnell, B. F., Lawlor, F., Simpson, J., Morgan, M. y Greaves, M. W. (1997). The impact of chronic urticaria on the quality of life. *British Journal of Dermatology*, 136(2), pp. 197-201.
- Ochoa de Alda, I., Espina, A., y Ortego, A. (2006). Un estudio sobre personalidad, ansiedad y depresión en padres de pacientes con un trastornoalimentario. *Clínica y Salud*, 17(2).
- Ochoa, C., Castejón, V., Sumalla, E. C., y Blanco, I. (2013). Crecimiento Post-traumático en supervivientes de cáncer y sus otros significativos: ¿Crecimiento vicario o secundario?. *Terapia psicológica*, 31(1), pp. 81-92.
- Ochoa, C., Sumalla, E. C., Maté, J., Castejón, V., Rodríguez, A., Blanco, I., y Gil, F. (2010). Psicoterapia positiva grupal en cáncer. Hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer. *Psico-oncología*, 7, pp. 7-34.
- Ohsumi, S., Shimosuma, K., Morita, S., Hara, F., Takabatake, D., Takashima S., Taira, N., Aogi, K., y Takashima, S. (2009). Factors Associated with health-related quality of life in breast cancer survivors: influence of the type of surgery. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 39(8), pp. 491-6.
- Olabarría, B. (1995). El síndrome de Burnout (quemado) o del cuidador descuidado. *Ansiedad y estrés*, 1, pp. 189-194.
- Olivares, M. E., Martín, M. D., Román, J. M. y Moreno, A. (2010). Valoración biopsicosocial en pacientes con patología mamaria oncológica quirúrgica. *Psicooncología*, 7(1), pp. 81-97.
- Ortega, C. y López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 4(1), pp. 137-160.

- Ortega, M. E., Ortiz, G. R. y Coronel, P. G. (2007). Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. *Psicología y Salud*, 17(1), pp. 5-16.
- Ortin, F. J., Vega, R. y Gosálvez, J. (2013). Optimismo, ansiedad-estado y autoconfianza en jóvenes jugadores de balonmano. *Anales de Psicología*, 29(3), pp. 637-641.
- Ortiz, M. J., Gómez, J. y Apodaca, P. (2002). Apego y satisfacción afectivo-sexual en la pareja. *Psicothema*, 14(2), pp. 469-475.
- Osoba, D. (1991). Measuring the effect of cancer on quality of life. En D. Osoba (Ed.), *Effect of cancer on quality of life* (pp. 25-40). Boston, CRC.
- Östlund, U., Wennman-Larsen, A., Persson, C., Gustavsson, P y Wengström, Y. (2010). Mental health in significant others of patients dying from lung cancer. *Psycho-Oncology*, 19(1), pp. 29-37.
- Otero, J. M., Luengo, A., Romero, E., Gómez-Fraguela, J. y Castro, C. (1998). *Psicología de la personalidad. Manual de prácticas*. Barcelona, Ariel Practicum.
- Ozono, S., Saeki, T., Mantani, T., Ogata, A., Okamura, H., y Yamawaki, S. (2007). Factors related to posttraumatic stress in adolescent survivors of childhood cancer and their parents. *Supportive Care in Cancer*, 15, pp. 309-317.
- Pacheco, N. E., y Fernández-Berrocal, P. (2004). El papel de la inteligencia emocional en el alumnado: evidencias empíricas. *Revista electrónica de investigación educativa*, 6(2).
- Paez, D., Campos, M., Zubieta, E., y Casullo, M. M. (2009). Vinculo de apego e inteligencia emocional: estado de la cuestion y el instrumento de medicion de M.M. Casullo. En P. Fernandez-Berrocal, N. Extremera, R. Palomera, D. Ruiz-Aranda, J. M. Salguero, y R. Cabello (coord.), *Avances en el estudio de la inteligencia emocional* (pp. 101-106). Santander: Fundacion Marcelino Botin.
- Palmer, B., Donaldson, C., y Stough, C. (2002). Emotional intelligence and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 33, pp. 1091-1100.
- Palmer, B., Gignac, G., Bates, T., y Stough, C. (2003). Examining the structure of the Trait Meta-Mood Scale. *Australian Journal of Psychology*, 55, pp. 154-159.
- Palmero, F. y G. Fernández-Abascal, E. (1998). *Emociones y adaptación*. Barcelona, Ariel Psicología.
- Pandey, R., y Tripathi, A. N. (2004). Development of Emotional Intelligence: Some Preliminary Observations. *Psychological Studies*, 49, pp. 147-150.

- Panksepp, J. (1982). Toward a general psychobiological theory of emotions. *The Behavioral and Brain Sciences*, 5, pp. 407-467.
- Parameswaran, R., Blazeby, J. M., Hughes, R., Mitchell, K., Berrisford, R. G., y Wajed, S. A. (2010). Health-related quality of life after minimally invasive oesophagectomy. *The British Journal of Surgery*, 4, pp. 525-31. doi: 10.1002/bjs.6908.
- Park, C.L. (1998). Stress-related growth and thriving through coping: the roles of personality and cognitive processes. *Journal of Social Issues*, 54(2), pp. 267-277.
- Park, N., y Peterson, C. (2006). Moral competence and character strengths among adolescents: The development and validation of the Values in Action Inventory of Strengths for Youth. *Journal of adolescence*, 29(6), pp. 891-909.
- Park, N., Peterson, C., y Seligman, M. E. (2004). Strengths of character and well-being. *Journal of social and Clinical Psychology*, 23(5), pp. 603-619.
- Park, N., Peterson, C., y Sun, J. K. (2013). La psicología positiva: Investigación y Aplicaciones. *Terapia psicológica*, 31(1), pp. 11-19.
- Parkes, K. R. (1998). Estrés, trabajo y salud: características laborales, contexto ocupacional y diferencias individuales. En: Buendía J, editor. *Estrés laboral y salud*. Madrid, Biblioteca Nueva (pp. 79-117).
- Passik, S. D., Newman, M., Brennan, M., y Tunkel, R. (1995). Predictors of psychological distress, sexual dysfunction and physical functioning among women with upper extremity lymphedema related to breast cancer. *Psychooncology*, 4, pp. 255-63.
- Peek, M. K., Stimpson, J. P., Townsend, A. L., y Markides, K. S. (2006). Well-Being in older mexican american spouses. *The Gerontologist*, 46(2), pp. 258-265. doi: 10.1093/geront/46.2.258
- Peinado, A. I. y Garcés de Los Fayos, E. J. (1998). Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido. *Anales de psicología*, 14(1), pp. 83-94.
- Pelcovitz, D., Goldenberg, B., Kaplan, S., Weinblatt, M., Mandel, F., Meyers, B. y Vinciguerra V., (1996). Posttraumatic stress disorder in mothers of pediatric cancer survivors. *Psychosomatics*, 37, pp. 116-126.

- Perchon, L. F., Palma, P. C., Magna, L. A. y Dambros, M. (2008). Behavioral group-based therapy improves quality of life in men recovering from radical prostatectomy. *Actas Urológicas Españolas*, 32(7), pp. 686-90.
- Pérez-Testor, C., Pérez-Testor, S., Salamero, M., Castillo, J. A. y Cabré, V. (1996). Medida de la Marital Quality. X Congreso Internacional de Psiquiatría, Madrid, España.
- Pérez-Testor, C., Pérez-Testor, S., Salamero, M., Castillo, J. A., y Cabré, V. (1997). Evaluación del ajuste diádico en parejas. II European Congress of Family Therapy, Barcelona, España
- Pérez-Testor, C., Pérez-Testor, S., Salamero, M., Castillo, J.A., y Davins, M. (2008). Evaluación de la efectividad de la psicoterapia psicoanalítica de pareja. *Psicoanálisis e Intersubjetividad*, 3
- Pérez, J. C., Petrides, K. V., y Furnham, A. (2005). Measuring trait emotional intelligence. *Emotional intelligence: An international handbook*, pp. 181-201.
- Pérez, N., y Castejón, J. (2005). Diferencias en inteligencia emocional en estudiantes universitarios. Análisis en función de la titulación y el género. En *Actas VIII Congreso Galaico Portugués de Psicopedagogía*. Recuperado de <http://www.educacion.udc.es/grupos/gipdae/congreso/VIIIcongreso/pdfs/165.pdf>.
- Perz, J., Ussher, J. M., Butow, P., y Wain, G. (2011). Gender differences in cancer carer psychological distress: an analysis of moderators and mediators. *European Journal of cancer care*, 20(5), pp. 610-9. doi: 10.1111/j.1365-2354.2011.01257.x.
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, 55, pp. 44-55.
- Peterson, C. (2006). *A primer in positive psychology*. New York, Oxford University Press.
- Peterson, C., Park, N., Pole, N., D'Andrea, W., y Seligman, M. E. (2008). Strengths of character and posttraumatic growth. *Journal of traumatic stress*, 21(2), pp. 214-217.
- Peterson, C., Park, N., y Seligman, M. E. (2005). Orientations to happiness and life satisfaction: The full life versus the empty life. *Journal of happiness studies*, 6(1), pp. 25-41.
- Peterson, C., y Seligman, M. E. (2006). The Values in Action (VIA) classification of strengths. *A life worth living: Contributions to positive psychology*, pp. 29-48.
- Petrides, K. V., Frederickson, N., y Furnham, A. (2004). The role of trait emotional intelligence in academic performance and deviant behavior at school. *Personality and individual differences*, 36(2), pp. 277-293.

- Petrides, K. V., y Furnham, A. (2000). Gender differences in measured and self-estimated trait emotional intelligence. *Sex roles*, 42(5-6), pp. 449-461.
- Petrides, K. V., y Furnham, A. (2001). Trait emotional intelligence: Psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *European Journal of Personality*, 15(6), pp. 425-448.
- Petrides, K. V., y Furnham, A. (2003). Trait emotional intelligence: Behavioural validation in two studies of emotion recognition and reactivity to mood induction. *European journal of personality*, 17(1), pp. 39-57.
- Petrie, K. J., Buick, D. L., Weinman, J., y Booth, R. J. (1999). Positive effects of illness reported by myocardial infarction and breast cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, pp. 537-543.
- Petticrew, M., Bell, R., y Hunter, D. (2002). Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review. *BMJ Clinical Research ed.*, 9(325), p. 1066.
- Phelps, A. C., Lauderdale, K. E., Alcorn, S., Dillinger, J., Balboni, M.T., Van Wert, M., Vanderweele, T.J., y Balboni, T.A. (2012). Addressing spirituality within the care of patients at the end of life: perspectives of patients with advanced cancer, oncologists, and oncology nurses. *Journal of Clinical Oncology*, 10, 30(20), pp. 2538-44.
- Phipps, S., Steele, R. G., Hall, K. y Leigh, L. (2001). Repressive adaptation in children with cancer: a replication and extension. *Health Psychology*, 20(6), p. 445.
- Pick, S., y Andrade, P. (1988). Desarrollo y validación de la Escala de Satisfacción Marital (ESM). *Psiquiatría*, 4(1), pp. 9-20.
- Piña, J. A. y Sánchez-Sosa, J. J. (2009). *Aportaciones de la psicología al problema de la infección por VIH: investigación e intervención*. Madrid, Plaza y Valdés.
- Pines, A. M., y Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. Free press.
- Pines, A. M., Aronson, E., y Kafry, D. (1981). *Burnout: From tedium to personal growth* (p. 15). New York, Free Press.
- Pinquart, M., y Duberstein, P. R. (2005). Optimism, pessimism, and depressive symptoms in spouses of lung cancer patients. *Psychology & Health*, 20(5), pp. 565-578.

- Pinquart, M., y Sörensen, S. (2003). Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: a meta-analysis. *The Journals of Gerontology Biological Sciences & Medical Sciences*, 58, pp. 112-28.
- Pinquart, M., y Sörensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects?. *International Psychogeriatrics*, 18(04), pp. 577-595.
- Piqueras, J. A., Ramos, V., Martínez, A. E. y Oblitas, L. A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), pp. 85-112.
- Pishghadam, R., y Sahebjam, S. (2012). Personality and emotional intelligence in teacher burnout. *The spanish journal of psychology*, 15(1), pp. 227-36.
- Plomin, R., Lichtenstein, P., Pedersen, N. L., McClearn, G. E. Y Nesselroade, J. R. (1990). Genetic influence on life events during the last half of the life span. *Psychology and Aging*, 5, pp. 25-30.
- Plutchik, R. (2000). The nature of emotions. *American Scientist*, 89, pp. 344-350.
- Plutchik, R. (2002). *Emotions and Life: Perspectives from Psychology, Biology, and Evolution*, Washington, DC, American Psychological Association.
- Poseck, B. V. (2006). Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, Vol. 27(1), pp. 3-8.
- Poseck, B. V., Carbelo, B. y Vecina, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles de Psicólogo*, 27(1).
- Poulsen, B., Graversen, H. P., Beckmann, J., y Blichert-Toft, M. A. (1997). Comparative study of post-operative psychosocial function in women with primary operable breast cancer randomized to breast conserving therapy or mastectomy. *European Journal of Surgical Oncology*, 23, pp. 327-34.
- Pozo Muñoz, C., Martos Mendez, M., Alonso Morillejo, E., y Salvador Ferrer, C. (2008). Social support, burnout and well-being in teaching professionals. Contrast of a direct and buffer effect model. *Ansiedad y Estrés*, 14(2-3), pp. 127-141.

- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., y Rosenheck, R. A. (1999). The effects of marital dissolution and marital quality on health and health service use among women. *Medical care*, 37(9), pp. 858-873.
- Prouty, A. M., Markowski, E. M., y Barnes, H. L. (2000). Using the Dyadic Adjustment Scale in marital therapy: An exploratory study. *The Family Journal*, 8.
- Prozo, C., Carver, C. S., Noriega, V., Harris, S. D., Robinson, D. S., y Ketcham, A. S. (1992). Effects of mastectomy versus lumpectomy on emotional adjustment to breast cancer: A prospective study of the first years postsurgery. *Journal of Clinical Oncology*, 10, pp. 1292-8.
- Puchalski, C. M. (2012). Spirituality in the cancer trajectory. *Annals of Oncology*, 23 Suppl 3, pp. 49-55.
- Qi, Y., Schild, S. E., Mandrekar, S. J., Tan, A. D., Krook, J. E., Rowland, K. M., Garces, Y.I., Soori, G.S., Adjei, A.A., Sloan, J.A. (2009). Pretreatment quality of life is an independent prognostic factor for overall survival in patients with advanced stage non-small cell lung cancer. *Journal of Thoracic Oncology*, 4, pp. 1075-1082.
- Rabins, P. V., Mace, N. L., y Lucas, M. J. (1982). The impact of dementia on the family. *Jama*, 248(3), pp. 333-335.
- Rankin, B. (2013). Emotional intelligence: enhancing values-based practice and compassionate care in nursing. *Journal of advanced nursing*, 69(12), pp. 2717-2725.
- Ratcliffe, M. A., Dawson, A. A., y Walker, L. G. (1995). Eysenck personality inventory L-scores in patients with Hodgkin's disease and non-Hodgkin's lymphoma. *Psycho-Oncology*, 4(1), pp. 39-45.
- Rausch, S. M. (2008). Evaluating the psychosocial effects of two interventions, tai chi and spiritual growth groups, in women with breast cancer. Tesis Doctoral. Virginia Commonwealth University.
- Reay, D. (1998). *Class work: Mothers' involvement in their children's primary schooling*. Londres (Inglaterra). Taylor & Francis Group.
- Reis, H. T., Senchak, M. y Solomon, B. (1985). Sex differences in the intimacy of social interaction: Further examination of potential explanations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, pp. 1204-1217.

- Rescorla, R. A., y Solomon, R. L. (1967). Two-process learning theory: relationships between Pavlovian conditioning and instrumental training. *Psychological Review*, 74, pp. 151- 83.
- Revenson, T. A., Schiaffino, K. M., Majerovitz, S. D. y Gibofsky, A. (1991). Social support as a double-edged sword: the relation of positive and problematic support to depression among rheumatoid arthritis patients. *Social Science and Medicine*, 33(7), pp. 807-813.
- Rey, L., Extremera, N., y Pena, M. (2011). Perceived Emotional Intelligence, Self-Esteem and Life Satisfaction in Adolescents. *Psychosocial Intervention*, 20, pp. 227-234.
<http://dx.doi.org/10.5093/in2011v20n2a10>.
- Rey, L., Extremera, N., y Trillo, L. (2013). Exploring the relationship between emotional intelligence and health-related quality of life in patients with cancer. *Journal of psychosocial oncology*, 31(1), pp. 51-64.
- Reynolds, P. y Kaplan, G. A. (1990). Social connections and risk for cancer: prospective evidence from the Alameda County Study. *Behavioral Medicine*, 16(3), pp. 101-10.
- Reynolds, J. S. y Perrin, N. A. (2004). Mismatches in social support and psychosocial adjustment to breast cancer. *Health Psychology*, 23, pp. 425-430.
- Ricca, D. (2004). Emotional Intelligence, negative mood regulation expectancies, and professional burnout among police officers. *Dissertation Abstracts International: Section B: The sciences an engineering*, 64(9-B), p. 4664.
- Rivera-Navarro, J., Morales-González, J. M. y Benito-León, J. (2003). Informal caregiving in multiple sclerosis patients: Data from the Madrid Demyelinating Disease Group study. *Disability and Rehabilitation*, 25, pp. 1057-1064. doi: 10.1080/0963828031000137766.
- Roach, A. J., Frazier, L. P., y Bowden, S. R. (1981). The marital satisfaction scale: Development of a measure for intervention research. *Journal of Marriage and the Family*, pp. 537-546.
- Roberts, R. D., Zeidner, M., y Matthews, G. (2001). Does emotional intelligence meet traditional standards for an intelligence? Some new data and conclusions. *Emotion*, 1(3), p. 196.
- Robinson, L. C. y Blanton, P. W. (1993). Marital strengths in enduring marriages. *Family Relations*, 42(1), pp. 38-46.

- Rock, E. E., Steiner, J. L., Rand, K. L. y Bigatti, S. M. (2014). Dyadic influence of hope and optimism on patient marital satisfaction among couples with advanced breastcancer. *Supportive Care in Cancer*, 22(9), pp. 2351-9. doi: 10.1007/s00520-014-2209-0.
- Rodriguez Brioso, M. M. (2004). Las relaciones de pareja en la juventud española: entre la tradición y las preferencias individuales. *Revista de Estudios de Juventud*, 67, pp. 71-84.
- Rodríguez-Vega, B., Ortíz, A., Palao, A., Avedillo, C., Sánchez-Cabezudo, A. y Chinchilla, C. (2002). Síntomas de ansiedad y depresión de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. *The European Journal of Psychiatry* (16), 1, pp. 27-38.
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. London: Constable. ISBN 1-84529-057-7.
- Rogers, C., y Rosenberg, C. (1981). *La persona como centro*. Barcelona, Herder.
- Rojas, M. y Ramos, N. (2013). Salud, optimismo y afrontamiento en trabajadores profesionales y no profesionales que trabajan en contextos altamente estresantes. *Acta Colombiana de Psicología*, 16(1).
- Rollins, B. y Galligan, C. (1978). Marital satisfaction over the family life cycle: A reevaluation. *Journal of marriage and the family*, 36, pp. 271-282.
- Ros Martínez, A., Moya-Faz, F. J., y Garcés de Los Fayos Ruiz, E. J. (2013). Inteligencia emocional y deporte: situación actual del estado de la investigación. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 13(1), pp. 105-112.
- Roth, E. y Pinto, B. (2010). Burnout, Personalidad y Satisfacción Laboral en Enfermeras de la Ciudad de la Paz. *Ajayu*, 8, p. 2.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs: General and applied*, 80(1) p. 1.
- Rowland, J. H., Desmond, K. A., Meyerowitz, B. E., Belin, T. R., Wyatt, G. E., y Ganz, P. A. (2000). Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *Journal of the National Cancer Institute*, 92, pp. 1422-9.
- Rubin, Z. (1973). *Living and Living: An invitation to social psychology*. New York, Holt, Rinehart and Winston.

- Ruf, M., Buchi, S., Moergeli, H., Zwahlen, R. A., y Jenewein, J. (2009). Positive personal changes in the aftermath of head and neck cancer diagnosis: a qualitative study in patients and their spouses. *Head Neck*, 31, pp. 513-520.
- Ruiz, J. J. y Cano, J. J. (1999). *Manual de psicoterapia cognitiva*. Madrid, RyC Editores.
- Rusbult, C. E. y Buunk, B. P. (1993). Commitment processes in close relationships: An interdependence analysis. *Journal of Social and Personal Relationships*, 10, pp. 175-205.
- Ruthing, J. C., Holfeld, B. y Hanson, B. L. (2012). The role of positive thinking in social perceptions of cancer outcomes. *Psychology & Health*, 27(10), pp. 1244-58. doi: 10.1080/08870446.2012.666549. Epub 2012 Mar 7.
- Ryff, C. D., Singer, B. H., y Love, G. D. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions-Royal Society of London Series B Biological Sciences*, pp. 1383-1394.
- Saakvitne, K. W., Tennen, H. y Affleck, G. (1998). Exploring thriving of clinical trauma theory: constructivist self development theory. *Journal of Social Issues*, 54(2), pp. 279-299.
- Sahin Baltaci, H., y Demir, K. (2012). Pre-Service Classroom Teachers' Emotional Intelligence and Anger Expression Styles. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 12(4), pp. 2422-2428.
- Salanova, M., Martínez, I., Bresó, E., Llorens, S. y Grau, R. (2005). Bienestar psicológico en estudiantes universitarios: facilitadores y obstaculizadores del desempeño académico. *Anales de Psicología*, 21, pp. 170-180.
- Salanova, M., Peiró, J. M. y Schaufeli, W. B. (2002). Self-efficacy Specificity and Burnout among Information Technology Workers: An extension of the Job Demands-Control Model. *European Journal on Work and Organizational Psychology*, 11, pp. 1-2.
- Salanova, M., Schaufeli, W. B., Llorens, S., Peiró, J. M., y Grau, R. (2000). Desde el 'burnout' al 'engagement': ¿una nueva perspectiva? *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 16, pp. 117-134.
- Salas, C. y Grisales, H. (2010). Quality of life and associated factors in women with breast cancer in Antioquia, Columbia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 28(1), pp 9-18.
- Salovey, P. (2001). Applied emotional intelligence: Regulating emotions to become healthy, wealthy, and wise. Emotional intelligence and intimate relationships. En J. Ciarrochi, J. P. Forgas, y J.

- D. Mayer (Eds.) Emotional Intelligence and Everyday Life. New York: Psychology Press. Pp.168-184.
- Salovey, P. (2006). Epilogue: The Agenda for Future Research. In V. Druskat; F. Sala; G. Mount (Ed.), *Linking EI and Performance at Work - Current Research Evidence with Individuals and Groups* (pp. 267-272). LEA Inc.
- Salovey, P., y Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, cognition and personality*, 9(3), pp. 185-211.
- Salovey, P., Bedell, B., Detweiler, J. B., y Mayer, J. D. (1999). Coping intelligently: Emotional intelligence and the coping process. En C. R. Snyder (Eds), *Coping: The psychology of what works*. New York, Oxford University Press. Pp.141-164.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Caruso, D., y Yoo, S. H. (2002). The positive psychology of emotional intelligence. En C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds.), *The handbook of positive psychology* (pp. 159-171). New York, Oxford University Press.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., y Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health* (pp. 125-154). Washington, DC, American Psychological Association.
- Salovey, P., Woolery, A., y Mayer, J. D. (2001): Emotional intelligence: Conceptualization and measurement. En G.J.O. Fletcher y M.S. Clark (Eds). *Blackwell Handbook of Social Psychology: Interpersonal Processes* (pp.279-307). Malden, MA, Blackwell Publishers.
- Sampedro, P. (2005). *El mito del amor y sus consecuencias en las relaciones de pareja*. Disenso, 45.
- Sánchez, R., Sierra, F. A., y Martín, E. (2015). ¿Qué es calidad de vida para un paciente con cáncer?. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), pp. 371-385.
- Sánchez Núñez, M. T. (2007). Inteligencia emocional autoinformada y ajuste perceptivo en la familia. Su relación con el clima familiar y la salud mental. Tesis Doctoral. Universidad de Castilla-La Mancha.
- Sánchez-Nuñez, M. T., Fernández-Berrocal, P., Montañés, J. y Latorre, J.M. (2008). ¿Es la inteligencia emocional una cuestión de género? Socialización de las competencias emocionales en

- hombres y mujeres y sus implicaciones. *Revista electrónica de investigación psicoeducativa*, 15, (6-2), pp. 445-474.
- Sangrador, J. L. (1993). Consideraciones psicosociales sobre el amor romántico. *Psicothema*, 5, pp. 181-196.
- Sangrador, J. L. (2001). Reseña de "El Amor desde la Psicología Social: ni tan libres, ni tan racionales" de Carlos Yela. *Psicothema*, 13(2), pp. 335-336.
- Santos-Iglesias, P., Vallejo-Medina, P., y Sierra, J. C. (2009). Propiedades psicométricas de una versión breve de la Escala de Ajuste Diádico en muestras españolas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(3).
- Sanz, A. (2000). *La vida en pareja. Cómo resolver las dificultades de la comunicación*. Madrid, Temas de hoy.
- Schaie, K. W., y Willis, S. L. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez*. Madrid, Pearson.
- Schain, W. S., d'Angelo, T. M., Dunn, M. E., Lichler, A. S., Pierde, L. J. (1994). Mastectomy versus conservative surgery and radiation therapy. Psychosocial consequences. *Cancer*, 73, pp. 1221-8.
- Schaufeli, W. B., Enzmann, D. y Girault, N. (1993). Measurement of burnout: A review. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 199-215). London, Taylor & Francis.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., Maslach, C. y Jackson, S. E. (1996). The Maslach Burnout Inventory: General Survey. En C. Maslach, S. E. Jackson y M. P. Leiter, *Maslach Burnout Inventory manual* (3ª ed.). Palo Alto, California, Consulting Psychologists Press.
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V. y Bakker, A. (2002). The measurement of burnout and engagement: A confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, pp. 71-92.
- Schaufeli, W. B., y Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. Londres, Taylor & Francis, Ltd.
- Schaufeli, W. B., Martínez, I., Marqués-Pinto, A., Salanova, M. y Bakker, A. (2002). Burnout and engagement in university students: A cross-national study. *Journal of Cross-Cultural Studies*, 33, pp. 464-481.

- Schaufeli, W. B., y Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, pp. 293-315.
- Scheier, M. F., y Carver, C. S. (1993). On the power of positive thinking: The benefits of being optimistic. *Current Directions in Psychological Science*, 2, pp. 26-30.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., y Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of personality and social psychology*, 67(6), p. 1063-1078.
- Scherer, K. R. (1992). What does facial expression express? *International Review of studies on emotion*, 2, pp. 139-165.
- Schmidt, J. E. y Andrykowski, M. A. (2004). The Role of Social and Dispositional Variables Associated With Emotional Processing in Adjustment to Breast Cancer: An Internet-Based Study. *Health Psychology*, 23(3), pp. 259-266. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.23.3.259>
- Schneider, M., Steele, R., Cadell, S., y Hemsworth, D. (2011). Differences on psychosocial outcomes between male and female caregivers of children with life-limiting illnesses. *Journal of pediatric nursing*, 26(3), pp. 186-99. doi: 10.1016/j.pedn.2010.01.007.
- Schou, I., Ekeberg, Ø., Ruland, C. M., Sandvik, L., y Kåresen, R. (2004). Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, 13(5), pp. 309-320.
- Schover, L. R., Yetman, R. J., Tauson, L. J., Meister, E., Esselstyn, C. B., y Hermann, R. E. (1995). Partial mastectomy and breast reconstruction. A comparison of their effects on psychosocial adjustment, body image, and sexuality. *Cancer*, 75(1), pp. 54-64.
- Schumm, W. R., Paff-Bergen, L. A., Hatch, R. C. y Obiorah, F. C. (1986). Concurrent and discriminant validity of the Kansas Marital Satisfaction Scale. *Journal of Marriage and the Family*, 48, pp. 381-387.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hall, L. E., Haggerty, D. J., Cooper, J. T., Golden, C. J. y Dornheim, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 25, pp. 167-177.

- Sears, S. R., Stanton, A. L., y Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology, 22*, pp. 487-497.
- Seidman, S., y Zager, J. (1986). The Teacher Burnout Scale. *Educational Research Quarterly, 11*(1), pp. 26-33.
- Seligman, M. E. (1999). The presidents address. APA.1998. Annual Report. *American Psychologist, 54*, pp. 559-562.
- Seligman, M. E. (2002). *La auténtica felicidad*. Barcelona, Ediciones B.
- Seligman, M.E. (2011). *La vida que florece*. Barcelona, Ediciones B.
- Seligman, M.E. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist, 55* (1), pp. 5-14.
- Seltzer, J. y Numerof, R. E. (1988). Supervisory leadership and subordinate burnout. *Academy of Management Journal, 31* (2), pp. 439-446.
- Serrano, G. y Carreño, M. (1993). La teoría de Stenberg sobre el amor. Análisis empírico. *Psicothema, 5*, pp. 151-167.
- Shakespeare-Finch, J., y Barrington, A. J. (2011). Behavioural changes add validity to the construct of posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress, 25*, pp. 433-439.
- Shakespeare-Finch, J., y Enders, T. (2008). Corroborating evidence of posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress, 21*, pp. 421-424.
- Sharpley, C. F. y Rogers, H. J. (1984). Preliminary validation of the Abbreviated Spanier Dyadic Adjustment Scale: Some psychometric data regarding a screening test of marital adjustment. *Educational and Psychological Measurement, 44*, pp. 1045-1049.
- Sherbourne, C. D., y Hays, R. D. (1990). Marital status, social support, and health transitions in chronic disease patients. *Journal of Health and Social Behavior, 13*, pp. 328-343.
- Shinn, M., Lechmann, S. y Wong, N. W. (1984). Social interaction and social support. *Journal of Social Issues, 40*(4), pp. 55-76.
- Shulman, T. y Hemenover, S. (2006). Is dispositional emotional intelligence synonymous with personality? *Self and Identity, 5*, pp. 147-171.

- Silveira, A., Gonçalves, J., Sequeira, T., Ribeiro, C., Lopes, C., Monteiro, E., y Pimentel, F. L. (2012). Head and neck cancer: health related quality of life assessment considering clinical and epidemiological perspectives. *Revista Brasileira de epidemiologia*, 15(1), pp. 38-48.
- Silveri, M. M., Tzilos, G. K., Pimentel, P. J., y Yurgelun-Todd, D. A. (2004). Trajectories of adolescent emotional and cognitive development: Effects of sex and risk for drug use. In R. E. Dahl, & L. P. Spear (Eds.), *Adolescent brain development: Vulnerabilities and opportunities*. New York, US, New York Academy of Sciences.
- Simpson, J. A., Campbell, B., y Berscheid, E. (1986). The association between romantic love and marriage: Kephart twice revisited. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 12(3), pp. 363-372.
- Sinclair, R. (2012). Nonmelanoma skin cancer in Australia. *British Journal of Dermatology*, 168(1), pp. 1-2. doi: 10.1111/bjd.12167.
- Skerrett, K. (1998). Couple adjustment to the experience of breast cancer. *Families, Systems and Health*, 16(3), pp. 281-298.
- Sloan, J. A., Zhao, X., Novotny, P. J., Wampfler, J., Garces, Y., Clark, M. M., y Yang, P. (2012). Relationship between deficits in overall quality of life and non-small-cell lung cancer survival. *Journal of Clinical Oncology*, 30(13), pp. 1498-1504.
- Smith, S. K., Mayer, D. K., Zimmerman, S., Williams, C. S., Benecha, H., Ganz, P. A., Edwards, L. J., y Abernethy, A. P. (2013). Quality of life among long-term survivors of non-hodgkin lymphoma: a follow-up study. *Journal of Clinical Oncology*, 10; 31(2), pp. 272-9. doi: 10.1200/JCO.2011.40.6249.
- Song, L. Y., Biegel, D. E., y Milligan, S. E. (1997). Predictors of depressive symptomatology among lower social class caregivers of persons with chronic mental illness. *Community mental health journal*, 33(4), pp. 269-286.
- Sosa, M. (2008). Escala autoinformada de inteligencia emocional (EAIE). Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid (España).
- Soto, J., Planes, M., y Gras, M. (2003). Sintomatología ansiosa y depresiva en familiares y amigos próximos de enfermos de cáncer hospitalizados. *Revista de Psicología Univeristas Tarraconensis*, 25(1-2) pp. 109-116.

- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, pp. 15-28.
- Spanier, G. B. (1985). Improve, refine, recast, expand, clarify. Don't abandon. *Journal of Marriage and the Family*, pp. 1073-1074.
- Spanier, G. B. (1988). Assessing the strengths of the Dyadic Adjustment Scale. *Journal of Family Psychology*, 2, pp. 92-94.
- Spanier, G. B., y Thompson, L. (1982). A confirmatory analysis of the Dyadic Adjustment Scale. *Journal of Marriage and the Family*, pp. 731-738.
- Spearman, C. (1904). General Intelligence, Objectively Determined and Measured. *The American Journal of Psychology*, 15(2), pp. 201-292. doi:10.2307/1412107.
- Spitzer, W. O., Dobson, A. J., Hall, J., Chesterman, E., Levi, J., Shepherd, R., Battista, R. N., y Catchlove, B. R. (1981). Measuring the quality of life of cancer patients: A concise QL-Index for use by physicians. *Journal of Chronic Diseases*, 34(12), pp. 585-597.
- Sprecher, S. (2002). Sexual satisfaction in premarital relationships: Associations with satisfaction, love, commitment, and stability. *Journal of sex research*, 39(3), pp. 190-196.
- Sprecher, S. y Felmlee, D. (1992). The influence of parents and friends on the quality and stability of romantic relationships: A three-wave longitudinal investigation. *Journal of Marriage and the Family*, 54, pp. 888-900.
- Srivastava, K. (2013). Emotional intelligence and organizational effectiveness. *Industrial Psychiatry Journal*, 22(2), pp. 97-9.
- Steel, J. L., Chopra, K., Olek, M. C., y Carr, B. I. (2007). Health-related quality of life: Hepatocellular carcinoma, chronic liver disease, and the general population. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 16(2), pp. 203-215. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s11136-006-9111-2.
- Stern, W. (1912). *The Psychological Methods of Intelligence Testing*. (G. Whipple, Trans.). Baltimore, Warwick and York.
- Sternberg, R. J. (1985). *Beyond IQ: A Triarchic Theory of Intelligence*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Sternberg, R. J. (1986). A triangular theory of love. *Psychological review*, 93(2), p. 119.

- Sternberg, R. J. (1988). *The triangle of love*. New York, Basic Books, Inc. Publishers.
- Sternberg, R. J. (1989). *El triangulo del amor*. Barcelona, Paidós.
- Sternberg, R. J. (1997). *Inteligencia exitosa. Como una inteligencia práctica y creativa determina el éxito en la vida*. Barcelona, Paidós.
- Sternberg, R. J. (2000). *Handbook of intelligence*. New York, USA, Cambridge University Press
- Sternberg, R. J. (2000). *La experiencia del amor*. Barcelona, Paidós.
- Sternberg, R. J., Grigorenko, E. y Bundy, D. A. (2001). The predictive value of IQ. *Merrill-Palmer Quarterly*, 47 (1), pp. 1-41. Doi: 10.1353/mpq.2001.0005.
- Stewart, A. L., Ware, J. E. y Brook, R. H. (1981). Advances in the Measurement of Functional Status: Construction of Aggregate indexes. *Medical Care*, 19, pp. 473-488.
- Stiebler Leal, V. (1993). Variáveis psicológicas influenciando o risco e o prognóstico do cancer: um panorama atual. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 39(2), pp. 53-59.
- Stimpson, J. P., Peek, M. K. y Markides, K. S. (2006). Depression and mental health among older Mexican American spouses. *Aging & Mental Health*, 10(4), pp. 386-393. doi:10.1080/13607860500410060.
- Stone, P., Richardson, A., Ream, E., Smith, A., Kerr, D., y Kearney, N. (2000). Cansancio relacionado con el cáncer: ¿inevitable, intratable y sin importancia? Resultado de una encuesta multicéntrica de pacientes. *Annals of Oncology*, 9(10), pp. 1241-45.
- Sumalla, E. C., Ochoa, C., y Blanco, I. (2009). Posttraumatic growth in cancer: reality or illusion? *Clinical Psychology Review*, 29(1), pp. 24-33.
- Summerfield, D. (1999). Una crítica de los proyectos psicosociales en poblaciones afectadas por la guerra basadas en el concepto de trauma psicológico. En P. Pérez Sales. (Ed.), *Actuaciones psicosociales en guerra y violencia política*. Madrid, Exlibris.
- Sutton, R. E., y Wheatley, K. F. (2003). Teachers' emotions and teaching: A review of the literature and directions for future research. *Educational psychology review*, 15(4), pp. 327-358.
- Tajfel, H., y Turner, J. C. (1986). The social identity theory of inter-group behavior. En S. Worchel and L.W. Austin (eds.), *Psychology of Intergroup Relations*. Chicago, Nelson-Hall.
- Taku, K. (2004). Relationships among perceived psychological growth, resilience and burnout in physicians. *Personality and Individual Differences*, 59, pp. 120-123.

- Tapia, L. (2001). Algunas consideraciones para una terapia de pareja basada en la evidencia. *De Familias y Terapias*, 14 y 15, pp. 7-30.
- Tárraga, L. L., y Cejudo, J. C. (2001). El perfil del cuidador del enfermo de Alzheimer. *Libro blanco sobre la enfermedad de Alzheimer y trastornos afines*, 1, pp. 121-139.
- Taylor, S. E., Lichtman, R.R. y Wood, J.V. (1984). Attributions, beliefs about control and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, pp. 489-502.
- Tchekmedyian, M. D., David, F., Cella, D., Rodger, J., y Winn, M. D. (1995). Economic and Quality of Life Outcomes in Oncology. *Oncology*. Noviembre (1).
- Tedeschi, R. G., y Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc. doi:
<http://dx.doi.org/10.4135/9781483326931>.
- Teichman, Y., Bar-el, Z., Shor, H., y Elizur, A. (2003). Cognitive, interpersonal, and behavioral predictors of patients and spouses depression. *Journal of affective disorders*, 74(3), pp. 247-256.
- Tellegen, A., Lykken, D. T., Bouchard, T. J., Wilcox, K. J., Segal, N. L., y Rich, S. (1988). Personality similarity in twins reared apart and together. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), p. 1031.
- Tennen, H., y Affleck, G. (2009). Assessing positive life change: in search of meticulous methods. In C. Park, S. Lechner, A. L. Stanton, M. H. Antoni (Eds.), *Medical illness and positive life change: Can crisis lead to personal transformation?* (pp. 31-49). Washington, DC, American Psychological Association.
- Terman, L. M. (1916). *The measurement of intelligence*. Boston, Houghton Mifflin.
- Terol, M. C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Pastor, M. A., Mora, M., Martín-Aragón, M., Leyda-Menédez, J. I., Neipp, M. C. y Lizón, J. (2000). Diferencias en la calidad de vida: Un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. *Anales de Psicología*, 16(2), pp. 111-122.
- Thibaut, J. W., y Kelley, H. H. (1959). *The Social Psychology of Groups*. New York, Wiley.

- Thompson, B., Waltz, J., Croyle, K., y Pepper, A. (2007). Trait meta-mood and affect as predictors of somatic symptoms and life satisfaction. *Personality and Individual Differences, 43*, pp. 1786-1795.
- Thompson, S. C. y Pitts, J. C. (1992). In sickness and in health: Chronic illness, marriage and spousal caregiving. En S. Spacapan y S. Oskamp (eds.), *Helping and Being Helped: Naturalistic Studies* (pp. 123-135). Newbury Park, California, Sage.
- Thornton, A. A., y Pérez, M. A. (2006). Posttraumatic growth in prostate cancer survivors and their partners. *Psychooncology, 15*, pp. 285-296.
- Thurstone, L. L. (1938). *Primary mental abilities*. Chicago, University of Chicago Press.
- Ticona, S. B., Santos, E. M., y Siquira, A. L. (2015). Diferencias de género en la percepción de estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer colorrectal que reciben quimioterapia. *Aquichan, 5*(1), pp. 9-20. doi: 10.5294/aqui.2015.15.1.2.
- Tobiasz-Adamczyk, B. (2012). Health-related quality of life in women after cancer treatment. *Przegląd Lekarski Journal, 69*(2), pp. 67-71.
- Tobin, M., Lacey, H. J., Meyer, L., Mortimer, P. S. (1993). The psychological morbidity of breast cancer-related arm swelling. *Cancer, 72*, pp. 3248-52.
- Tomkins, S. S. (1962). Affect imagery consciousness: Vol. I. *The positive affects*. New York, Springer.
- Tomkins, S. S. (1970). Affect as the primary motivational system. In M.B. Arnold (Ed.). *Feelings and emotions* (pp. 101-110). New York, Academic Press.
- Trevarthen, C. (1984). Emotions in infancy: regulators of contact and relationship with persons. In K.R. Scherer & P. Ekman (Eds.). *Approaches to emotion* (pp. 129-157). Hillsdale, NJ, Erlbaum.
- Trinidad, D.R. y Johnson, C. A. (2002). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual Differences, 32*, pp. 95-105.
- Turró-Garriga, O., Soler-Cors, O., Garre-Olmo, J., López-Pousa, S., Vilalta-Franch, J., y Monserrat-Vila, S. (2008). Distribución factorial de la carga en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología, 46*(10), pp. 582-588.
- Twenge, M., Campbell, W.K. y Foster, C. A. (2003). Parenthood and Marital Satisfaction: A Meta-Analytic Review. *Journal of Marriage and Family, 65*, pp. 574-583.

- Ugarriza, N. (2001). La evaluación de la inteligencia emocional a través del inventario de BarOn (I-CE) en una muestra de Lima Metropolitana. *Persona*, 4, pp. 129- 160.
- Ulloa, J. (1963). *El suplicio de los avaros: ensayos materialistas*. Santiago de Chile, Editora Austral.
- Vadnais, A. M. (2005). *The relationship of emotional intelligence and marital satisfaction*. San Diego, Academic Press.
- Valderrama-Iturbe, P., Carbellido Vásquez, S. y Domínguez-Trejo, B. (1995). Ansiedad y Estilos de Afrontamiento en mujeres con cáncer cervicouterino. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27(1), pp. 73-86.
- Valiente, S., Varona, L. y Orozco, I. (2011). Morir de amor. *Norte de salud mental*, 2011, IX(41), pp. 27-30.
- Van Eck, M., Berkhof, H., Nicolson, N. y Sulon, J. (1996). The effects of perceived stress, traits, mood states and stressful daily events on salivary cortisol. *Psychosomatic medicine*, 58(5), pp. 447-58.
- Van Rooy, D. L., Alonso, A. y Viswesvaran, C. H. (2005). Group differences in emotional intelligence scores: theoretical and practical implications. *Personality and Individual Differences*, 38, pp. 689-700.
- Vázquez-Ortega, L., Camarena-Reynoso, H., Martínez, J.A., Hernández-Castellanos, V., Leos-Acosta C., Shuck-Bello, C., Cantellano-Orozco, M., Morales-Montor, J., Pacheco-Gabher, C. y Calderón-Ferro, F. (2009). Estudio comparativo de calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata con diferentes tratamientos iniciales. *Revista Mexicana de Urología*, 69(4), pp. 143-146.
- Venturi, P., Rizzo, F., y Dell'Erba, G. (2006). Studio di validazione di un nuovo strumento per la valutazione della síndrome di burnout, it Rome Burnout Inventory. *Medicina Psicosomática*, 8(4), pp. 56-78.
- Vera, A., Ravanal, I., Cancino, L., Carrasco, C., Contreras, G., y Arteaga, O. (2007). Síndrome de Burnout e Inteligencia Emocional: Un análisis con Enfoque Psicosocial en una agencia estatal chilena. *Ciencia & Trabajo*, 9(24), pp. 51-54.
- Vera, J., Félix-Castro, J., y Rodríguez-Barreras, A. (2001). Satisfacción marital, edad, número de hijos y años en pareja. *Revista de Psicología, Universidad Mayor de San Marcos*, 1(2), pp. 233-250.

- Vera, J., Laborín, J. y Domínguez, D. (2000). Relación entre expectativas real – ideal de la pareja con el grado de satisfacción marital en una población mexicana. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 5(1), pp. 191-208.
- Vera, P., Córdova, N., y Celis, K. (2009). Evaluación del optimismo: un análisis preliminar del Life Orientation Test versión revisada (LOT-R) en población chilena. *Universitas Psychological*, 8(1), pp. 61-67.
- Vera, P., Córdova, N., y Celis, K. (2009). Optimismo versus autoestima: Implicancia para la psicología clínica y psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18, pp. 21-30.
- Vera-Villaruel, P., Córdova-Rubio, N. y Celis-Atenas, K. (2009). Evaluación del optimismo: un análisis preliminar del Life Orientation Test versión revisada (LOT-R) en población chilena. *Universitas Psychologica*, 8 (1), 61-68.
- Vilela, Y. P. (2013). Burnout y personalidad en enfermeras de un hospital militar. Tesis Doctoral. Universidad Católica de Perú, Facultad de Letras y Ciencias Humanas.
- Villamizar, Y. P. (2010). Una mirada a las relaciones de género en las familias transnacionales. *Revista del Observatorio Colombo-Ecuatoriano de Migraciones OCEMI Fundación Esperanza*, 46.
- Viloria-Marín, H., y Paredes-Santiago, M. (2002). Estudio del Síndrome de Burnout o desgaste profesional en los profesores de la Universidad de los Andes. *Educere*, 6(17), pp. 29-36.
- Vitaliano, P. P., Scanlan, J.M., Zhang, J., Savage, M.V., Dyck, D., y Barefoot, J. (1999). Are the salutogenic effects of social supports modified by income?. *Psychosomatic Medicine* 61(1), p. 95.
- Vitaliano, P. P., Zhang, J., y Scanlan, J. M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological bulletin*, 129(6), p. 946.
- Vrettos I, Kamposioras K, Kontodimopoulos N, Pappa E, Georgiadou E, Haritos D, Papadopoulos AA, Niakas D. (2012). Comparing health-related quality of life of cancer patients under chemotherapy and of their caregivers. *The Scientific World Journal*, 9, p. 135283.
- Walster, E., Walster, G. W., y Berscheid, E. (1978). *Equity Theory and research*. Boston, Allyn and Bacon, Inc.

- Wamboldt, F. S. y Reiss, D. (1989). Defining a family heritage and a new relationship: Two central themes in the making of a marriage. *Family Process*, 28, pp. 317-335.
- Wan, G. J., Counte, M. A. and Cella, D. F. (1997). The Influence of Personal Expectations on Cancer Patients' Reports of Health-Related Quality of Life. *PsychoOncology*, 6(1).
- Ware, J. E. (1987). Standards for Validating health measures : Definition and content. *Journal of Chronic Diseases*, 40, pp. 473- 480.
- Warwick, J., y Nettelbeck, T. (2004). Emotional intelligence is . . . ? *Personality and Individual Differences*, 37, pp. 1091-1100.
- Watson, D., y Clark, L. A. (1997). Extraversion and its positive emotional core. *Handbook of personality psychology*, pp. 767-793. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-012134645-4/50030-5>.
- Watson, J. B. (1925). *Behaviorism*. New York, NY: W.W. Norton & Company.
- Watson, J. B. (1928). The Heart or the Intellect? *Harper's Monthly Magazine*, 156, pp. 345-352.
- Watson, R.; Deary, I.; Thompson, D y Li, G. (2008). A study stress and burnout in nursing students in Hong Kong: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(10), pp. 1534-1542.
- Weiner, B. (1993). On sin versus sickness: A theory of perceived responsibility and social motivation. *American Psychologist*, 48(9), p. 957.
- Weiss, T. (2004). Correlates of posttraumatic growth in husbands of breast cancer survivors. *Psychooncology*, 13, pp. 260-268.
- Weitzner, M. A. y Meyers, C. A. (1997). Cognitive Functioning and Quality of Life in Malignant Glioma Patients: A Review of the Literature. *Psycho-Oncology*, 6(3).
- Wenger, M. A., Jones, F. N. y Jones, M. H. (1962). Emotional behaviour. En D.K. Candland (Ed.): *Emotion: Bodily change*. Princeton, N.J., van Nostrand.
- Whalen, Samuel P. (1997). Assessing flow experiences in highly able adolescent learners. En: Annual meeting of the American Educational Research Association, Chicago, IL.
- Wheaton, B. (1997). The nature of chronic stress. En B.H. Gottlieb (Ed.), *Coping with chronic stress* (pp.43-73). Nueva York, Plenum.

- Whistance, R. N., y Blazeby, J. M. (2011). Systematic review: quality of life after treatment for upper gastrointestinal cancer. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 5, pp.37-46.
- Whitford, H. S. y Olver, I. N. (2012). When expectations predict experience: the influence of psychological factors on chemotherapy toxicities. *Journal of pain and symptom management*, 43(6), pp. 1036-50. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2011.06.026.
- Wilcox, V. L., Kasl, S. V. y Berkman, L. F. (1994). Social support and physical disability in older people after hospitalization: a prospective study. *Health Psychology*, 13, pp. 170-179.
- Willis, R. J. (1987). What have we learned from the economics of the family? *The American Economic Review*, pp. 68-81.
- Wilson, G. (1981). *The coolidge effect: An evolutionary account of human sexuality*. New York, William Morrow.
- Winch, P. (1958). *The idea of a social science and its Relation to Philosophy United States of America*. Humanities Press International, Inc., Atlantic Highlands, ISBN 0-203-16090-8.
- Winer, E. P. (1994). Quality of life Research in Patients with Breast Cancer. *Cancer Supplement*, 74(1).
- Wright, L. K., Clipp, E. C., y George, L. K. (1993). Health consequences of caregiver stress. *Medicine, Exercise, Nutrition, and Health*, 2(4), pp. 181-195.
- Xie, J.T. (2011). Relationship between emotional intelligence, job burnout and job satisfaction. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 19(3), pp. 372-73.
- Yárnnoz, S., Alonso-Arbiol, I., Plazaola, M. y Sainz de Murieta, L. M. (2001). Apego en adultos y percepción de los otros. *Anales de Psicología*, 17, pp. 159- 170.
- Yavas, G., Dogan, N. U., Yavas, C., Benzer, N., Yuce, D., y Celik, C. (2012). Prospective assessment of quality of life and psychological distress in patients with gynecologic malignancy: a 1-year prospective study. *International Journal of Gynecological Cancer*, 22(6), pp. 1096-101. doi: 10.1097/IGC.0b013e3182559c03.
- Ybema, J. F., Kuijjer, R. G., Hagedoorn, M., y Buunk, B. P. (2002). Caregiver burnout among intimate partners of patients with a severe illness: An equity perspective. *Personal Relationships*, 9(1), pp. 73-88.

- Yee, J. L., y Schulz, R. (2000). Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers a review and analysis. *The Gerontologist*, 40(2), pp. 147-164.
- Yeh, H. C., Lorenz, F. O., Wickrama, K. A. S., Conger, R. D. y Elder, G. H. (2006). Relationships among sexual satisfaction, marital quality, and marital instability at midlife. *Journal of Family Psychology*, 20, pp. 329- 343.
- Yela, C. (1997). Curso temporal de los componentes básicos del amor a lo largo de la relación de pareja. *Psicothema*, 9(1), pp. 1-15.
- Yélamos, C., Montesinos, F., Eguino, A., Fernández, B., González, A., García, M. y Fernández, A.I. (2007). Impacto del linfedema en la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(1), pp. 143-163.
- Youll, J. y Meekosha, H. (2013). Always look on the bright side of life: Cancer and positive thinking. *Journal of Sociology*, 49(1), pp. 22-40.
- Young, L., Wang, Z., y Insel, T. (1998). Neuroendocrine bases of monogamy. *Trends in Neuroscience*, 21(2), pp. 71-75.
- Youngblut, J. M., Brooten, D. y Menzies, V. (2006). Psychometric properties of the Spanish versions of the FACES II and Dyadic Adjustment Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 14, pp. 181-189.
- Zarit, S. H., y Leitsch, S. A. (2001). Developing and evaluating community-based intervention programs for Alzheimer's patients and their caregivers. *Aging and Mental Health*, 5 (Suppl 1), pp. S84-98.
- Zeidan-Lukacs, R. M. (2013). *Job Satisfaction and Burnout in Counselors Working with Individuals, Couples, and Families A Quantitative Study*. Barry University, Adrian Dominican School of Education.
- Zeidner, M., Kloda, I., y Matthews, G. (2013). Does dyadic coping mediate the relationship between emotional intelligence (EI) and marital quality?. *Journal of Family Psychology*, 27(5), pp. 795-805. <http://dx.doi.org/10.1037/a0034009>.

- Zeidner, M., Matthews, G. y Roberts, R. D. (2006). Emotional intelligence, adaptation, and coping. En J. Ciarrochi, J. Forgas y J. D. Mayer (Eds.), *Emotional intelligence in everyday life: A scientific inquiry* (2nd ed., pp. 82–97). Philadelphia, Psychology Press.
- Zeidner, M., Roberts, R. D., y Matthews, G. (2008). The science of emotional intelligence: Current consensus and controversies. *European Psychologist*, 13(1), pp. 64-78.
- Zeidner, M., Shani-Zinovich, I., Matthews, G., y Roberts, R. D. (2005). Assessing emotional intelligence in gifted and non-gifted high school students: Outcomes depend on the measure. *Intelligence*, 33, pp. 369–391.
- Zeifman, D., y Hazan, C. (1997). Attachment: The bond in pair-bonds. In J. A. Simpson y D. T. Kenrick (Eds.), *Evolutionary social psychology* (pp. 237-263). Mahwah, NJ, Erlbaum.
- Zellars, K., Wayne, P., Perrewé, N., y Ford, E. (2004). Experiencing Job Burnout. The roles of positive and negative traits and states. *Journal of Applied Social Psychology*, 34(4), pp. 887- 911.
- Zhang, H. H., y Wang, H. (2011). A meta-analysis of the relationship between individual emotional intelligence and workplace performance. *Acta Psychologica Sinica*, 43(2), pp. 188-202.
- Zittoun, R., Achard, S. and Ruzniewski, M. (1999). Assessment of Quality of Life During Intensive Chemotherapy or Bone Marrow Transplantation. *PsychoOncology*, 8(1).
- Zwahlen, D., Hagenbuch, N., Carley, M. I., Jenewein, J., y Buchi, S. (2010). Posttraumatic growth in cancer patients and partners--effects of role, gender and the dyad on couples' posttraumatic growth experience. *Psychooncology*, 19, pp. 12-20.

REFERENCIAS DE ILUSTRACIONES

ILUSTRACIÓN 1: Papiro de Ebers. Recuperado de:

<https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/8/8b/Ebers7766.jpg/200px-Ebers7766.jpg>

ILUSTRACION 2: Tumor de cáncer de mama. Recuperado de:

http://www.quo.es/var/quo/storage/images/ciencia/consultas/el_cancer_es_reciente/149645-1-esl-ES/el_cancer_es_reciente_full_landscape.jpg

ILUSTRACIÓN 3: Primer microscopio. Recuperado de:

http://www.quo.es/var/quo/storage/images/media/images/02micrografia/936929-1-esl-ES/02micrografia_ampliacion.jpg

ILUSTRACION 4: Nomenclatura según el tipo de cáncer. Recuperado de:

<http://infermeravirtual.com/files/media/file/86/imatge2-cast.jpg?1362736801>

ILUSTRACION 5 Y 6: Ilustración sobre la distribución del tipo de cáncer a nivel mundial en hombres y mujeres. En American Cancer Society. *Global Cancer Facts & Figures 2nd Edition*. Atlanta: American Cancer Society; 2011. Pag. 6

ILUSTRACIÓN 8: Cirugía del cáncer de colon con anastomosis. Original de Teresa Winslow(2005).

Recuperado de:<http://cancer-consultants.com/images/colon4.jpg>

ILUSTRACIÓN 9: Cirugía de cáncer de colon con colostomía. Original de Teresa Winslow (2005).

Recuperado de: <http://www.cancer.gov/images/cdr/live/CDR415516-750.jpg>

ILUSTRACION 10: cirugía en cáncer de esófago con esofagectomía. Original de Teresa Winslow

(2005). Recuperado de:<http://www.cancer.gov/images/cdr/live/CDR445374-750.jpg>

ILUSTRACION 11: Dibujos realizados por pacientes con cáncer de pulmón. Hoogerwerf, M. A., Ninaber, M. K., Willems, L. N. y Kaptein, A. A. (2012). "Feelings are facts": illness perceptions in patients with lung cancer. *Respiratory medicine*, 106(8), pp. 1170-6. doi: 10.1016/j.rmed.2012.04.006

ILUSTRACION 12: Amantes de Hansalu. Recuperado de:
<http://pbs.twimg.com/media/B0pdds6CAAIGLc.jpg:large>

ILUSTRACION 13: Sistema Límbico. Recuperado de: http://2.bp.blogspot.com/-bUDF2xh7K2Y/UcvDgigHYVI/AAAAAAAAAB0/7RPIEp-PGJE/s1600/post_005_sistema_limbico.jpg

ILUSTRACION 14: Centro de la Recompensa. Recuperado de:
<http://www.saludypsicologia.com/img/thumbs/50d7435e3e8f8d431286a4d0ae8f7578.jpg>

ILUSTRACION 15: Imágenes de RMN utilizadas en la investigación. Bartels A., y Zeki, S. (2004). The neural correlates of maternal and romantic love. *Neuroimage*, 21, pp. 1155-1166.

ILUSTRACION 16: Representación de la Teoría Triangular del Amor de Stenberg. Recuperado de:<http://psicologiamotivacional.com/wp-content/uploads/2013/05/tipos-de-amor-sternberg.png>

ILUSTRACION 19: Círculo de preocupación/influencia de Covey (1997). Recuperado de:
<http://www.rumbointerior.com/blog/wp-content/uploads/2014/03/influencia-y-preocupacion.jpg>

ILUSTRACION 22: Modelo de Canal de Flujo de Csikszentmihalyi. Recuperado de: Whalen, Samuel P. (1997). Assessing flow experiences in highly able adolescent learners. En: Annual meeting of the American Educational Research Association, Chicago, IL.

ILUSTRACION 26: máscaras de teatro con expresión de emociones básicas. Recuperado de:
<http://teatrodelossentimientos.blogspot.com.es/2015/03/teatro.html>

ILUSTRACION 27: Rueda de las emociones de Plutchik. Recuperado de:

[http://www.emoturismo.com/wp-content/uploads/2015/08/2000px-Rueda-Plutchik.svg .png](http://www.emoturismo.com/wp-content/uploads/2015/08/2000px-Rueda-Plutchik.svg.png)