



Avances en Psicología Latinoamericana

ISSN: 1794-4724

editorial@urosario.edu.co

Universidad del Rosario

Colombia

PORRO, MARÍA LAURA; ANDRÉS, MARÍA LAURA; RODRÍGUEZ-ESPÍNOLA, SOLANGE
Regulación emocional y cáncer: utilización diferencial de la expresión y supresión emocional en
pacientes oncológicos

Avances en Psicología Latinoamericana, vol. 30, núm. 2, 2012, pp. 341-355

Universidad del Rosario

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79924881010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Regulación emocional y cáncer: utilización diferencial de la expresión y supresión emocional en pacientes oncológicos

Emotional regulation and health: individual differences in emotional expression and emotional suppression in cancer patients

Regulação emocional e câncer: a utilização diferencial de expressão emocional e supressão em pacientes com câncer

MARÍA LAURA PORRO*

Universidad Católica Argentina, Argentina

MARÍA LAURA ANDRÉS**

Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina

SOLANGE RODRÍGUEZ-ESPÍNOLA***

Universidad Católica Argentina, Argentina

Resumen

El objetivo de este trabajo es describir la frecuencia de uso de la supresión emocional y de la expresividad emocional en un grupo de pacientes diagnosticados con cáncer y en un grupo control. Para esto se evaluaron dos grupos conformados por adultos con similares características en relación con la edad y el sexo, el primero integrado por 38 pacientes oncológicos y el segundo por 44 personas no pacientes. Los resultados muestran que los grupos se diferencian significativamente en su frecuencia de uso de la supresión de la expresión emocional, en el sentido de que los pacientes oncológicos utilizan más esta estrategia de regulación emocional que el grupo control. A su vez, se encontraron diferencias significativas en cuanto a la expresividad negativa, siendo que el grupo de pacientes oncológicos expresa menos sus emociones negativas que el grupo control; por último, no se hallaron diferencias significativas en cuanto a la expresividad positiva.

Palabras clave: regulación emocional, cáncer, expresión emocional, supresión de la expresión emocional

Abstract

The aim of this paper is to describe the frequency of emotional suppression and emotional expressiveness in a group of cancer patients and in a control group. For this, we have evaluated two groups of adults with similar age and sex characteristics, the first one consisting of 38 cancer patients and the second of 44 not-patients. The results show that the groups differ significantly in their use of emotional suppression, in the sense that cancer patients used this strategy more often than the control group. Moreover, significant differences in terms of negative expressiveness were found, corresponding to less expression of negative emotions in cancer patients as compared to the control group, and finally, there were no significant differences in the expression of positive emotions.

Keywords: Emotion regulation, cancer, emotional expression, emotional suppression

* Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina, Funes 3250 - Cuerpo V - Nivel III. Correo electrónico: marialporro@yahoo.com.ar

** Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina. Correo electrónico: marialauraandres@gmail.com

*** Observatorio de la Deuda Social Argentina, Universidad Católica Argentina, Argentina. Correo electrónico: solange.rodriguezespino@gmail.com

Para citar este artículo: Porro, M. L., Andrés, M. L. & Rodríguez-Espínola, S. (2012). Regulación emocional y cáncer: utilización diferencial de la expresión y supresión emocional en pacientes oncológicos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30 (2), 341-355.

Resumo

O objetivo deste artigo é descrever a frequência de uso de supressão emocional e expressividade emocional em um grupo de pacientes diagnosticados com câncer e um grupo controle. Para isso, avaliaram dois grupos formados por adultos com características semelhantes em relação à idade e sexo, o primeiro composto de 38 pacientes com câncer eo segundo por 44 pessoas não pacientes. Os resultados mostram que os grupos diferem significativamente na sua frequência de utilização da supressão da expressão emocional, no sentido de que pacientes com câncer utilizado esta estratégia mais do que o grupo de controle. Por sua vez, diferenças significativas em termos de expressividade negativa, sendo que o grupo de pacientes com câncer de expressar emoções menos negativas que o grupo controle, e, finalmente, não houve diferenças significativas na expressão positiva. *Palavras-chave:* regulação emocional, câncer, expressão emocional, supressão da expressão emocional

La investigación sobre la expresión de emociones y el bienestar constituye un tema actual de interés para el estudio de los procesos implicados en la salud (Cardenal-Hernández, 2001; Gross & John, 2003; John & Gross, 2004; Lieberman & Goldstein, 2006; Sirgo, Díaz-Ovejero, Cano-Vindel & Pérez Manga, 2001).

Ciertos modos específicos de manejar las emociones predisponen en mayor medida al inicio y/o progresión de la enfermedad (Gross, 1989a; Rodríguez-Parra, Esteve-Zarazaga & López-Martínez, 2000). La regulación emocional ha sido definida como la activación y utilización de determinadas estrategias que los individuos ponen en marcha para modificar el curso, la intensidad, la calidad, la duración y la expresión de las experiencias emocionales en pos del cumplimiento de objetivos individuales (Cole, Martin & Dennis, 2004; Garber & Dodge, 1991; Gross, 1998b; John & Gross, 2007; Thompson, 1994). Uno de los modelos actuales más consensuados en el campo de la regulación emocional, denominado modelo de proceso de la emoción y regulación emocional (Gross, 1998b), se basa en la premisa de que las estrategias de regulación emocional pueden ser diferenciadas en función

del momento en el que tienen su primer impacto en el proceso de generación de una respuesta emocional (Gross & Thompson, 2007). Esta concepción sostiene que la emoción comienza con una evaluación de las señales contextuales presentes en el entorno e internas al propio individuo. Cuando son atendidas y evaluadas, las señales desencadenan un conjunto coordinado de tendencias de respuesta que involucran la experiencia subjetiva, el sistema fisiológico y el comportamental. Una vez que estas tendencias de respuesta se disparan, se pueden modular de diversas maneras (Gross & Thompson, 2007). Según este modelo, la emoción puede ser regulada en cinco puntos clave en el proceso generativo de la emoción. En primer lugar, la selección de la situación permite acercarse o evitar ciertos estímulos como personas, lugares o actividades, con el fin de alterar las emociones. En segundo lugar, la modificación de la situación puede operar para adaptar la situación al objetivo de modificar su impacto emocional, creando situaciones diferentes. Luego, el proceso de despliegue atencional puede ser utilizado para elegir en cuál de los múltiples aspectos de una situación se centrará la atención del individuo. Una vez centrado en un aspecto particular, el cambio cognitivo posibilita la resignificación de algunos de los significados posibles. Por último, la modulación de la respuesta se refiere a diversos tipos de intentos para influir en las tendencias de respuesta emocional una vez que la emoción ya se ha suscitado (Gross, 2001, 2002). Dentro de este último punto, una de las estrategias particulares que mayor apoyo empírico y experimental ha recibido en las investigaciones es la supresión de la expresión emocional (SEE). Específicamente, se trata de una forma de modulación de la respuesta que se refiere a la inhibición del curso expresivo comportamental de la experiencia emocional (John & Gross, 2004; Silva, 2005). La utilización diferencial de estrategias de regulación emocional resulta un componente esencial del bienestar psicológico (John & Gross, 2004); por ejemplo, el uso crónico de la SEE se ha asociado con resultados en su mayor medida contraproducentes para el bienestar psicológico, ya que requiere del individuo manejar las respuestas con elevado esfuerzo (Gross & John, 2003). Se ha relacionado también con dificultades en el desarro-

llo de relaciones interpersonales cercanas (Gross & John, 2004), bajos niveles de autoestima (Caprara & Steca, 2005), mayor experiencia de emociones negativas, menor apoyo social percibido y mayor proclividad a presentar síntomas de depresión y de ansiedad (Dennis, 2007; Durbin & Shafir, 2007; Garnefski, Rieffe, Jellesma, Terwogt & Kraaij, 2007; Goldsmith, 2004; Gross & John, 2003; John & Gross, 2004; Kashdan & Steger, 2006).

Como contraparte, la expresividad emocional se refiere a los cambios comportamentales que suelen acompañar a las emociones, incluyendo el rostro, la voz, los gestos, la postura y el movimiento del cuerpo (Gross & John, 1995, 1997). A su vez, se ha hecho hincapié en el carácter multifacético de la expresividad emocional, reflejado en tres dimensiones: la expresividad positiva (EP), la expresividad negativa (EN) y la fuerza del impulso emocional (Gross & John, 1998). Dos de estas facetas representan el nivel típico de modulación del comportamiento expresivo: por un lado, la *expresividad negativa* (EN), que se refiere al grado en que la tendencia de respuesta emocional negativa es expresada comportamentalmente, y por otro, la *expresividad positiva* (EP), que se refiere al grado en que la tendencia de respuesta emocional positiva es expresada comportamentalmente (Gross & John, 1997).

Los hallazgos de investigaciones sobre regulación emocional en pacientes oncológicos indican que la expresividad emocional, así como la supresión de la expresión emocional, desempeñan un papel predominante en la salud física y mental de estos pacientes (Bageley, 1979; Bleiker & Van der Ploeg, 1999; Giese-Davis & Spiegel, 2003; Nyklícek, Vingerhoets & Denollet, 2002). Se ha relacionado la supresión e inhibición de la expresión emocional con mayor riesgo en el inicio y la progresión de una enfermedad existente maligna (Garssen & Goodkin, 1999; McKenna, Zevon, Corn & Rounds, 1999; Vinaccia, Arango, Cano, Tobón, Moreno & López, 2006). Derogatis, Abeloff & Melisaratos (1979) realizaron un estudio longitudinal en 25 pacientes con cáncer de mama y observaron que aquellas pacientes que habían tenido un período más prolongado de supervivencia mostraron un alto grado de estrés en la entrevista de

base y un alto grado de hostilidad en evaluaciones de sintomatología clínica (SCL-90), de depresión y de culpabilidad. Estos autores concluyeron que los pacientes con cáncer que habían mostrado un estilo de afrontamiento que facilitaba la expresión externa, abierta y consciente de las emociones negativas y del estrés psicológico sobrevivían más que aquellos que no lo hacían.

Temoshok (1985) realizó un estudio longitudinal con un grupo de 59 pacientes con cáncer de piel, estudio que demostró una sorprendente correlación positiva entre la presencia de características de la personalidad tipo C y el grosor del tumor. La personalidad de este tipo se caracteriza por un estilo cooperativo, poco asertivo y de supresión frecuente de la expresión de emociones negativas. Por otro lado, los estilos de personalidad histriónicos, que se caracterizan por la expresión de las emociones, mostraron correlaciones negativas con el grosor del tumor.

Greer y Morris (1975) realizaron un estudio cuasi-prospectivo de series consecutivas en 160 mujeres admitidas para realizar una biopsia de tumor mamario. A tal efecto utilizaron entrevistas estructuradas administradas el día anterior a la operación, cuando el diagnóstico de cáncer aún no estaba confirmado. Luego de la intervención, 66 de estas mujeres resultaron padecer cáncer de mama y 91 presentaron tumores benignos. Los resultados mostraron que la supresión extrema del enojo y otros sentimientos se encontraron significativamente más en el grupo de pacientes con cáncer que en el grupo de pacientes con tumores benignos tomados como controles.

Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno (2007) realizaron un estudio en un grupo de 28 pacientes de ambos géneros con varios tipos diferentes de diagnóstico de cáncer, para explorar la utilización de estrategias de afrontamiento. Los resultados muestran que la expresión emocional abierta resulta la estrategia de afrontamiento menos utilizada por este grupo.

La mayor parte de los estudios demuestran algún tipo de evidencia en términos de asociación entre la supresión de emociones y el cáncer; sin embargo, una proporción menor de investigaciones han evidenciado resultados contrarios. Taylor, Abrams y Hewstone (1988) compararon 50

pacientes diagnosticados con cáncer y 50 sujetos sin este diagnóstico en cuanto a la presencia de eventos vitales de carácter negativo y supresión de la expresión emocional, entre otras variables. Los resultados mostraron que el grupo de pacientes oncológicos obtuvo puntuaciones más elevadas que el grupo control en las escalas que exploraban la presencia de eventos vitales negativos y menores puntuaciones en las escalas que exploraban la supresión de la expresión emocional.

Anarte-Ortiz, Esteve-Zarazaga, Ramírez-Maestre, López-Martínez y Amorós-Vicario (2001) compararon un grupo de 83 pacientes diagnosticados con cáncer con un grupo control y encontraron que el grupo de pacientes presenta un estilo caracterizado por la tendencia al control de las emociones negativas como enfado, preocupación y tristeza y a la supresión de la expresión de la tristeza que los diferencia significativamente del grupo control; sin embargo, estos autores no encuentran diferencias significativas entre ambos grupos con respecto a la expresión/supresión del enfado y la preocupación.

Varios autores reconocen que este es un tópico que aún requiere mayor cantidad de investigaciones empíricas (Graves, Schmidt, Bollmer, Fejfar et ál., 2005; Rodríguez-Parra, Esteve-Zarazaga & López-Martínez, 2000; Taylor, Abrams & Hewstone, 1988; Márquez-González et ál., 2008). Además, debe considerarse que muchos de los estudios realizados fueron en contextos socioculturales diferentes al nuestro y que existen pocas referencias en nuestra población y contexto cultural al tema. Debido a esto, el objetivo de este trabajo es comparar la frecuencia de uso de la supresión de la expresión emocional (SEE), la expresividad emocional negativa (EN) y la expresividad emocional positiva (EP) en un grupo de pacientes diagnosticados con cáncer y en una muestra de no pacientes tomados como grupo control. Se espera que este y otros estudios de similar naturaleza ayuden a esclarecer las relaciones existentes entre SEE y EN y EP y cáncer y, así mismo, que aporten evidencias para el posible diseño de intervenciones preventivas y validación de tratamientos y/o intervenciones en el campo de la salud física y mental.

Método

Participantes

La muestra estuvo constituida por un total de 82 participantes, a los que se dividió en dos subgrupos, siendo la variable de selección el diagnóstico de cáncer. El primer grupo estuvo integrado por 38 participantes diagnosticados de cáncer de ambos sexos. Se realizó un contacto con el servicio de oncología de uno de los hospitales de la ciudad de Buenos Aires, a través de una organización no gubernamental dedicada a llevar adelante programas de optimización de la calidad de vida del paciente oncológico y su familia. Las pruebas se administraron durante la sesión de quimioterapia de los pacientes. El 52.6% ($n=20$) fueron adultos de mediana edad, entre 30 y 55 años, y su tiempo promedio desde que se anoticiaron del diagnóstico es de un año y cinco meses. El otro 47.4% ($n=18$) fueron adultos mayores, de 65 a 79 años de edad, y el tiempo medio desde que se anoticiaron del diagnóstico es de dos años. El 47.4% ($n=18$) del total de la muestra clínica fueron mujeres y el 52.6% ($n=20$) varones. El 57.9% ($n=23$) posee diagnóstico de carcinoma, el 21.2% ($n=7$) de leucemia, el 7.9% ($n=3$) de linfoma y el 13.2% ($n=5$) restante posee diagnóstico de mieloma. Con respecto al nivel educativo, el 23.7% ($n=9$) de la muestra evaluada posee nivel educativo primario, el 39.5% ($n=15$) secundario y el 36.8% ($n=14$) universitario completo. Con respecto al índice socioeconómico, el 34.2% ($n=13$) es de nivel bajo, el 31.6% ($n=12$) de nivel medio-bajo, el 15.8% ($n=6$) es de nivel medio y el 18.4% ($n=7$) es de nivel medio-alto. Al momento de la evaluación, ningún paciente estaba recibiendo tratamiento paliativo ni radioterapia concomitante, el 55.2% ($n=21$) recibían tratamiento radical y el 18.4% ($n=7$) había sufrido recaídas desde el inicio de la enfermedad. Ningún paciente suspendió su actividad ocupacional o laboral a razón de la enfermedad o su tratamiento. Los pacientes jubilados que se habían retirado de su actividad laboral lo hicieron por las razones convencionales, es decir, en ninguno de los participantes había si-

do la enfermedad un motivo de suspensión de la ocupación o actividad laboral. En relación con la presencia de indicadores de ansiedad y depresión, el 23.7% ($n=9$) poseía un nivel clínico de ansiedad; el 76.3% restante ($n=29$) se distribuyó entre niveles dudosos y normales. El 10.5% ($n=4$) poseía un clínico de depresión, el 89.5% restante ($n=34$) se distribuyó entre los niveles dudosos y normales.

La muestra control estuvo compuesta por 44 adultos sin diagnóstico de cáncer. El 56.8% ($n=25$) fueron adultos de mediana edad, de entre 30 y 55 años, y el 43.2% ($n=19$) fueron adultos mayores con edades comprendidas entre 65 y 79 años. El 54.5% ($n=24$) fueron mujeres y el 45.5% ($n=20$) varones. El 20.5% ($n=9$) posee nivel educativo primario, el 20.5% ($n=9$) secundario y el 59.1% ($n=26$) universitario completo. Con respecto al índice socioeconómico, el 22.7% ($n=10$) es de nivel bajo, el 20.5% ($n=9$) de nivel medio-bajo, el 22.7% ($n=10$) es de nivel medio y el 34.1% ($n=15$) es de nivel medio-alto. En relación con la presencia de indicadores de ansiedad y depresión, el 20.5%

($n=9$) poseía un nivel clínico de ansiedad; el 79.6% restante ($n=35$) se distribuyó entre niveles dudosos y normales. Ninguno de los participantes de este grupo poseía un nivel clínico de depresión.

Instrumentos de recolección de datos

Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ) por sus siglas en inglés; Gross & John, 2003; traducido y adaptado al español por Rodríguez-Carvajal, Moreno-Jiménez & Garrosa, 2006). Este instrumento evalúa el uso de estrategias de regulación emocional, entre ellas la supresión de la expresión emocional. Se trata de un cuestionario de 10 afirmaciones con 7 opciones de respuesta en formato escala Likert que van desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 7 (totalmente de acuerdo). Se realizó una adaptación del instrumento a nuestro contexto que consistió en re-narrar en un formato coloquial las expresiones de algunos ítems (p. ej., “Cuando estoy sintiendo emociones positivas, tengo cuidado de no expresarlas” de la traducción de Rodríguez-

Tabla 1. *Distribución de los participantes por grupo de pacientes oncológicos y control, grupos de edad, género y nivel educativo*

Grupo <i>n (%)</i>	Grupos de edad <i>n (%)</i>	Género <i>n (%)</i>	Nivel educativo (<i>n</i>)			
			Primario	Secundario	Universitario	
Pacientes oncológicos 38 (100)	Adultos de mediana edad 20 (52.6)	Mujeres 12 (31.58)	2	3	7	
		Varones 8 (21.02)	1	3	4	
	Adultos mayores 18 (47.4)	Mujeres 6 (15.79)	2	3	1	
		Varones 12 (31.61)	4	6	2	
	Control 44 (100)	Adultos de mediana edad 25 (56.8)	Mujeres 15 (34.09)	2	1	12
			Varones 10 (22.73)	2	1	7
Adultos mayores 19 (43.2)		Mujeres 9 (20.45)	3	3	3	
		Varones 10 (22.75)	2	4	4	

Carvajal, Moreno-Jiménez y Garrosa (2006), por la expresión “Cuando estoy sintiendo emociones positivas –por ejemplo, alegría o estar contento–trato de no expresarlas”), indagar por la frecuencia de uso en lugar de grado de acuerdo (p. ej., “Totalmente en desacuerdo” por “Nunca” o “Casi nunca”) y ofrecer cinco opciones de respuesta posibles en la escala Likert, en lugar de siete como supone la versión original, ya que facilita la emisión de respuestas por parte del participante y afecta en grado leve la estructura y consistencia interna (Denegri, 2006). Se comprobó que la matriz fuera factorizable (Prueba de Barlett $p < .001$ y $KMO = .666$) y se procedió al análisis factorial mediante el método de Ejes Principales y rotación Varimax. El análisis permitió observar una agrupación de todos los ítems que evalúan SEE en un factor que explica el 20.93% de la varianza. El alpha de Cronbach fue de .638. Los ítems que integran este factor son los siguientes: “Mantengo ocultas mis emociones (las guardo sólo para mí)”, “Cuando estoy sintiendo emociones positivas (por ejemplo, alegría o estar contento) trato de no expresarlas”, “Controlo mis emociones no expresándolas” y “Cuando estoy sintiendo emociones negativas (por ejemplo, tristeza o enojo), me aseguro de no expresarlas”.

Cuestionario de Expresividad de Berkeley (BEQ, por sus siglas en inglés; Gross, 2000; traducido y adaptado al español por Moreno & Jorge, 2006). Se trata de un cuestionario de 16 ítems en formato Likert con siete opciones de respuesta que van desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 7 (totalmente de acuerdo). Se realizó una adaptación del instrumento a nuestro contexto, en el mismo sentido que la adaptación del cuestionario anterior: se volvieron a narrar algunos ítems para volverlos más coloquiales (p. ej., “A menudo los demás no saben lo que estoy sintiendo” de la traducción de Moreno y Jorge (2006), por “Muchas veces los demás no saben lo que estoy sintiendo”), se indagó por la frecuencia de uso en lugar de grado de acuerdo y se ofrecieron cinco opciones de respuesta posibles en la escala Likert, en lugar de siete. Se comprobó que la matriz fuera factorizable (Prueba de Barlett $p < .001$ y $KMO = .763$) y se procedió al análisis

factorial mediante el método de Ejes Principales y rotación Varimax. El análisis permitió observar una agrupación de los ítems que evalúan expresión de emociones positivas en un factor común que explicó el 29.82% de la varianza, obteniendo un alpha de Cronbach de .603. Los ítems que componen este factor son: “Cuando siento emociones positivas, los demás pueden ver exactamente lo que siento”, “Me río en voz alta cuando alguien me cuenta un chiste que creo que es cómico”, “Cuando estoy feliz, mis sentimientos se muestran” y “Soy una persona expresiva emocionalmente”. La mayoría de los ítems que evalúan expresividad de emociones negativas se agruparon en un factor común que explica el 13.15% de la varianza y un alpha de Cronbach de .627. Los ítems que componen este factor son: “Muchas veces los demás no saben lo que estoy sintiendo”, “He aprendido que es mejor reprimir mi rabia que demostrarla”, “No importa como de nervioso/a o alterado/a esté, tiendo a mantener una apariencia de estar calmado/a” y “Cuando siento emociones negativas, los demás pueden ver exactamente lo que estoy sintiendo”.

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD, por sus siglas en inglés; Zigmond & Snaith, 1983). Adicionalmente a las variables anteriores, se exploró la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en el grupo de pacientes oncológicos y su relación con las variables de nuestro estudio, ya que el diagnóstico de cáncer es considerado en general como un evento vital estresante que puede generar reacciones emocionales intensas de ansiedad y de depresión (Cano-Vindel & Miguel-Tobal, 1999), así como la equivalencia de estos síntomas entre ambos grupos debido a que la exploración de estas variables nos permitiría mayor exactitud en las conclusiones, en el sentido de procurar que las diferencias encontradas en las frecuencias de uso de la SEE, la EN y EP estén en relación con la pertenencia o no al grupo clínico, y no con la presencia de niveles elevados de síntomas de depresión y ansiedad, como ya se ha sugerido en la literatura (Gross & John, 2003) y en los estudios específicos en población oncológica (e.g. Tofani & Vaz, 2007). Para esto en nuestro estudio se aplicó

la mencionada Escala HAD, que fue diseñada para evaluar el estado emocional de los sujetos atendidos en servicios hospitalarios de consulta externa no psiquiátricos. La traducción y adaptación al castellano fue realizada por Herrero, Blanch, Peri, De Pablo, Pintor y Buelbena (2003). La escala consta de 14 ítems divididos en dos subescalas, una que mide ansiedad y otra que mide depresión, cada una con siete ítems. El contenido de los ítems hace referencia a la percepción subjetiva del paciente de aspectos psicológicos relacionados con la presencia de síntomas de ansiedad y depresión durante la última semana. Cada ítem consta de cuatro alternativas de respuesta, que se valoran de conformidad con una escala Likert con puntuaciones comprendidas entre 0 (nunca) y 4 (muy a menudo), que miden la intensidad del malestar percibido por el paciente. Los autores (Zigmond & Snaith, 1983) establecieron los siguientes puntos de corte: entre 0 y 7 puntos “normal”, entre 8 y 10 “dudoso”, y más de 11 puntos “problema clínico”. Posee un coeficiente alpha de Cronbach de .80 para cada una de las subescalas. El análisis de fiabilidad en nuestra muestra arrojó un alpha de Cronbach de .762 para la escala de ansiedad y de .749 para la escala de depresión. Los ítems que componen el factor ansiedad son: “Me siento tenso/a, nervioso/a”, “Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder”, “Tengo la cabeza llena de preocupaciones”, “Soy capaz de permanecer sentado/a, tranquilo/a y relajadamente”, “Experimento una desagradable sensación de ‘nervios y hormigueos’ en el estómago”, “Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme” y “Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor”. Los ítems que componen el factor depresión son: “Sigo disfrutando con las mismas cosas siempre”, “Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas”, “Me siento alegre”, “Me siento lento/a y torpe”, “He perdido el interés por mi aspecto personal”, “Espero las cosas con ilusión” y “Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión”.

Adicionalmente, se utilizó una entrevista semiestructurada construida ad hoc para conocer los datos sociodemográficos de edad, género, nivel

educativo y tipo de ocupación de todos los participantes, así como del tipo de cáncer y tiempo transcurrido desde la noticia del diagnóstico hasta el momento de la evaluación en el grupo de pacientes oncológicos. Para la exploración de los factores educativos y ocupacionales se utilizó el Índice de Dos Factores de Estatus Social (Hollingshead, 1957, 1975). El nivel de estatus socioeconómico del participante se calcula multiplicando los valores de las escalas de educación y ocupación por unos factores de corrección que tienen su origen en el análisis de regresión múltiple realizado por el propio autor. Los valores obtenidos se pueden agrupar en cinco categorías: alto (66-55), medio-alto (54-40), medio (39-30), medio-bajo (29-20) y bajo (19-8). Siguiendo el sistema de codificación que propone Hollingshead (1975), el nivel de estudios puede clasificarse en siete categorías: educación primaria incompleta (1) o completa (2); educación secundaria incompleta (3) o completa (4); estudios universitarios incompletos (5), diplomatura (6) y licenciatura (7). El nivel de ocupación se clasifica en nueve categorías: ocupación humilde (1); trabajo no especializado (2); trabajo semiespecializado (3); trabajo especializado (4); administrativos (5); técnicos (6); propietarios (7); administradores (8); y profesionales o altos ejecutivos (9).

Procedimiento

Se evaluó a todos los participantes de forma individual. Si bien las escalas son instrumentos autoadministrables, el evaluador permaneció junto al participante mientras completaba los cuestionarios, para contestar posibles dudas. El grupo de pacientes oncológicos fue evaluado durante la sesión de quimioterapia en el servicio de oncología del hospital. El grupo control fue evaluado durante el descanso de su turno laboral o en el hogar del participante. La toma de los instrumentos duró un tiempo aproximado de 20 minutos y los participantes dieron su consentimiento para participar de la investigación. Los datos derivados de esta investigación se utilizaron con fines exclusivamente científicos, bajo la Ley Nacional Argentina 25.326 de protección de datos personales.

Análisis de los datos

Se realizaron estadísticos descriptivos para todas las variables bajo estudio. Se utilizaron medidas de asociación para explorar la equivalencia entre las muestras y pruebas de comparación de medias. Se utilizó la prueba Chi cuadrado como medida de asociación y la prueba no paramétrica *U* de Mann Whitney y *H* de Kruskal-Wallis en las comparaciones (Kolmogorov-Smirnov $p < .05$ para todos los grupos).

Resultados

Análisis de las características de los participantes

Para asegurar la equivalencia de las muestras se descartó la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre la presencia del diagnóstico y la pertenencia a un nivel determinado de variables sociodemográficas, mediante pruebas de asociación Chi cuadrado. No se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre la presencia o no del diagnóstico y el grupo de edad, $X^2(1, n=82) = 0.144, p = .704$; género, $X^2(1, n=82) = 0.420, p = .517$; nivel educativo, $X^2(1, n=82) = 4.686, p = .096$ y nivel socioeducativo, $X^2(3, n=82) = 4.313, p = .23$.

Adicionalmente, se exploró la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en el grupo de pacientes oncológicos y su relación con las variables de nuestro estudio, así como la equivalencia de estos síntomas entre ambos grupos mediante la aplicación de la Escala HAD. Si bien la escala fue diseñada para pacientes de servicios hospitalarios, nosotros también la aplicamos al grupo control. Las razones para esta decisión fueron que ninguno de los ítems que constituyen la escala hace referencia explícita a terminología específicamente hospitalaria, como por ejemplo, enfermedad, hospital, médicos, etc.; que las instrucciones para la autoadministración expresamente consignan que

se realizará una evaluación del estado emocional durante la última semana y que la aplicación de esta escala a ambas muestras nos permitiría mayor exactitud en las conclusiones, en el sentido de que las diferencias encontradas en las frecuencias de uso de la SEE, la EN y EP estuvieran en relación con la pertenencia o no al grupo clínico, y no con la presencia de niveles elevados de síntomas de depresión y ansiedad, como ya se ha sugerido anteriormente (Gross & John, 2003, 2007; John & Gross, 2004; Tofani & Vaz, 2007). En primer lugar, para explorar la relación entre los síntomas de ansiedad y depresión y las variables bajo estudio –SEE, EN y EP– se compararon las medias de cada una de estas variables en tres subgrupos conformados mediante los puntos de corte establecidos por la escala HAD previamente descrita: grupo normal ($n=19$), grupo dudoso ($n=9$) y grupo problemas clínicos ($n=9$) para la variable ansiedad y los mismos tres subgrupos –normal ($n=25$), dudoso ($n=5$) y problemas clínicos ($n=4$)– para la variable depresión. Para la variable ansiedad, las diferencias de medias en SEE entre los distintos subgrupos no son significativas (Kruskal-Wallis=4.91; $p = .085$). Para EN, sí son significativas (Kruskal-Wallis=6.07; $p < .05$); sin embargo, al intentar identificar entre qué grupos se ubican las diferencias, estas desaparecen en los contrastes *U* de Mann-Whitney aplicando la corrección de Bonferroni para corregir la tasa de errores tipo I ($p < .017$) (valores de p entre .020 y .48 para todas las comparaciones). Para EP las diferencias no son significativas (Kruskal-Wallis=2.07; $p = .355$). Para la variable depresión, las diferencias de medias para SEE entre los distintos subgrupos no son significativas (Kruskal-Wallis=1; $p = .60$), lo mismo sucede para las variables EN (Kruskal-Wallis=.176; $p = .916$) y EP (Kruskal-Wallis=.345; $p = .842$). En segundo lugar, para explorar la equivalencia de estos síntomas entre ambos grupos se aplicó una prueba de diferencia de medias. La tabla 2 muestra que los resultados obtenidos permitieron descartar la existencia de diferencias significativas

Tabla 2.
Comparaciones de medias para ambos grupos en indicadores de ansiedad y depresión

	Grupo	n	Media	Desv. típ.	U	p
Ansiedad	Clínico	38	7.94	4.16	822.5	.9
	Control	44	7.70	3.30		
Depresión	Clínico	38	4.71	3.88	725.5	.301
	Control	44	3.61	2.75		

entre ambos grupos en cuanto a los síntomas de ansiedad $U=822.5$; $p=.900$ y depresión $U=725.5$; $p=.301$.

Diferencias entre ambos grupos en SEE, EN y EP

En la tabla 3 se presentan los estadísticos descriptivos para cada una de las variables bajo estudio en ambas muestras.

Se realizaron comparaciones entre ambos grupos para explorar la existencia de diferencias significativas en las medias de las variables anteriores. Los resultados muestran que los grupos se diferencian significativamente en su frecuencia de uso de SEE ($U=587.5$; $p<.05$), en el sentido de que los pacientes oncológicos utilizan más esta estrategia de regulación emocional que el grupo control. Los grupos también se diferencian en su frecuencia de uso de la EN ($U=567$; $p<.05$), en el sentido de que el grupo de pacientes oncológicos expresa menos sus emociones negativas que el grupo control. Finalmente, los participantes no se

diferenciaron significativamente en cuanto a EP ($U=649.5$; $p=.079$); si bien el grupo de pacientes oncológicos posee medias menores que el grupo control, esta diferencia no resulta significativa en términos estadísticos.

Discusión

El objetivo de este trabajo fue indagar y comparar la frecuencia de uso de la supresión de la expresión emocional y de la expresión emocional negativa y la expresión emocional positiva en un grupo de pacientes oncológicos y en un grupo control. La relación entre la expresión de emociones y el inicio y progresión del cáncer ha sido un tópico de investigación desde hace tiempo en la literatura científica (Bageley, 1979; Giese-Davis & Spiegel, 2003).

Al realizar las comparaciones de medias de cada variable bajo estudio entre ambos grupos, los resultados muestran que los grupos se diferencian significativamente en su frecuencia de uso de supresión de la expresión de la emoción, en el sentido de que los pacientes oncológicos utilizan

Tabla 3.
Estadísticos descriptivos de las variables bajo estudio en ambas muestras

Variables	Grupo	n	Mínimo	Máximo	Media	D. T.	U	p
SEE	Clínico	38	4.00	17.00	11.23	3.25	587.5	<.05
	Control	44	4.00	18.00	9.63	3.03		
EN	Clínico	38	3.17	5.50	4.07	.56	567	<.05
	Control	44	2.00	5.83	4.35	.70		
EP	Clínico	38	3.00	5.00	4.15	.50	649.5	.079
	Control	44	2.50	5.00	4.32	.69		

más esta estrategia de regulación emocional que el grupo control. Los grupos también se diferencian en su frecuencia de uso de la expresión negativa, en el sentido de que el grupo de pacientes oncológicos expresa menos sus emociones negativas que el grupo control. Finalmente, los participantes no se diferenciaron significativamente en cuanto a expresión positiva; si bien el grupo de pacientes oncológicos posee medias menores que el grupo control, esta diferencia no resulta significativa en términos estadísticos.

El afrontamiento efectivo y modulado del estrés desempeña un papel muy importante en la promoción de la salud, en la prevención de enfermedades y en la recuperación rápida y eficaz. Estudios de investigación en el campo de la psicología de la salud indican que la expresión y la supresión inadecuada del enojo, como respuestas de afrontamiento al estrés, contribuyen al deterioro de la calidad de vida y de la salud en pacientes diagnosticados con cáncer (Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Ruiz et ál., 1997). Los resultados de numerosos estudios muestran que la supresión de la expresión emocional en general y la escasa expresión negativa guardan relación con el comienzo y progreso de la enfermedad de cáncer (Grossarth-Maticek, Kanazir, Schmidt & Vetter, 1982). Nuestros resultados están en consonancia con estos estudios, en el sentido de que mostraron una asociación significativa entre la supresión de la expresión emocional y los pacientes diagnosticados de cáncer durante su tratamiento oncológico. El grupo de pacientes oncológicos presentó menor expresión negativa con respecto al grupo control. La interpretación de nuestros resultados debe considerar que el grupo de pacientes oncológicos presenta una media de entre un año y un año y medio desde que recibieron la noticia de su diagnóstico y la realización de tratamiento de quimioterapia al momento de la evaluación, lo cual —como ya se ha reportado en la literatura— afecta a la calidad de vida de los pacientes y a sus estilos de afrontamiento particulares (Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Ruiz et ál., 1997). Debido a esto, las conclusiones que podemos extraer en relación con esta asociación encontrada son moderadas; no obstante, es posible enunciar algunas hipótesis

que otros autores contemplan para describir dicha asociación.

Por un lado, se ha reportado la existencia de ciertos rasgos de personalidad que se agrupan en un patrón que se caracteriza por la falta de asertividad, una tendencia a cumplir con los deseos de los otros, a inhibir intencionadamente la expresión de emociones negativas tales como la ansiedad, la agresividad y la ira, y a expresar de manera acentuada emociones y conductas consideradas positivas y deseables socialmente. Este patrón se ha asociado con un mayor riesgo y evolución del cáncer (MacCaffery & Beebe, 1989). En otros estudios sobre estilos de afrontamiento y salud, se destacan aquellos estilos que se caracterizan por un elevado grado de dependencia conformista, inhibición para establecer proximidad con personas cercanas, reacciones de desesperanza, indefensión y tendencia a reprimir las emociones ante situaciones estresantes y, por otro, aquellos que agrupan rasgos como reprimir o negar las manifestaciones afectivas y dificultad para expresar las emociones con predominio de lo racional sobre lo emocional. Estos estilos se han asociado frecuentemente con la presencia de depresión y de diagnóstico de cáncer (Grossarth-Maticek & Eysenck, 1990). No obstante, debe considerarse que la expresión negativa es un aspecto socialmente valorado del comportamiento, donde las reglas culturales generalmente promueven la expresión positiva y restringen la expresión negativa (Wallbott & Scherer, 1989). Por otro lado, el anoticiarse de un diagnóstico de cáncer puede en sí mismo influir en la capacidad de reconocer y expresar las emociones (Servaes, Vingerhoets, Vreugdenhil, Keuning & Broekhuijsen, 1999), al experimentarse este frecuentemente como amenazante y traumático, por lo que la consideración de los rasgos de personalidad debería explorarse en mayor profundidad en futuros estudios.

A pesar de la creciente literatura examinada en relación con el papel del reconocimiento emocional en la experiencia del cáncer, las investigaciones se han centrado casi exclusivamente en la inhibición de emociones negativas (Bageley, 1979; Fernández-Ballesteros, Ruiz & Grade, 1998; Temoshok, 1985; Cools, Roberts & Robbins, 2008). Escasa

consideración han tenido las posibles diferencias en la expresión o la inhibición de las emociones positivas. Como señalan Nyklicek et ál. (2002), la exploración de la expresión negativa relacionada con las emociones positivas, y también con las emociones negativas, es importante, ya que la propia expresión de emociones positivas y negativas puede ser indicativa de la base de estrategias y habilidades de regulación emocional. Por otra parte, la supresión de la emoción, ya sea positiva o negativa, genera una mayor activación fisiológica y reduce la eficacia del rendimiento cognitivo (Gross y Levenson, 1997; Klein & Boals, 2001).

Con respecto a la expresión positiva, nuestra hipótesis sostenía que los pacientes oncológicos presentarían menor expresión positiva que el grupo control, como consecuencia de la supresión de la expresión emocional en términos generales. Nuestros resultados merecen aquí algunos comentarios. Los participantes no se diferenciaron significativamente en cuanto a la expresión positiva: si bien el grupo de pacientes oncológicos posee medias menores que el grupo control, esta diferencia no resulta significativa en términos estadísticos. Investigaciones realizadas con anterioridad (Contrada, Leventhal & O'Leary, 1990) han explicado que dentro de las múltiples características que constituyen los patrones de personalidad asociados al diagnóstico de cáncer, una de las principales es la relación que se establece entre un afecto negativo bajo y un afecto positivo alto; es decir, se refiere a la dificultad que presentan las personas de manifestar sus emociones negativas –ira, cólera, agresividad, etc.–, en contraste con su alta expresividad de emociones positivas –amor, cariño, solidaridad, etc.–. Desde algunos trabajos pioneros (Kissen, Brown & Kissen, 1969; Kissen & Eysenck, 1962), se han relacionado la represión de las emociones negativas y la alta manifestación de reacciones emocionales positivas con el posterior desarrollo del cáncer (Grossarth-Maticek et ál., 1982) o con un peor pronóstico de la enfermedad (Jensen, 1987; Temoshok, 1985; Wirsching, Stierlin, Hoffman, Weber & Wirsching, 1982). No obstante estos estudios, nuestros resultados tampoco muestran que

el grupo de pacientes oncológicos presente mayor expresión positiva que el grupo control. Puede tenerse en cuenta que, los estudios que han explorado esta variable en población no clínica revelan que los participantes generalmente reportan mayor expresión positiva que expresión negativa (Gross & John, 1995). Aquí debe recordarse que las reglas culturales con respecto a la expresión de emociones suelen promover la expresión positiva y restringir la expresión negativa (Wallbott & Scherer, 1989), por lo que puede suceder que los participantes de ambos grupos tiendan a sobrevalorar la frecuencia con la que expresan sus emociones positivas.

En síntesis, de acuerdo con el objetivo del presente trabajo, hemos hallado diferencias significativas en la frecuencia de uso de supresión de la expresión emocional, en el sentido de que los pacientes oncológicos utilizaron más esta estrategia de regulación emocional que el grupo control. A su vez, los grupos se diferenciaron en su frecuencia de uso de la expresión negativa, siendo que el grupo de pacientes oncológicos expresó menos sus emociones negativas que el grupo control. Finalmente, los participantes no se diferenciaron significativamente en cuanto a expresión positiva; si bien el grupo de pacientes oncológicos presentó medias menores que el grupo control, esta diferencia no resultó significativa en términos estadísticos.

Una limitación de nuestro trabajo es la no consideración de diferencias específicas entre tipos de emociones, reduciendo la clasificación a categorías generales como emociones positivas y emociones negativas. Por otro lado, futuras investigaciones tienen la tarea pendiente de poder responder a la pregunta de si la supresión de la expresión emocional o el tipo de estilo de expresividad determinan el desarrollo de una enfermedad de tipo canceroso, o si por el contrario, es el cáncer el que posee un rol facilitador para el desarrollo de formas específicas, al efecto de hacer frente a esta enfermedad sobre la base de dicho estilo de regulación emocional.

Se espera que el presente estudio pueda favorecer el posible diseño futuro y validación de tratamientos y/o intervenciones preventivas en el campo de la salud física y mental.

Referencias

- Anarte-Ortiz, M. T., Esteve-Zarazaga, R., Ramírez-Maestre, C., López-Martínez, A. E. & Amorós-Vicario, F. J. (2001). Adaptación al castellano de la escala Courtauld de control emocional en pacientes con cáncer. *Psicothema*, 13 (4), 636-642.
- Bageley, C. (1979). Control of the emotions, remote stress, and the emergence of breast cancer. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 6, 213-220.
- Bleiker, E. M. A. & Van Der Ploeg, H. M. (1999). Psychosocial factors in the etiology of breast cancer: Review of a popular link. *Patient Education and Counseling*, 37, 201-214.
- Cano-Vindel, A. & Miguel-Tobal, J. J. (1999). Valoración, afrontamiento y ansiedad. *Ansiedad Estrés*, 5 (2-3), 129-143.
- Caprara, G. V. & Steca, P. (2005). Affective and social self-efficacy beliefs as determinants of positive thinking and happiness. *European Psychologist*, 10 (4), 275, 286.
- Cardenal-Hernández, V. (2001). Estilos psicológicos y enfermedad física: variables psicosociales-el estilo de evitación emocional y su influencia en el cáncer. *Escritos de Psicología*, 5, 36-52.
- Charles, S. T. & Carstensen, L. L. (2007). Emotion regulation and aging. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Guilford Press.
- Cole, P. M., Martin, S. E. & Dennis, T. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development*, 75, 317-333.
- Contrada, R. J., Leventhal, H. & O'Leary, A. (1990). Personality and health. En L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality* (pp. 638-669). New York: Oxford University Press.
- Cools, R., Roberts, A. & Robbins, T. (2008). Serotonergic regulation of emotional and behavioural control processes. *Trends in Cognitive Sciences*, 12 (1), 31-40.
- Denegri, U. K. (2006). *Efecto del número de opciones de respuesta sobre las propiedades psicométricas de los cuestionarios de personalidad*. Programa de Tesis empírica, Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud, Universidad de Barcelona, Barcelona.
- Dennis, T. (2007). Interactions between emotion regulation strategies and affective style: Implications for trait anxiety versus depressed mood. *Motivation and Emotion*, 31, 200-207.
- Derogatis, L., Abeloff, M. & Melisaratos, N. (1979). Psychological coping mechanisms to breast cancer and survival time in metastatic breast cancer. *Journal of the American Medical Association*, 242, 1505-1508.
- Durbin, C. E. & Shafir, D. M. (2007). Emotion regulation and risk for depression. En J. R. Z. Abela & B. L. Hankin (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Fernández-Ballesteros, R., Ruiz, M. A. & Garde, S. (1998). Emotional expression in healthy women and those with breast cancer. *British Journal of Health Psychology*, 3, 41-50.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M., Ruiz, M., Sebastian, J. & Spielberger, C. (1997). Assessing emotional expression: Spanish adaptation of the rationality/emotional defensiveness scale. *Journal of Personality and Individual Differences*, 22 (5), 719-729.
- Garber, J. & Dodge, K. A. (Eds.) (1991). *The development of emotion regulation and dysregulation*. New York: Cambridge University Press.
- Garnefski, N., Rieffe, C., Jellesma, F., Terwogt, M. M. & Kraaij, V. (2007). Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11 years old children. The development of an instrument. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 6 (1), 1-9.
- Garsen, B. & Goodkin, K. (1999). On the role of immunological factors as mediators between psychological factors and cancer progression. *Psychiatry Research*, 85, 51-61.
- Gaviria, A. M., Vinaccia, S., Riveros, M. F. & Quiceño, J. M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde El Caribe*, 20, 50-75.
- Giese-Davis, J. & Spiegel, D. (2003). Emotional expression and cancer progression. En R. J. Davison, K. R. Scherer & H. H. Goldsmith (Eds.), *Handbook*

- of affective sciences* (pp. 1053-1082). Oxford: Oxford University Press.
- Goldsmith H. H. & Davidson, R. J. (2004). Disambiguating the components of emotion regulation. *Child Development, 75*, 361-365.
- Graves, K. D., Schmidt, J. E., Bollmer, J., Fejfar, M., Langer, S., Blonder, L. X. & Andrykowski, M. A. (2005). Emotional expression and emotional recognition in breast cancer survivors: A controlled comparison. *Psychology and Health, 20* (5), 579-595.
- Greer, S. & Morris, T. (1975). Psychological attributes of women who develop breast cancer: A controlled study. *Journal of Psychosomatic, 19*, 147-153.
- Gross, J. J. (1989). Emotional expression in cancer onset and progression. *Social Science & Medicine, 28*, 1239-1248.
- Gross, J. J. (1998a). Antecedent- and response- focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 224-237.
- Gross, J. J. (1998b). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology, 2*, 271-299.
- Gross, J. J. (2000). The Berkeley Expressivity Questionnaire. En J. Maltby, C.A. Lewis & A. P. Hill (Eds.), *Commissioned reviews on 300 psychological tests* (pp. 465-467). Lampeter, Wales: Edwin Mellen Press.
- Gross, J. J. (2001) Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science, 10*, 214-219.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology, 39*, 281-291.
- Gross, J. J. & John, O. P. (1995). Facets of emotional expressivity: three self- report factors and their correlates. *Personality and individuals differences, 19*, 555-568.
- Gross, J. J. & John, O. P. (1997). Revealing feelings: Facets of emotional expressivity in self-reports, peer ratings, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 72*, 435-448.
- Gross, J. J. & John, O. P. (1998). Mapping the domain of emotional expressivity: Multi-method evidence for a hierarchical model. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 170-191.
- Gross, J. J. & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotional regulation process: Implications for affect, relation-ships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*, 348-362.
- Gross, J. J. & Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting positive and negative emotions. *Journal of Abnormal Psychology, 106*, 95-103.
- Gross, J. J. & Thompson, R. A. (2007) Emotion regulation: Conceptual foundations. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 3-26). New York: The Guilford Press.
- Grossarth-Maticek, R. & Eysenck, H. J. (1990). Personality, stress and disease. Description and validation of a new inventory. *Psychological Reports, 66*, 355-373.
- Grossarth-Maticek, R., Siegrist, J. & Vetter, H. (1982). Interpersonal repression as a predictor of cancer. *Social Science & Medicine, 16*, 493-498.
- Herrero, M. J., Blanch, J., Peri, J. M., De Pablo, J., Pintor, L. & Buelbena, A. (2003). A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry, 25* (4), 277-283.
- Hollingshead, A. B. (1957). *Two factor index of social position*. New Haven (privately printed).
- Hollingshead, A. B. (1975). *Four factor index of social status*. New Haven, CT: Unpublished manuscript, Yale University.
- Jensen, M. (1987). Psychological factors predicting the course of breast cancer. *Journal of Personality, 55*, 317-342.
- John, O. P. & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life-span development. *Journal of Personality, 72*, 1301-1333.
- John, O. P. & Gross, J. J. (2007). Individual differences in emotion regulation. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: The Guilford Press.
- Kashdam, T. & Steger, M. (2006). Expanding the topography of social anxiety: An experience-sampling

- assessment of positive emotions, positive events and emotion suppression. *Psychological Science*, 7, 20-28.
- Kissen, D. M. & Eysenck, H. J. (1962). Personality in male lung cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 6, 123-127.
- Kissen, D. M., Brown, R. I. F. & Kissen, M. (1969). A further report on personality and psychological factors in lung cancer. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 164, 535-545.
- Klein, K. & Boals, A. (2001). Expressive writing can increase working memory capacity. *Journal of Experimental Psychology: General*, 130, 520-533.
- Lieberman, M. A. & Goldstein, B. A. (2006). Not all negative emotions are equal: The role of emotional expression in online support groups for women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 160-168.
- MacCaffery, M. & Beebe, A. (1989). *Psychological factors in the development of cancer and in the response to treatment. Pain Clinical Manual for Nursin Practice*. St. Louis: CV Mosby.
- Márquez-González, M., Izal-Fernández De Trocóniz, M., Montorio-Cerrato, I. & Losada Baltar, A. (2008). Experiencia y regulación emocional a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital: análisis comparativo en tres grupos de edad. *Psicothema*, 20 (4), 616-622.
- McKenna, M. C., Zevon, M. A., Corn, B. & Rounds, J. (1999). Psychosocial factors and the development of breast cancer: A meta-analysis. *Health Psychology*, 18, 520-531.
- Moreno, P. & Jorge, A. (2006). *Cuestionario de expresividad de Berkeley*. Versión española. Autorizado por los autores de la versión original en inglés (Gross, 2000). Los Ángeles: Universidad de California.
- Nyklicek, I., Vingerhoets, A. & Denollet, J. (2002). Emotional (non-)expression and health: Data, questions, and challenges. *Psychology & Health*, 17, 517-528.
- Rodríguez-Carvajal, R., Moreno-Jiménez, B. & Garrosa, E. (2006). *Cuestionario de regulación emocional*. Versión española. Autorizado por los autores de la versión original en inglés (Gross y John, 2003). Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Rodríguez-Parra, M. J., Esteve Zarazaga, M. R. & López-Martínez, A. E. (2000). Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. *Psicothema*, 12 (3), 339-345.
- Servaes, P., Vingerhoets, A. J. J. M., Vreugdenhil, G., Keuning, J. J. & Broekhuijsen, A. M. (1999). Inhibition of emotional expression in breast cancer patients. *Behavioral Medicine*, 25, 23-28.
- Silva, C. J. (2005). Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia. *Revista Chilena Neuro-Psiquiatría*, 43 (3), 201-209.
- Sirgo, A., Díaz-Ovejero, M., Cano-Vindel, A. & Pérez-Manga, G. (2001). Ansiedad, ira y depresión en mujeres con cáncer de mama. *Ansiedad y Estrés*, 7 (2-3), 259-271.
- Taylor, P., Abrams, D. & Hewstone, M. (1988). Cancer, stress and personality: A correlational investigation of life-sensitization and locus of control. *British Journal of Medical Psychological*, 61, 179-183.
- Temoshok, L. (1985). Biopsychosocial studies on cutaneous malignant melanoma: psychosocial factors associated with prognostic indicators, progression psychophysiology, and tumor-host response. *Social Science & Medicine*, 20, 833-840.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. En N. A. Fox (Eds.), *The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations. Monographs of the Society for Research in Child Development* (vol. 59, pp. 25-52).
- Tofani, A. C. A. & Vaz, C. E. (2007) Câncer de próstata, sentimento de impotência e fracassos ante os cartões IV e VI do Rorschach. *Revista Interamericana de Psicología*, 41 (2), 197-204.
- Vinaccia, S., Arango, C., Cano, E., Tobón, S., Moreno, E. & López, A. E. (2006). Evaluación del patrón de conducta tipo C y su relación con la cognición hacia la enfermedad en pacientes colostomizados con diagnóstico de cáncer colorrectal. *Universitas Psychologica*, 5, 575-583.
- Wallbott, H. G. & Scherer, K. R. (1989). Assessing emotion by questionnaire. En R. Plutchik y H. Kellerman (Eds.), *Emotion. Theory, research, and experience* (Volume 4: The measurement

of emotions, pp. 55- 82). San Diego, California: Academic Press.

Wirsching, M., Stierlin, H., Hoffman, F., Weber, G. & Wirsching, B. (1982). Psychological identification

of breast cancer patients before biopsy. *Journal of Psychosomatic Research*, 26, 1-10.

Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Fecha de recepción: 8 de marzo de 2012
Fecha de aceptación: 1º de agosto de 2012