

AGRADECIMIENTOS

A mi mamá y a las demás estrellas que me guían desde el cielo

Y a las otras de aquí que me guían desde la tierra.

RESUMEN

El estrés es un proceso adaptativo al que la especie humana ha estado sujeto durante toda su evolución. Hoy, muchos de los factores estresantes propios del ritmo de la sociedad en que las personas viven provocan que esta pérdida de equilibrio se mantenga durante tiempo prolongado, no permitiéndole al organismo recuperar el estado de homeostasis propio de una adaptación saludable. Cuando este mecanismo desajustado se perpetúa, diferentes procesos fisiológicos dan lugar a la aparición de diversas enfermedades.

El objetivo de la presente investigación es describir los niveles de estrés y las dificultades en la regulación emocional utilizadas por pacientes con cáncer que se encuentran en un instituto de cuidados paliativos en la ciudad de Córdoba.

El estudio se llevó a cabo con 25 personas tanto de sexo masculino y femenino de entre 30 y 75 años de edad diagnosticadas con cáncer. Las mismas se seleccionaron a partir de muestreo no probabilístico con participantes voluntarios (auto elegidos) que se encontraban en un centro médico integrativo ubicado en la capital de la provincia de Córdoba. Para esto se utilizaron dos escalas que pretenden medir las variables de Estrés y de dificultades en de regulación emocional: la versión adaptada al español de Perceived Stress Scale (PSS) y la versión adaptada al español de la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E), También se realizaron preguntas abiertas a los voluntarios para obtener datos demográficos y situacionales.

Palabras Clave: Estrés; Regulación emocional; Cáncer.



ABSTRACT

Stress is an adaptive process to which the human species has been subjected throughout its evolution. Today, many of the stressors typical of the rhythm of the society in which we live cause this loss of balance to continue for a long time, not allowing the organism to recover the state of homeostasis proper to a healthy adaptation. When this mismatched mechanism is perpetuated, different physiological processes give rise to the appearance of various diseases.

The objective of this research is to describe the levels of stress and the cognitive strategies of emotional regulation used by cancer patients who are in a palliative care institute in the city of Córdoba.

The study was carried out with 25 people both male and female between 30 and 75 years of age diagnosed with cancer. They were selected from non-probabilistic sampling with voluntary participants (self-selected) who were in an integrative medical center located in the capital of the province of Córdoba. For this, two scales were used to measure the variables of Stress and Emotional Regulation Strategies: the version adapted to the Spanish of Perceived Stress Scale (PSS) and the adapted Spanish version of the Difficulties of Emotional Regulation Scale (DERS-E), open questions were also asked to volunteers to obtain demographic and situational data.

Key words: Stress; Emotional regulation; Cancer.

ÍNDICE

1. Introducción.....	5
2. Objetivos.....	9
3. Marco teórico.....	10
3.1 El estrés como concepto	10
3.2 Enfermedad inmunológica y estrés.....	13
3.2.1 Las enfermedades autoinmunes.....	13
3.2.2 Cáncer y estrés.....	15
3.3 Emociones y estrés.....	16
3.3.1 Regulación emocional.....	19
4. Metodología.....	22
5. Resultados	27
6. Discusión.....	43
7. Bibliografía.....	48
8. Anexos.....	52



INTRODUCCIÓN

El origen del cáncer es considerado en el presente como multifactorial, en donde diversos componentes ambientales, contextuales, genéticos, inmunológicos y hormonales desempeñan un rol fundamental. El estrés también participa en este proceso y numerosos estudios explican la importancia que desempeña, no sólo como factor desencadenante y de mantenimiento sino también como agravante de enfermedades. Asimismo, la situación y conciencia de enfermedad provoca altos niveles de estrés conformando un círculo vicioso (Stojanovich, Marisavljevich, 2008).

El estrés es definido por Lazarus y Folkman (citado en Ramírez, Ortega, Navarrete, Alonso, 2009, p. 253) como “un conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo ésta valorada por la persona como algo que excede sus propios recursos y pone en peligro su bienestar personal”. Esta definición iría de la mano con lo que otros autores denominan estrés negativo o distrés el cual está relacionado con el deterioro y descompensación de la salud y se diferencia del estrés adaptativo cuyo objetivo es la prolongación de la especie al superar las amenazas que se presentan (Klinger, Herrera, Díaz, Jhann, Ávila, Tobar, 2005).

Las personas que sufren cáncer y enfermedades autoinmunes crónicas, como así también enfermedades inmunológicas de mal pronóstico, suelen asociar altos niveles de estrés negativo, que puede exacerbarse al tener que hacer frente a su enfermedad, exponiéndose diariamente a consultas médicas sin contención como así también a numerosos tratamientos médicos invasivos (Klinger et al., 2005). El estrés agudo y crónico al que estas personas están expuestas puede causar interrupciones en el sistema fisiológico afectando e inhibiendo la inmunología y las formas que tiene nuestro cuerpo para responder

a estos estresores (Ortiz, Willey, Chiang, 2014). Un ejemplo de esto es la situación perioperatoria que contempla no sólo la instancia intraoperatoria (el procedimiento quirúrgico en sí), sino también la preoperatoria y la instancia postoperatoria con sus derivados efectos colaterales como dolores, traumatismo, etc. Esta situación a la que deben someterse los pacientes enfermos de cáncer con la correspondiente ansiedad y estrés que genera, puede deprimir inmunológicamente a la persona favoreciendo la progresión y metástasis de la enfermedad más aún si se trata de una persona sin contención psicológica o familiar. Así lo demuestran numerosos estudios en animales con diversos modelos de tumores en donde se observó que la situación de cirugía ligado a una alta percepción de estrés puede promover metástasis de la enfermedad (Eliyahu, 2003).

Por otro lado, la relación entre el estrés subjetivo y el sistema inmunológico fue demostrada en un estudio llevado a cabo en el departamento de psicología y cirugía de la universidad de Ohio (Thornton, Andersen, Crespín, Carson, 2007). Este estudio conecta eventos estresantes con alteraciones en la regulación del sistema inmunológico. Aquí la investigación realizada a mujeres que tenían cáncer de mama seguidas longitudinalmente luego de su diagnóstico/cirugía por hasta 18 meses demostró la relación entre el estrés subjetivo y el funcionamiento del sistema inmunológico en el desarrollo del cáncer. Las células *natural killer* (NK) componen una parte importante del sistema inmunológico y están ligadas a la destrucción de células cancerígenas. Éste estudio demostró que, en aquellas pacientes con una pronta disminución en los niveles de estrés, las células *natural killer* mejoraban su desempeño promoviendo la salud de las pacientes, mientras que el estrés sostenido en el tiempo empeoraba el desempeño de las mismas.

En lo concerniente a diversas estrategias cognitivas de regulación, éstas parecen desempeñar un papel importante en el tratamiento del estrés negativo. Herramientas como el afrontamiento de la enfermedad y el optimismo son utilizadas por personas que necesitan



dar respuestas a sucesos negativos. Así mismo se puede inferir que actitudes pesimistas también tienen un impacto en la manera en que las personas se relacionan con eventos estresantes (Mera, Ortiz, 2012). Estudios realizados han demostrado que el pesimismo se vincula con la tendencia a la depresión en la mitad de la vida y a la mortalidad por cáncer en personas mayores (Bromberger & Matthews, 1996; Schulz et al., 1996). Podría entonces decirse que algunas de las estrategias cognitivas que utilizan las personas actúan no sólo como instrumentos que ayudan a controlar el estrés negativo sino que también actúan como protectores de la salud física y psíquica de ellas. Como ejemplo de esto se ha demostrado que el optimismo mejora el funcionamiento del sistema inmunológico al aumentar la actividad de las células *natural killer* (NK) y el número de células T colaboradoras (Mera, Ortiz, 2012).

Parece constatarse que existe una relación visible entre los niveles de estrés que la persona experimenta con el comienzo, mantenimiento y agravamiento del cáncer. También se constata la existencia de una relación entre diversas estrategias cognitivas de regulación con la disminución subjetiva de estrés, lo que promueve un mejoramiento de la relación de la persona con su contexto, como así también su respuesta a éste.

Por los motivos citados, en el contexto de este PIA (Proyecto de Investigación Aplicada) como trabajo final de graduación de la Licenciatura en Psicología es que se llevó a cabo un estudio transversal descriptivo no experimental con una población de 25 pacientes oncológicos de entre 30 y 75 años en un centro médico integrativo ubicado en la capital de la provincia de Córdoba, utilizando como instrumentos: Escala de Estrés Auto percibido, adaptado por el Dr. Eduardo Remor de la original Perceived Stress Scale (PSS) de Cohen, Kamarck, & Mermelstein, R. (1983) y la versión adaptada al español de la Escala de

Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E) inicialmente desarrollada por Gratz y Roemer (2004) y luego adaptada a la población española por Hervás y Jódar (2008). Además, se realizaron preguntas abiertas sobre el contexto demográfico y situacional en el que se encuentra esta población. Con esto se propone realizar una comparación descriptiva de las diferentes estrategias emocionales utilizadas entre hombres y mujeres viendo si hay diferencias entre las distintas edades, si hay diferencias frente a la percepción de estrés que presentan los individuos a fin de dar luz sobre posibles consideraciones a tener en cuenta en el abordaje interdisciplinario de la enfermedad y poder lograr así una mejor y mayor contención al paciente.



OBJETIVOS

Objetivo General:

Describir los valores de percepción de estrés, las dificultades en la regulación emocional y las variables demográficas utilizadas por pacientes con cáncer de un centro médico integrativo ubicado en la ciudad de Córdoba.

Objetivos Específicos:

Exponer los niveles de percepción de estrés que presenta la muestra.

Describir las dificultades en la regulación emocional, falta de conciencia emocional, control de los impulsos, aceptación de respuestas emocionales, implementación de conductas dirigidas a metas y claridad emocional que tienen los pacientes con cáncer participantes en la muestra.

Detallar las variables demográficas de la muestra y realizar un análisis comparativo entre éstas y su relación con las variables de estrés y las dificultades en la regulación emocional utilizadas.

MARCO TEÓRICO

EL ESTRÉS COMO CONCEPTO.

La palabra estrés se deriva del griego “*stringere*”, que significa provocar tensión; se utilizó por primera vez en el siglo XIV y a partir de entonces se empleó en diferentes textos en inglés y se popularizó como “stress”; es una palabra traída desde la física al campo de la salud. (Cólica, 2012, p. 13)

Uno de los principales referentes sobre el tema del estrés fue el investigador de origen húngaro Hans Selye quien comenzó a utilizar el término con el fin de sintetizar el concepto de “síndrome general de adaptación”, el cual expresa el mecanismo que utilizan los seres vivos para adaptarse a las distintas contingencias, peligros y cambios en las diferentes situaciones que se presentan y presentaron las cuales permitieron que la especie pueda sobrevivir y evolucionar (Cólica, 2012). Selye también fue pionero en describir tres fases de la respuesta de estrés. La primera etapa denominada la fase de alarma, en la cual el individuo detecta la amenaza y se prepara para luchar o huir, gastando mucha energía y movilizandoglándulas adrenales para producir adrenalina y cortisol. Luego se inicia otra fase llamada de resistencia, en donde la búsqueda de equilibrio homeostático se encuentra en un estado óptimo intentando poner en marcha los mecanismos conductuales y fisiológicos para resolver la demanda y volver a un estado de homeostasis. Sin embargo, si el estímulo estresor continúa, se inicia una tercera fase denominada de agotamiento en el cual se activa un sistema catabólico perjudicial que conlleva al deterioro de la salud y a la destrucción de los tejidos, producto en respuesta a un estrés sostenido (Moscoso, 2009; Torres y Baillès, 2014).



Otro investigador pionero en investigaciones sobre la psicofisiología del estrés fue Walter Bradford Cannon, quien propuso el término “homeostasis” para referirse al proceso que los organismos llevan a cabo para mantener por medio de funciones regulatorias el equilibrio de nuestro medio interno. También denominó “desequilibrios homeostáticos” a las perturbaciones que en este se generan, término que Selye llamó “Síndrome General de Adaptación” o SGA. Este proceso de equilibrio-desequilibrio-nuevo equilibrio que se da en los seres vivos en condiciones normales es dinámico y es lo que permite a las personas estar y seguir vivos. Desde este punto de vista, el estrés no tendría nada de perjudicial para las personas ya que es un mecanismo para preservar la especie, funcionando de manera independiente de cualquier control mental que se pueda ejercer y el cual provoca los dos comportamientos más comunes de reacción, la cuales conservan todas las especies animales: las conductas de huir o luchar ante el eventual peligro (Cólica, 2012).

Hasta ahora se vio el concepto de estrés como una respuesta fisiológica útil. Para poder entender cómo impacta en la salud cuando esta respuesta se vuelve desadaptativa, es necesario ahondar en los mecanismos que se activan ante su aparición y posterior perpetuación. Estos mecanismos se manifiestan a través de la movilización de tres subsistemas o ejes y son el simpático, neuroendocrino e inmunológico. El primero de ellos se encuentra dentro del sistema nervioso autónomo el cual está compuesto tanto por la división simpática y parasimpática. Este es el encargado de dar respuesta activa frente al estímulo de estrés controlando la secreción de las hormonas adrenalina y noradrenalina, responsables de poner en funcionamiento los órganos del cuerpo para hacer frente a la amenaza produciendo entre otras cosas el aumento de las pulsaciones, vasoconstricción para que la sangre fluya más rápido, la dilatación de los bronquios con aumento de la frecuencia

respiratoria para incorporar más oxígeno, dilatación de las pupilas para ampliar el campo visual, etc. preparando al organismo para la lucha o huida. Por otro lado, la función del sistema nervioso parasimpático es la opuesta, encargándose de reducir la actividad de varios sistemas del cuerpo. El segundo mecanismo que participa ante la respuesta de estrés es el neuroendocrino el cual se encarga de la activación hormonal con el fin de dotar a las personas de energía principalmente a través del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal. La principal hormona aquí que se segrega es el cortisol la cual aumenta el nivel de glucosa en sangre funcionando como la nafta que es necesaria para moverse y pensar. Por último, el sistema inmunológico interviene movilizando las defensas, provocando por ejemplo la disminución de la sensibilidad al dolor ya que es más fácil huir o luchar si no se tiene conciencia plena de este en el momento (Cólica, 2012).

Todo este movimiento se desarrolla ante un estímulo estresor percibido como amenazante ante el cual el organismo hace frente para luego volver al estado de homeostasis perdida. Lo fundamental aquí no es la cantidad de activación de los ejes simpático, neuroendocrino e inmunológico sino el tiempo que tardan estos sistemas en volver al estado de equilibrio. Cuando esto no ocurre, los mecanismos detallados no se reequilibran, se perpetúan y actúan más tiempo del debido siendo nocivos para el organismo dando lugar a desencadenantes como la hipertensión arterial, segregación de más adrenalina en la glándula adrenal la cual también se encarga de segregar cortisol causando enfermedades digestivas, endócrinas, dolores en las articulaciones, coronariopatías, activación o reactivación de enfermedades oncológicas, etc. Cuando el aumento de cortisol es prolongado, la movilización del sistema inmunológico con respuestas adaptativas antiinflamatorias viran a otras respuestas del tipo pro inflamatorias y este es uno de los puntos focales en relación a las enfermedades autoinmunes o auto agresivas ya que se culmina en inflamaciones diversas como artritis (en articulaciones), miositis (en músculos), contracturas y dolores, y muchas



otras enfermedades que se dan a lugar por inmunopatías (alteración de la memoria inmunológica en la que se desconocen los tejidos como propios y son atacados como si fueran extraños) en las que están sobre estimuladas las células inflamatorias y con el debilitamiento del sistema inmune en otros casos provocando inmunodepresión (baja de defensas, sobre todo de los linfocitos que son los principales, teniendo menos precisión ante señales de alarma y dejando más expuesto al organismo a infecciones y otras enfermedades) (Cólica, 2012).

En este punto cabe hacer una importante diferencia entre cómo influye el estrés negativo en enfermedades autoinmunes y de cómo influye el estrés en el cáncer ya que cada uno se relaciona de manera diferente con éste. Por lo que se va a definir cada una de estas enfermedades y su relación con el estrés.

ENFERMEDAD INMUNOLÓGICA Y ESTRÉS.

Las enfermedades autoinmunes.

El sistema inmunológico es el encargado de proteger a los individuos de numerosas enfermedades, virus e infecciones. Sin embargo, hay casos en que este sistema en vez de proteger de las agresiones externas e internas, se convierte en el encargado de atacar las propias células del organismo. Este funcionamiento alterado del sistema inmunológico conlleva a desencadenar enfermedades autoinmunes. Existen teorías que explican este funcionamiento perturbado fundamentando que la interacción entre el sistema inmunitario y el sistema nervioso central está alterado por mecanismos que estresaron al individuo pudiendo dar origen a la patología (Duval, González y Rabia, 2010).

Hay un gran número de enfermedades autoinmunes y todas ellas se clasifican según el órgano que este afectado o según múltiples sistemas se encuentren comprometidos como en los casos del Lupus sistémico o la artritis reumatoide. Lo que todas tienen en común es el mal funcionamiento del sistema inmunitario en donde éste no identifica los tejidos, órganos o células como propios y los ataca como si fueran agentes externos nocivos causando un proceso inflamatorio que es el responsable de las innumerables quejas que presentan los pacientes que lo padecen. La normalidad sería que luego de un proceso de defensa inflamatorio el sistema inmunológico volviera a su estado anterior de equilibrio, pero como se vio anteriormente si este mecanismo no funciona bien, el sistema inmune se mantiene activado durante un tiempo excesivo exponiendo al organismo y aumentando su vulnerabilidad a padecer estas enfermedades autoinmunes. Este funcionamiento disfuncional puede deberse a predisposiciones genéticas del individuo como así también a su reactivación o activación por el ambiente en el que está inmerso. Así es como se entiende que el estrés desempeña un papel importante en el funcionamiento de las enfermedades autoinmunes ya que a partir de la estimulación del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal se estimula la actividad inflamatoria, agravando los síntomas y empeorando la inflamación (Torres y Baillès, 2014).

Los estresores repetitivos y de corta duración son los que más desencadenan respuestas inflamatorias produciendo un efecto acumulativo ya que estos estímulos son los que se presentan en las primeras fases del estrés produciendo la activación intermitente de los ejes simpático, neuroendocrino e inmunológico que se desarrolló anteriormente (Cólica, 2012; Torres y Baillès, 2014).



Cáncer y estrés.

El cáncer comienza en una célula que por diversos motivos se transforma y deja de trabajar en armonía con las demás células (...) Con frecuencia nuestras células son atacadas y sufren mutaciones, pero están programadas para suicidarse (apoptosis) cuando se altera su ADN. La célula muere sin transmitir la mutación a su descendencia. (Fernández, 2013, p. 27)

En este momento aún no se ha desarrollado la enfermedad y esto es gracias a que la célula con mutación en su ADN fue identificada por nuestro sistema inmunológico para ser eliminada por él a través de células natural *killer*, macrófagos, neutrófilos, monocitos y linfocitos. Este es el proceso normal al que los individuos se exponen diariamente ya que todas las personas tenemos células cancerosas pero la enfermedad no logra manifestarse gracias a nuestro sistema inmunológico el cual se encuentra activo y a la espera de eliminar cualquier anomalía que se presente (Koebel, 2007).

Ahora bien, como se vio anteriormente el sistema autoinmune también puede deprimirse y una de las razones por las que puede hacerlo es debido a los continuos factores estresantes a los que tiene que hacer frente a diario. En ese momento de estrés agudo que se perpetúa en el tiempo es cuando se produce una supresión de sus funciones dejándolo más expuesto a infecciones, virus y enfermedades como el cáncer. Una de las principales células del sistema inmunológico encargada de destruir las células anómalas son las natural *killer* (NK). Ellas son fundamentales para evitar la aparición de metástasis y cuando menos activas son, más rápido progresa el cáncer y menor es la supervivencia a cinco años. El estrés y las emociones negativas parecen ejercer un rol inhibitor de las células NK (Fernández, 2013). Así lo demuestra un estudio realizado a 227 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama

quienes recibieron tratamiento psicológico de una sesión semanal durante 4 meses consecutivos con herramientas para reducir el estrés, cambiar hábitos de salud y mejorar el estado de ánimo. Como resultado, las pacientes demostraron una significativa baja en los niveles de estrés y ansiedad y un aumento en células T encargadas de la producción de anticuerpos y citoquinas, sustancias que ayudan a los linfocitos T y las células NK para que sean más activas frente al cáncer (Andersen, 2004). Otro estudio realizado en el departamento de psicología y cirugía de la universidad de Ohio demuestra la relación que se manifiesta entre eventos estresantes con alteraciones en la regulación del sistema inmunológico. La investigación realizada a mujeres que tenían cáncer de mama seguidas longitudinalmente demostró la relación entre el estrés subjetivo y el funcionamiento del sistema inmunológico en el desarrollo del cáncer. Este estudio demostró que, en aquellas pacientes con una pronta disminución en los niveles de estrés, las células NK mejoraban su desempeño promoviendo la salud de las pacientes, mientras que el estrés sostenido en el tiempo empeoraba el desempeño de las mismas (Thornton et al., 2007).

EMOCIONES Y ESTRÉS.

Concepto de emoción.

Las emociones pueden definirse como "...un estado del ánimo que aparece como reacción a impresiones percibidas por los sentidos o por los recuerdos, ideas o pensamientos capaces de transformar, impulsar o influenciar nuestros comportamientos" (Cólica, 2012, p. 59). Etimológicamente el término emoción viene del latín *emotio*, que significa "movimiento o impulso" y es el cual nos motiva a actuar, a crear patrones de comportamiento, mecanismos de adaptación que al repetirse se fijan en nuestros circuitos neuronales generando conductas adquiridas, automáticas. Estas conductas que se adoptan ante estímulos emocionales



desencadenan respuestas similares al estrés a nivel fisiológico, provocando la pérdida de equilibrio u homeostasis a la que intenta volver el organismo. La diferencia fundamental entre estrés y emoción radica en que el sistema de estrés se pondrá en funcionamiento aun antes de que se haya despertado una respuesta emocional en el sujeto. Evolutivamente, el sistema desencadenado por estrés con su consecuente respuesta de huir o luchar está presente en especies animales muy primitivas que no tienen desarrollo de zonas cerebrales relacionadas con las emociones como el sistema límbico o la memoria, ni desarrollo de las zonas corticales superiores que atribuyen a partir de la cognición cualidades a los estímulos (Cólica, 2012).

A partir de esta relación entre emoción y cognición que pueden efectuar los seres humanos, el estrés que se presenta en la vida puede producir como consecuencia la pérdida de este equilibrio dando por resultado la aparición de diversos síntomas y enfermedades. Ahora como pudo verse, no todos los estímulos que se presentan diariamente más allá de su intensidad o de la perturbación que generan afecta a todos por igual. El estrés como emoción negativa debe ser asociado de tal manera por el sujeto receptor del estímulo a partir de la evaluación cognitiva que realice en torno a éste (*appraisal* primario) y los recursos que la persona tiene para enfrentarlos (*appraisal* secundario). Todo esto está afectado a su vez por las experiencias y aprendizajes previos que tiene cada individuo, rasgo de personalidad, apoyo social, etc. lo que determina que aún los mismos estímulos estresores provoquen diferentes reacciones en cada sujeto (Moscoso, 2009).

El doctor Martin Seligman realizó un experimento en la Universidad de Pensilvania en el cual injertó un grupo de células cancerosas a un grupo de ratas y luego las dividió en 3 grupos. El primero de ellos recibió sólo el injerto de estas células. El segundo grupo recibió

además descargas eléctricas frecuentes sin previsión o control del estímulo estresor. Por último, el tercer grupo de ratas también fue sometido a descargas eléctricas, pero se les facilitó una palanca que aprendieron a usar para evitar las descargas. Como resultado, del primer grupo de ratas que no recibió descargas logró superar el cáncer en un 54%. En el segundo grupo de ratas donde no había posibilidad de controlar el estímulo de las descargas eléctricas, sólo un 27% de ellas sobrevivió. En el tercer grupo, donde las ratas habían aprendido a controlar el estímulo estresor la supervivencia fue del 63%. Así se deduce que el estímulo estresor no es el único componente importante en la supresión o sobre estimulación del sistema inmunológico, sino que la posibilidad de poder manejar o no el estímulo que causa el desequilibrio, con sus consecuentes emociones de impotencia o de sensación de control para hacer frente al estresor, es determinante en el proceso de adaptación o enfermedad. (Fernández, 2013). Una situación en la que la persona no tiene control alguno sobre los estímulos estresantes es la instancia intraoperatoria (contempla el procedimiento quirúrgico en sí) y esta se encuentra afectada y condicionada por las circunstancias del pre y post operatorio, situaciones que si no son abordados de la manera correspondiente y con la correcta contención que la situación requiere puede ser vivida por el paciente como un momento altamente estresante ya que la persona no tiene control alguno sobre sí mismo y tampoco idea de lo que sucederá en el momento quirúrgico. Esta situación a la que deben someterse los pacientes enfermos de cáncer, por ejemplo, con la correspondiente ansiedad y estrés que genera, puede deprimir inmunológicamente a la persona favoreciendo la progresión y metástasis de la enfermedad (Eliyahu, 2003).



Regulación emocional.

La regulación de las emociones se fundamenta en la utilización de ciertas estrategias para modificar el curso, la intensidad, la calidad, la duración y la expresión de las emociones en función de las metas personales (Cole, Martin y Dennis, 2004; Gross, 1998; Gross, 2007; Thompson, 1994). La regulación emocional así debe ser entendida como modulación de la respuesta emocional, y no como supresión. Gratz y Roemer (2004) formularon una teoría en la que se integraban los componentes que habían sido vinculados al proceso regulatorio, con el fin de generar una nueva conceptualización unitaria y multidimensional. Para estos autores: “la regulación emocional implica (a) el conocimiento y la comprensión de las emociones, (b) la aceptación de las emociones, (c) la capacidad para controlar comportamientos impulsivos y comportarse de acuerdo con las metas deseadas cuando se experimentan emociones negativas, y (d) la capacidad de utilizar estrategias de regulación emocional de forma flexible para que sean apropiadas a la situación y sus demandas y con el fin de alcanzar las metas individuales” (Gratz y Roemer, 2004; p.42).

La ausencia de cualquiera de estas habilidades indicaría la presencia de dificultades en la regulación emocional, por lo que a continuación se detallarán estas aptitudes relacionados con la regulación emocional.

Conciencia emocional. Para Gratz y Roemer (2004) la regulación emocional se inicia cuando la persona está atenta y receptiva a las emociones. Esto ayuda a lograr una mejor regulación emocional adaptativa (Barrett, Gross, Conner y Benvenuto, 2001). De todas maneras, el equilibrio entre la atención interna (lo que se piensa o siente) y la atención externa (lo que se hace) es esencial. Puede ser contraproducente que sólo se atienda a las

emociones descuidando los comportamientos, de esta manera no se producen los beneficios de la regulación emocional.

La claridad o comprensión emocional. La conciencia emocional puede estar ligada a diferentes grados de claridad o habilidad para distinguir las diferentes emociones. Según Barret y Gross (2001) algunas personas experimentan las emociones de una manera muy diferente, distinguiendo entre una variedad de emociones negativas y positivas. Otros individuos experimentan emociones de manera relativamente indiferenciada. Según ellos, las personas con capacidades para diferenciar sus estados emocionales tienen ventaja en regular sus emociones al saber su causa y cómo abordarla. Gratz y Roemer (2004) no encontraron diferencias importantes en la regulación emocional reportada por hombres y mujeres, a excepción de en su conciencia y en su claridad emocional. Ellos concluyeron que los hombres reportaban menor claridad y conciencia emocional que las mujeres.

La aceptación. Esta habilidad es entendida como la capacidad de consentimiento a experimentar las emociones y eventos que sucedan. En cambio, la no-aceptación emocional puede entenderse como la supresión o evitación emocional.

Metas. Es necesario considerar las demandas situacionales y los objetivos que tiene el individuo al evaluar la regulación emocional (Thompson, 1994b; Thompson y Calkins, 1996). Cuando este balance falla, podría acarrear dificultades de regulación emocional (Gross y Jazaieri, 2014).

Impulsos. Alterar la intensidad o la duración de las emociones hace que el individuo tenga mayor capacidad de controlar su comportamiento, en contraposición a controlar sus emociones. La capacidad de inhibir los comportamientos inapropiados o impulsivos cuando las personas sienten emociones negativas hace posible mostrar un comportamiento en consonancia a los objetivos deseados (Thompson, 1994b; Thompson y Calkins, 1996).



Las estrategias. Son los medios utilizados por las personas para regular sus emociones. Una regulación emocional apropiada implica poder acceder a un repertorio de estrategias regulatorias y también ser flexibles en su uso (Cole y cols., 1994; Thompson, 1994a). El modelo más conocido es el de proceso de regulación de la emoción de Gross de 1998 (Webb, Miles, y Sheeran, 2012) según el cual existen diferentes tipos de estrategias de regulación emocional en función del momento del proceso emocional en el que inciden. Esta reevaluación se produce cuando el individuo puede cambiar el significado emocional asociado a la situación y/o cambia lo que piensa de la situación o sobre su capacidad para manejarla. Por ejemplo, una persona que ha sido despedida de su trabajo puede reevaluar esta situación desafortunada como una oportunidad para hacer algo nuevo que vuelva a ilusionarle.

METODOLOGÍA

- Participantes:

El estudio se llevó a cabo con una muestra de 25 personas tanto de sexo masculino y femenino de entre 30 y 75 años de edad diagnosticadas con cáncer que se encontraban en un centro médico integrativo ubicado en la capital de la provincia de Córdoba. Como describe Bologna (2012) “Se llama muestra a un subconjunto de una población que comparte sus características en los aspectos de interés para la investigación” (p.271).

Los participantes se seleccionaron a partir de muestreo no probabilístico ya que no se cumplió con el principio de aleatoriedad. Al encontrarse las personas en ese momento de manera circunstancial, la metodología de recolección de datos fue accidental o por disponibilidad como afirma Bologna (2012) “Consiste en entrevistar a los individuos que se encuentran accidentalmente en determinado lugar” (p.289). Los factores responsables de los resultados se limitaron entonces a la voluntad de los encuestados que se encontraban en el centro de salud.

- Instrumentos:

Los métodos de recolección de datos son dos escalas que pretenden medir las variables de Estrés y de dificultades en la regulación emocional utilizadas por la muestra.

A partir de esto se utilizó la versión española completa de 14 ítems de la Escala de Estrés Auto percibido, adaptada por el Dr. Eduardo Remor de la original Perceived Stress Scale (PSS) de Cohen, Kamarck, & Mermelstein, R. (1983). Ésta se subdivide en 14 ítems con preguntas sobre cómo se sintió la persona en el último mes y con la consiguiente evaluación por parte del voluntario en formato de respuesta “*Likert*” entre los niveles del 0



al 4 siendo 0=Nunca; 1= Casi nunca; 2= De vez en cuando; 3= A menudo y 4= Muy a menudo. Contiene preguntas como ser: “En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?” o “En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?”. La forma de cuantificar los resultados se realiza sumando el puntaje de cada uno de los ítems de manera positiva y los ítems 4,5,6,7,9,10,13 de manera inversa. El puntaje total obtenido va de 0 a 56 indicando las puntuaciones superiores mayores niveles de estrés percibido. La versión de la escala ha sido empleada en varios contextos y en diversos grupos conformados por poblaciones de diversas edades y de ambos sexos, masculino y femenino. El análisis de fiabilidad del instrumento informó que esta versión de la escala adaptada al español tiene una buena consistencia interna calificándolo como aceptable a los valores situados entre 0,75 y 0,79 con estructura factorial consistente.

También se utilizó la versión adaptada al español de la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E) inicialmente desarrollada por Gratz y Roemer (2004) y luego adaptada a la población española por Hervás y Jódar (2008). Ésta escala además de arrojar un puntaje total del nivel de desregulación emocional, contempla dentro 6 estrategias emocionales que son evaluadas al momento del análisis de datos. Es así que los autores de la escala plantean una conceptualización comprensiva de la regulación emocional pensando que ésta no implicaría sólo el control de las emociones sino también tener conciencia, comprensión y aceptación de ellas. Además, plantea el poder medir el control de las conductas impulsivas, la capacidad de implementar conductas dirigidas a metas y el poder acceder a estrategias de regulación emocionales adaptativas que se ajusten a las situaciones y demandas ambientales que se presenten. Es por esto que, a mayor puntaje dentro de la

escala y sus componentes, mayor sería la ausencia de estas habilidades (Gratz y Roemer, 2004).

La escala original cuenta con 36 ítems con un formato de respuesta Likert de 5 posiciones (desde 1 = casi nunca hasta 5 = casi siempre) y una estructura de seis factores:

1) Dificultades en el Control de Impulsos (6 ítems: “Cuando me enfado, pierdo el control sobre mis comportamientos”, por ejemplo);

2) Acceso Limitado a Estrategias de Regulación Emocional (7 ítems: “Cuando me disgusto, creo que no hay nada que pueda hacer para sentirme mejor”, por ejemplo);

3) Falta de Aceptación Emocional (7 ítems: “Cuando me disgusto, me siento culpable por sentirme así”, por ejemplo);

4) Interferencia en Conductas Dirigidas a Metas (5 ítems: “Cuando me altero, me cuesta concentrarme”, por ejemplo);

5) Falta de Conciencia Emocional (6 ítems invertidos: “Estoy atento/a a mis sentimientos”, por ejemplo);

6) Falta de Claridad Emocional (5 ítems: “me siento confuso/a acerca de cómo me siento”, por ejemplo).

Con respecto a la fiabilidad del instrumento, se determinó mediante el coeficiente alfa de Cronbach que las dimensiones poseen niveles adecuados de confiabilidad (valores α comprendidos entre 0.79 y 0.81) así como también la escala total ($\alpha = 0.81$) lo que lo convierte en una puntuación buena en su conjunto.

Para la obtención y análisis de datos estadísticos se utilizó el programa SPSS (*Statistical Product and Service Solutions*) además del programa InfoStat el cual cumple la



misma funcionalidad con la diferencia de haber sido utilizado en oportunidades anteriores de la formación curricular.

Además de las escalas antedichas se recolectaron datos personales de los participantes mediante preguntas abiertas que consistían en edad, sexo, si viven acompañados y por quién o quiénes.

- Procedimiento:

El enfoque de la investigación es descriptivo cuantitativo con diseño no experimental de corte transversal. Los estudios descriptivos tienen como finalidad describir situaciones, variables, contextos y sucesos detallando cómo estos se manifiestan. Según Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio (2003) afirma: “Únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas” (p.92).

Se procedió a la recolección de datos mediante el contacto directo con las personas que se encontraban en un instituto de tratamientos médicos integrativo ubicado en la provincia de Córdoba. Este instituto tiene como pacientes a diversas personas diagnosticadas principalmente de cáncer, aunque también se encuentran en ella personas diagnosticadas de artritis reumatoide, arteriosclerosis, enfermedades cardíacas, etc.

A cada voluntario se le explicitó la garantía del anonimato de sus respuestas, objetivos de la investigación, en qué consistía y consentimiento informado. Luego se les entregó

ambas escalas de medición y se realizaron las preguntas demográficas descriptas anteriormente.

En la mayoría de los casos fue necesario el acompañamiento del investigador ya que muchas personas eran de edad mayor y además de la dificultad para leer al no haber llevado sus lentes, la enfermedad también dificultaba la interpretación de las consignas. El tiempo promedio de aplicación por participante fue de 30 minutos, caracterizando las participaciones más breves realizadas por individuos más jóvenes o sin un avance significativo de la enfermedad. Las aplicaciones más prolongadas de las escalas fueron realizadas al contrario por algunos adultos mayores (edades que superaban a la media de 49 años) que les costaba entender las consignas o que presentaron un índice mayor a la media en el puntaje total de la escala DERS (87 Puntos.).

El análisis de datos se realizó según un enfoque cuantitativo, en el cual se recolectaron datos de la muestra y según estos se efectuó un posterior análisis mediante programas estadísticos, se realizaron gráficos y tablas para la posterior articulación con el marco teórico y por último se elaboraron las conclusiones y discusiones correspondientes.

RESULTADOS

1. Análisis descriptivo de la muestra, variables de edad, género, puntaje escala PSS y DERS, convivencia.

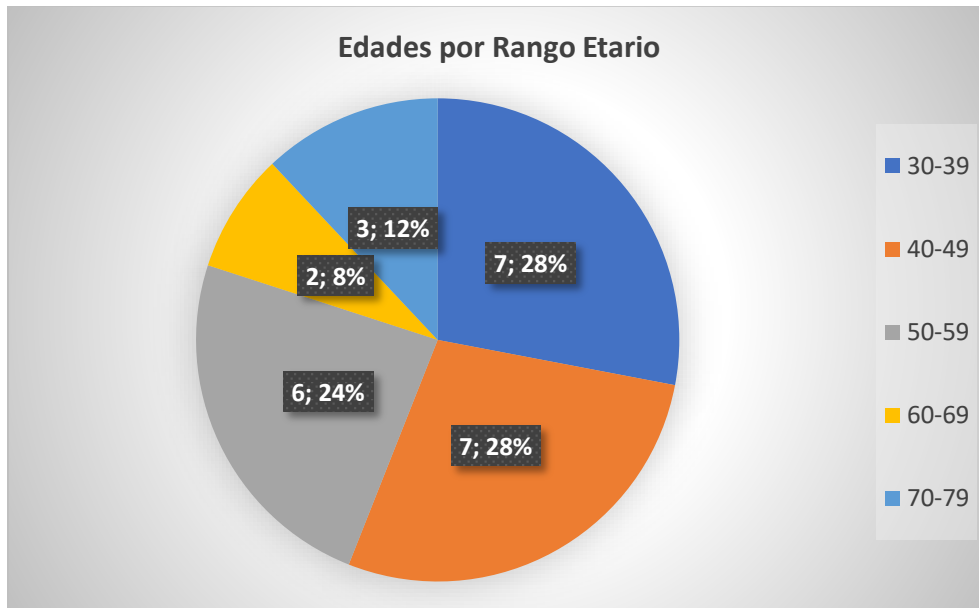
1. a Edad.

La tabla 1, permite visualizar gráficamente la distribución de la variable, calculando su valor promedio (48 años) y el valor central junto a la desviación estándar. En el gráfico siguiente se observa la distribución por rango etario agrupado por valores de 10 en 10 para facilitar su posterior análisis y vinculación con otras variables. Se observa así que los grupos etarios de mayor concentración son los rangos 30-39 (28%) y 40-49 (28%).

Tabla 1. Distribución de la variable edad.

N	Total	25
	Perdidos	0
Media		48,64
Mediana		44,00
Desviación estándar		13,546
Mínimo		30
Máximo		75

Figura 1. Representación gráfica de las edades distribuidas por rango



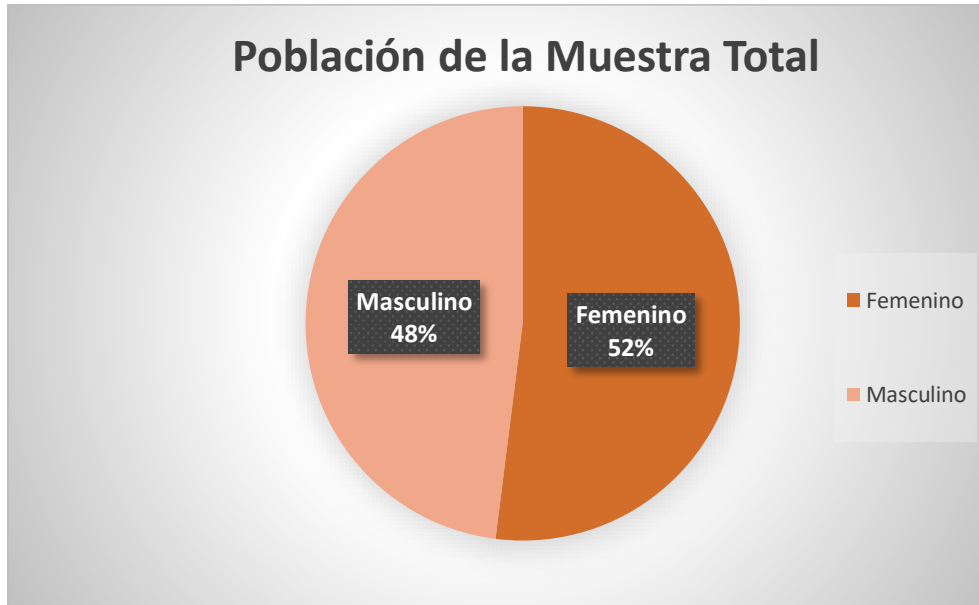
1b. Género.

La tabla 2, permite observar la distribución del género en la muestra. El porcentaje del género femenino es apenas superior al masculino conformando un 52% de la muestra. Esta distribución puede verse en el gráfico a continuación.

Tabla 2. Distribución por género.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Femenino	13	52,0	52,0	52,0
Masculino	12	48,0	48,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Figura 2. Representación gráfica de variable género.



1c. Puntaje escala PSS.

La escala de estrés percibido arroja como valor máximo de puntuación un total de 45 puntos (con una frecuencia de dos) mientras que el menor es de 8 puntos. El promedio es de 28,08 puntos y el valor central se ubica en 29 puntos.

Tabla 3. Distribución puntaje total PSS.

N	Válido	25
	Perdidos	0
Media		28,08
Mediana		29,00
Mínimo		8
Máximo		45

Tabla 4. Distribución de frecuencia del puntaje total PSS.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	8	1	4,0	4,0
	15		4,0	8,0
	16	2	8,0	16,0
	17	1	4,0	20,0
	18	2	8,0	28,0
	21	1	4,0	32,0
	22	1	4,0	36,0
	23	1	4,0	40,0
	24	1	4,0	44,0
	26	1	4,0	48,0
	29	1	4,0	52,0
	31	1	4,0	56,0
	32	1	4,0	60,0
	33	2	8,0	68,0
	36	1	4,0	72,0
	38	2	8,0	80,0
	39	2	8,0	88,0
	40	1	4,0	92,0
	45	2	8,0	100,0
Total		25	100,0	

1d. Puntaje escala DERS-E.

La escala de dificultades en la regulación emocional arroja como valor máximo de puntuación un total de 124 puntos, mientras que el mínimo es de 56 puntos. El promedio es de 87 puntos y el valor central se ubica en 88 puntos.

Tabla 5. Distribución puntaje total DERS.

N	Válido	25
	Perdidos	0
Media		87,00
Mediana		88,00
Mínimo		56
Máximo		124

Tabla 6. Distribución de frecuencia del puntaje total DERS.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido 56	1	4,0	4,0
62	1	4,0	8,0
63	1	4,0	12,0
64	1	4,0	16,0
65	1	4,0	20,0
68	1	4,0	24,0
69	1	4,0	28,0
75	1	4,0	32,0
85	1	4,0	36,0
86	1	4,0	40,0
87	2	8,0	48,0
88	2	8,0	56,0
92	1	4,0	60,0
95	1	4,0	64,0
96	1	4,0	68,0
97	1	4,0	72,0
99	1	4,0	76,0
100	1	4,0	80,0
101	1	4,0	84,0
102	1	4,0	88,0
112	1	4,0	92,0
114	1	4,0	96,0
124	1	4,0	100,0
Total	25	100,0	

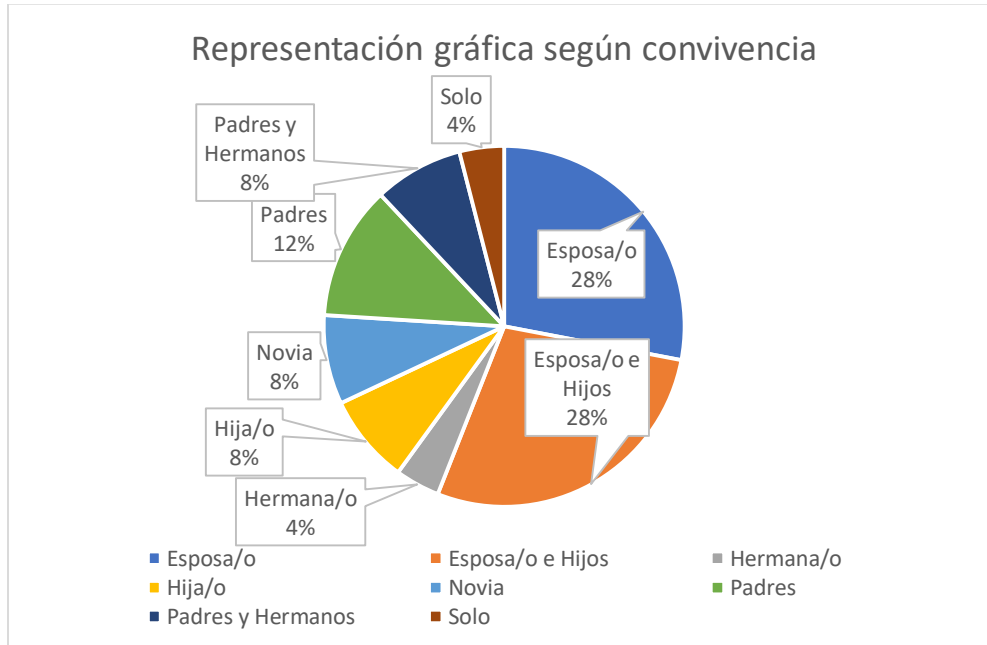
1e. Convivencia.

La tabla 7, permite observar la distribución de frecuencia de la variable convivencia. Las mayores distribuciones con un porcentaje de 28% cada uno informa que 7 voluntarios viven con su esposa/o y otros 7 viven con hijos. Los porcentajes menores (4%) están compuestos por voluntarios que viven solos o con su hermana/o (1 persona de la muestra respectivamente). Esta distribución puede verse en el gráfico 3 a continuación.

Tabla 7. Distribución de frecuencia de la variable Convivencia.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Esposa/o	7	28,0	28,0
	Esposa/o e Hijos	7	28,0	56,0
	Hermana/o	1	4,0	60,0
	Hija/o	2	8,0	68,0
	Novia	2	8,0	76,0
	Padres	3	12,0	88,0
	Padres y Hermanos	2	8,0	96,0
	Solo	1	4,0	100,0
	Total	25	100,0	

Figura 3. Representación gráfica de variable Convivencia.



2. Análisis descriptivo que incluyen dos variables.

2a. Promedio puntaje PSS y DERS por género.

La tabla 8 muestra una media mayor (32,25) en el género masculino correspondiente al promedio general en la escala de puntuación de percepción de estrés en comparación con el género femenino (24.23). Se representa en la figura 4.

Lo mismo sucede en la tabla 9, donde el género masculino presenta nuevamente un porcentaje mayor (93,92) en dificultades en la regulación emocional. Se representa en la figura 5.

Tabla 8. Media PSS por género.

SEXO	Media	N	Desviación estándar
Femenino	24,23	13	8,936
Masculino	32,25	12	10,670
Total	28,08	25	10,432

Figura 4. Representación gráfica Media PSS por género.

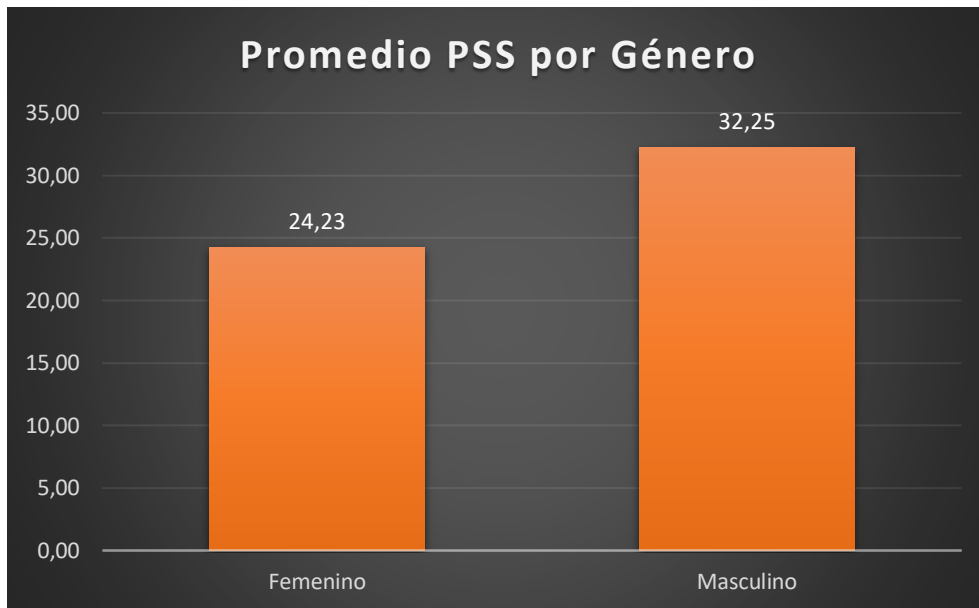
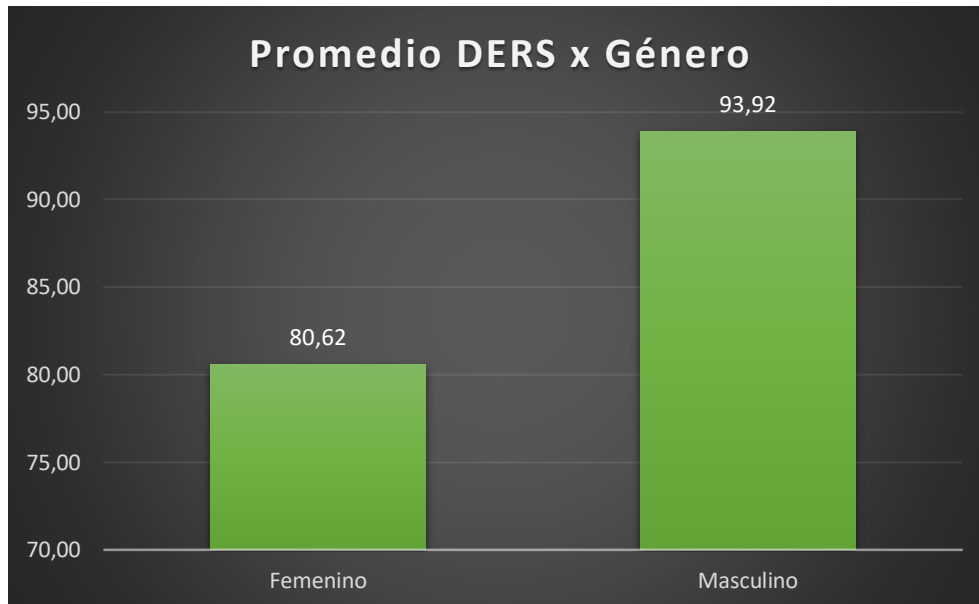


Tabla 9. Media DERS por género.

SEXO	Media	N	Desviación estándar
Femenino	80,62	13	15,645
Masculino	93,92	12	18,333
Total	87,00	25	17,956

Figura 5. Representación gráfica Media DERS por género.



2b. Promedio puntaje PSS y DERS por convivencia.

En cuanto a la media mayor por convivencia en la escala PSS, la tabla 10 indica que corresponde a aquellos que viven solos (sólo una persona en la muestra presenta esta característica) seguido por aquellos que conviven con esposa/o e hijos (con una media de 33,14). Esto se representa en el gráfico 6.

Tabla 10. Media PSS por Convivencia.

Con quien vive	Media	N	Desviación estándar
Esposa/o	29,14	7	8,989
Esposa/o e Hijos	33,14	7	4,811
Hermana/o	18,00	1	.
Hija/o	15,50	2	,707
Novia	31,50	2	19,092
Padres	23,33	3	19,296
Padres y Hermanos	22,50	2	,707
Solo	39,00	1	.
Total	28,08	25	10,432

Figura 6. Representación gráfica Media PSS por convivencia.

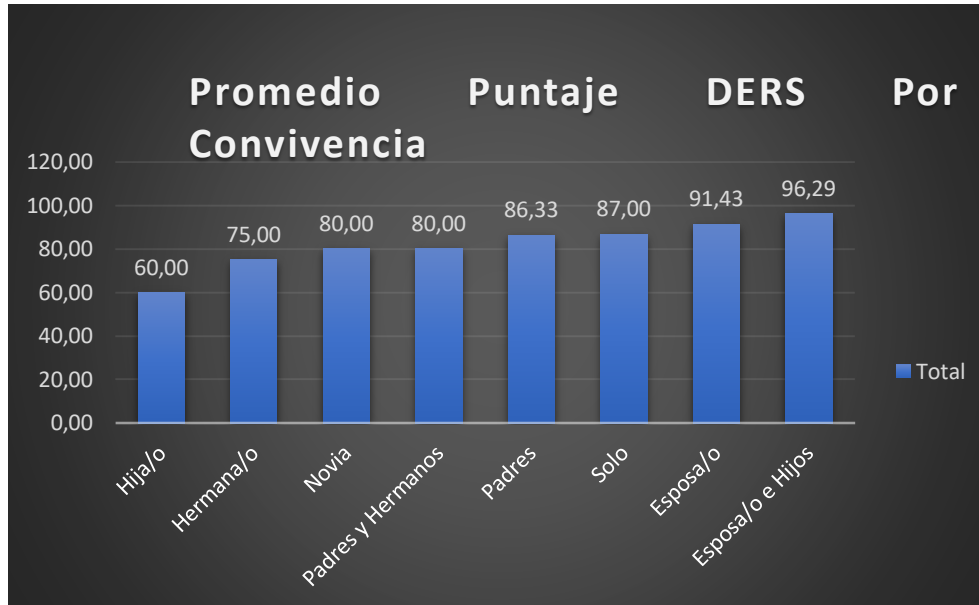


Sobre la media en la escala DERS se observa en la tabla 11, que los grupos que presentan una media mayor está dada por los que conviven con esposa/o e hijos (con un promedio de 96,29 puntos) seguidos por aquellos que conviven con su esposa/o y solos (91,43 y 87 puntos respectivamente). Puede verse graficado en la figura 6.

Tabla 11. Media DERS por Convivencia.

Con quien vive	Media	N	Desviación estándar
Esposa/o	91,43	7	11,530
Esposa/o e Hijos	96,29	7	19,906
Hermana/o	75,00	1	.
Hija/o	60,00	2	5,657
Novia	80,00	2	21,213
Padres	86,33	3	25,027
Padres y Hermanos	80,00	2	16,971
Solo	87,00	1	.
Total	87,00	25	17,956

Figura 7. Representación gráfica Media DERS por convivencia.



2c. Promedio variables del cuestionario DERS en relación al género.

En la siguiente tabla se visualizan las medias para las variables Estrategias, Metas, Conciencia, Claridad, No aceptación e impulsos para su posterior análisis.

Tabla 12. Media en las variables de la escala DERS.

		Estrategias	Metas	Conciencia	Claridad	No aceptación	Impulsos
N	Válido	25	25	25	25	25	25
	Perdidos	0	0	0	0	0	0
Media		15,76	14,00	15,16	11,76	16,60	13,72
Desviación estándar		4,763	4,133	3,955	3,320	5,315	4,098
Mínimo		9	6	7	7	8	7
Máximo		26	21	22	21	27	22

2. c.a. Variable **Estrategias** y **Metas** en relación al Género.

Los puntajes mayores como resultado en la escala DERS indican una mayor dificultad en la regulación de las variables que miden.

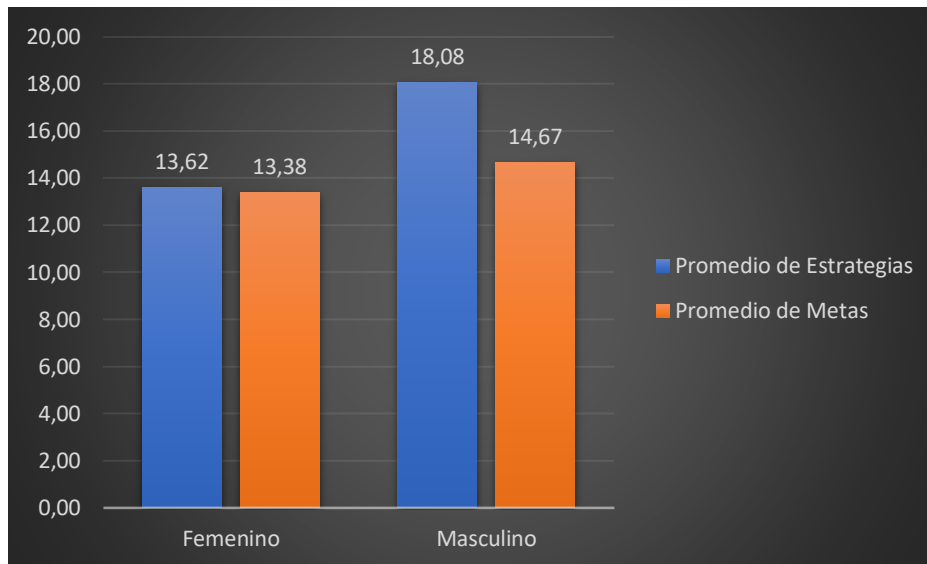
A continuación, en la tabla 13, se describen los valores de la media con relación a la habilidad para implementar estrategias de regulación emocional y la conducta dirigida a metas. Ambas habilidades son medidas por la escala DERS y puede observarse un mayor promedio en el sexo masculino, sobre todo en la variable estrategia donde se indica un puntaje casi 5 puntos más arriba que en la media femenina. En cuanto a la dificultad para implementar conductas dirigidas a metas, la media masculina es por poco mayor a 1 punto con respecto al género femenino.

Estas variables pueden verse reflejadas en la figura 8.

Tabla 13. Media en las variables Estrategias y Metas de la escala DERS por Género.

SEXO		Estrategias	Metas
Femenino	Media	13,62	13,38
	N	13	13
	Desviación estándar	3,709	3,572
Masculino	Media	18,08	14,67
	N	12	12
	Desviación estándar	4,814	4,735
Total	Media	15,76	14,00
	N	25	25
	Desviación estándar	4,763	4,133

Figura 8. Representación gráfica de la media en las variables Estrategias y Metas de la escala DERS por Género.



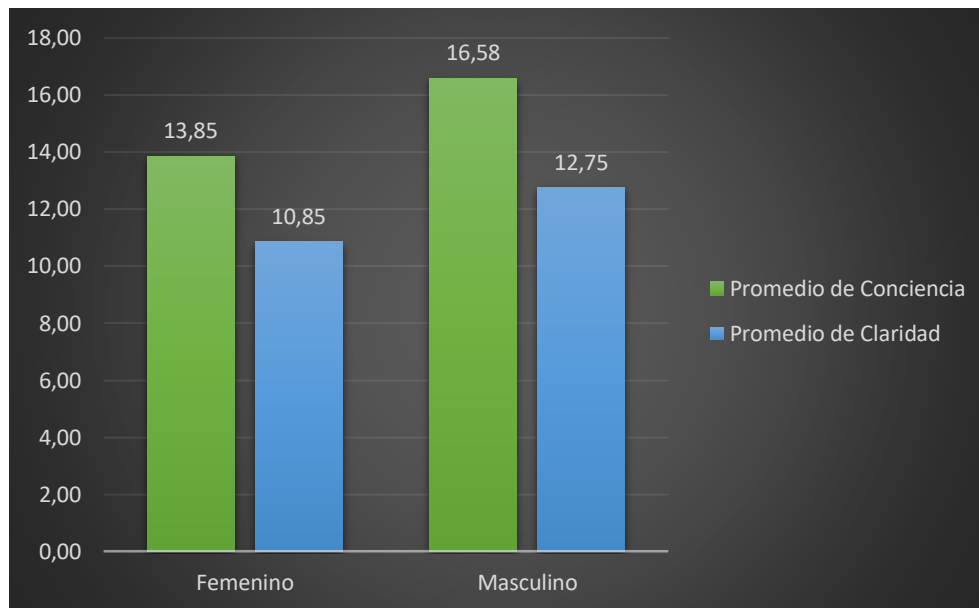
2. c.b. Variable **Conciencia** y **Claridad** en relación al Género.

En la tabla 14, se observa que los valores de media de las variables Conciencia y Claridad son mayores en el sexo masculino en relación al femenino. Esta información puede verse plasmada en la figura 9.

Tabla 14. Media en las variables Conciencia y Claridad de la escala DERS por Género.

SEXO		Conciencia	Claridad
Femenino	Media	13,85	10,85
	N	13	13
	Desviación estándar	3,288	2,764
Masculino	Media	16,58	12,75
	N	12	12
	Desviación estándar	4,252	3,696
Total	Media	15,16	11,76
	N	25	25
	Desviación estándar	3,955	3,320

Figura 9. Representación gráfica de la media en las variables Conciencia y Claridad de la escala DERS por Género.



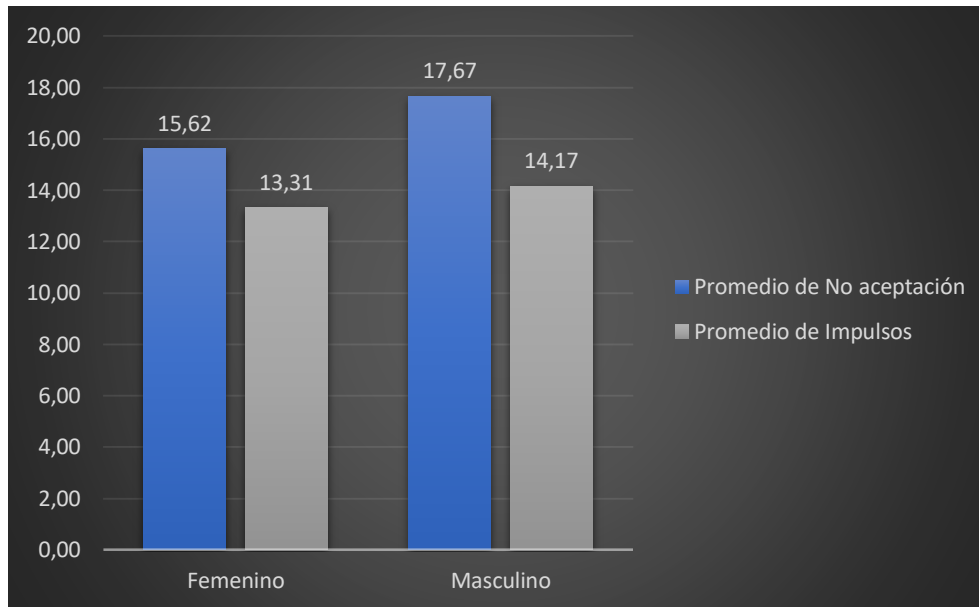
2. c.c. Variable **No Aceptación** e **Impulsos** en relación al Género.

En la tabla 15, se describen los valores de media de las variables No Aceptación e Impulsos siendo mayores en el sexo masculino en relación al femenino, siendo más significativa la diferencia de los promedios en la variable de no aceptación de respuestas emocionales. Puede verse plasmado en la figura 10.

Tabla 15. Media en las variables No Aceptación e Impulsos de la escala DERS por Género.

SEXO		No aceptación	Impulsos
Femenino	Media	15,62	13,31
	N	13	13
	Desviación estándar	4,770	3,903
Masculino	Media	17,67	14,17
	N	12	12
	Desviación estándar	5,867	4,428
Total	Media	16,60	13,72
	N	25	25
	Desviación estándar	5,315	4,098

Figura 10. Representación gráfica de la media en las variables No Aceptación e Impulsos de la escala DERS por Género.



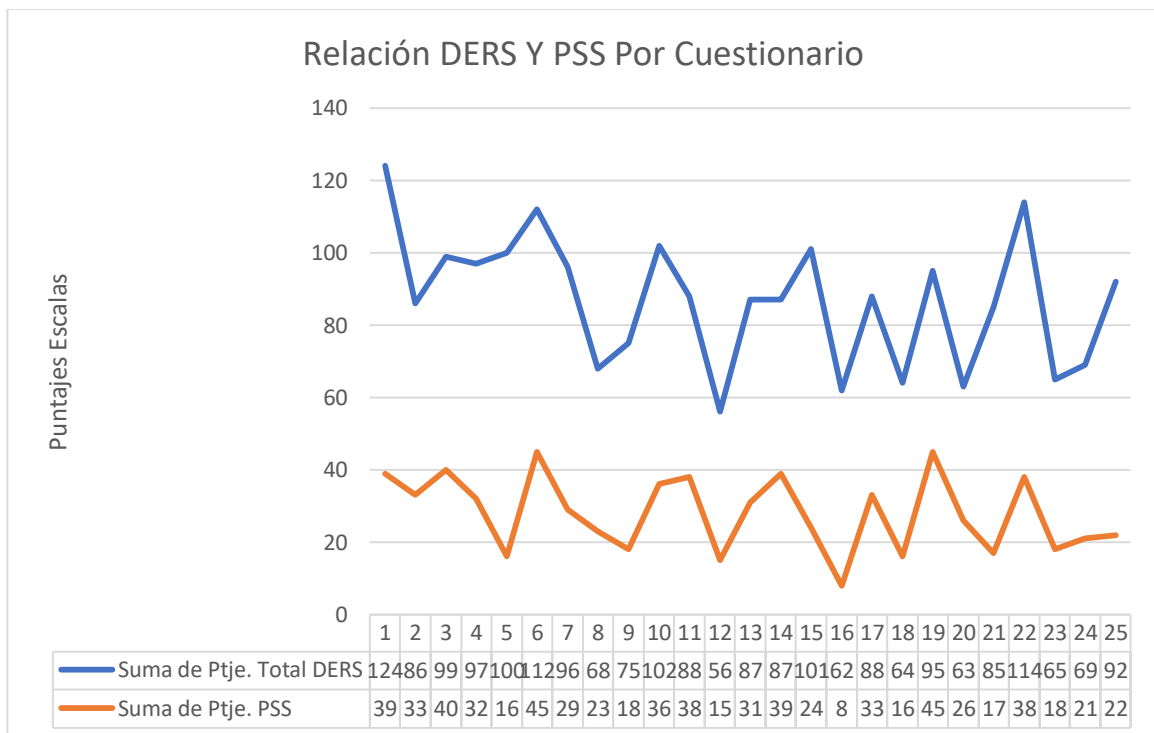
3. Análisis Relación variable DERS Y PSS.

Si bien la finalidad de este trabajo es describir las variables desarrolladas, se plantea la posible hipótesis de relación entre la variable de estrés y la variable en las dificultades en la regulación emocional. El Coeficiente de correlación de Pearson describe una relación positiva lineal moderada entre ambas de 0,696 lo que indicaría que en medida que un puntaje de una de las variables aumenta la otra también lo hace de manera moderada. Esto puede verse de manera gráfica en la figura 11.

Tabla 16. Coeficiente de correlación de Pearson para escala DERS y PSS

Correlaciones de muestras emparejadas		N	Correlación	Sig.
Par 1	Ptje. Total DERS & Ptje. PSS	25	,696	,000

Figura 11. Representación gráfica de la relación entre puntajes DERS y PSS por cuestionario.



DISCUSIÓN

Conclusiones

La muestra de participantes estuvo compuesta principalmente por voluntarios de una edad promedio de 48 años, rondando ellos entre los 30 a 50 años en su mayoría y con un menor valor de proporción (6 personas) de entre 50 y 59 años. En cuanto al género mayoritario, las mujeres componen la población en un 52% (13 en total) estando apenas por encima de los hombres quienes representan un 48% de la muestra conformada por 12 participantes. Si bien la diferencia es mínima, se pudo establecer comparaciones llamativas en cuanto al género y las puntuaciones en las dificultades de regulación emocional y la escala de estrés percibido.

En relación a esto se describe que la media al puntaje total que arrojó la escala de estrés percibido (Perceived Stress Scale o PSS) fue de 28,08 puntos, siendo la máxima posible de 56 pero la máxima arrojada por la muestra fue de 45 puntos, lo que supone un índice que se encuentra justo en los valores medios de la escala, sin mostrar así niveles altos de estrés en la población aunque los participantes de género masculino suponen una media por arriba del promedio ubicándolos con un valor de 32,25 puntos (a comparación de la media femenina que fue de 24,23).

A sí mismo, los valores arrojados por la escala de dificultades en la regulación emocional (DERS) también ubican al género masculino en los valores mayores con una media de 93,92 puntos en comparación a la media femenina de 80,62. La escala mencionada tiene como puntaje máximo un valor de 124 puntos y presenta un mínimo de 56 puntos, correspondiendo al mínimo obtenido por un participante de la población. Los valores

máximos obtenidos representan mayores dificultades en la regulación emocional y supone que la población masculina se mantiene entonces, por encima del promedio general de la escala de 87 puntos.

Con respecto a los valores máximos de la escala de estrés relacionados a la convivencia de las personas en la población de estudio, se ve que el valor máximo se presenta en aquellos individuos de la muestra que viven solos (conformado por un sólo participante con una media de 39 puntos), seguidos por aquellos individuos que conviven con esposa/o e hijos (7 personas con una media de 33,14 puntos).

En cuanto a los valores en la escala DERS por convivencia, los grupos que presentan una media máxima son aquellos que conviven con esposa/o e hijos (7 personas con una media de 96,29) seguidos por los individuos que viven sólo con su esposa/o (media de 91,43) y en tercer lugar se ubican nuevamente las personas que viven solas (con una media de 87 puntos).

Internalizando en la escala DERS, se describen ciertos conjuntos de ítems que miden diferentes variables. Éstos están conformados por las variables conciencia, impulsos, no aceptación, metas, claridad y estrategias. Para un mejor análisis fueron agrupados en grupos de a dos y comparadas las medias obtenidas que los géneros masculino y femenino presentan. En cuanto al conjuntos de variables Estrategias y Metas (medidas por los ítems de la escala DERS 15,16,22,28,31,35,36 para estrategias e ítems 13,18,20,26 y 33 para metas), se describe que los hombres presentan medias mayores al promedio tanto en las dificultades para acceder a estrategias de regulación emocional (con una media de **18,08** contra 15,76 puntos de la media general de la variable) como en las dificultades para implementar conductas dirigidas a metas (con una media de **14,67** contra 14 puntos de la media general de la variable).

Sobre el conjunto de variables Conciencia y Claridad (medidas por los ítems 2,6,8,10,17,34 para conciencia e ítems 1,4,5,7,9 para claridad), nuevamente el género masculino obtiene mayores puntuaciones presentando en la variable conciencia una puntuación media de **16,58** es decir 1,42 puntos por encima del promedio general de 15,16 (las mujeres presentaron una media de 13,85 es decir 1,31 puntos por debajo de la media general). Para la variable Claridad, los hombres presentaron una media de 12,75 casi un punto por encima de la media general para ambos sexos de 11,76 (la media para el género femenino fue de 10,85).

Con respecto a las variables No aceptación e Impulsos (medidas por los ítems 11,12,21,23,25,29,30 para no aceptación e ítems 3,14,19,24,27,32 para impulsos), los hombres superan la media general de ambas. Describiendo la primera (No aceptación) en la que la media general es de 16,60 con un puntaje de **17,67** (1,07 puntos por encima de la general) para la población masculina. El sexo femenino sigue manteniéndose por debajo de la media general con 15,62 puntos. Algo parecido sucede con la variable de dificultad ante el control de los impulsos donde los hombres presentan valores de media en **14,17** puntos (superando a la media general de 13,72) mientras que la media en las mujeres es de 13,31.

En contraposición con lo que los autores de la escala informan, en el proyecto de investigación se encontraron diferencias importantes entre el género masculino y femenino siendo el primero quien presentó puntajes de la media más altos en contraposición a los voluntarios femeninos (quienes se mantuvieron por debajo del nivel promedio general en cada una de las habilidades). Gratz y Roemer (2004) exponen que las diferencias se acentúan en las habilidades de regulación emocional de conciencia y en claridad. Concluyeron así que los hombres reportaban menor habilidades respecto a las mujeres en

estas dos variables, pero en este estudio se refleja la menor habilidad en las 6 subescalas descritas haciendo énfasis en el acceso a las estrategias de regulación emocional con una media de **18,08** (2,32 puntos por encima de la media general para ambos sexos de 15,76 puntos).

Otro factor a relacionar con lo descrito anteriormente es que, al momento de realizar la toma de datos, muchos de los hombres que se encontraban con sus esposas les preguntaban directamente a ellas las puntuaciones que consideraban eran correctas en relación a la escala DERS. Al leer el entrevistador los ítems, muchos de los voluntarios de sexo masculino miraban primero a sus esposas/ parejas antes de responder y en otras ocasiones completaban las escalas en compañía de ellas. No sucedió esto con tanta frecuencia en los participantes de género femenino quienes preferían completarlas solas o con la ayuda de la investigadora. Esto podría hacer hincapié en los que los autores Gratz y Roemer (2004) exponen sobre diferencia en habilidades de regulación emocional de conciencia y en claridad que presentan ambos géneros. También fue el sexo masculino quien presentó mayores niveles en la escala de estrés percibido con una media de 32,25 puntos (en relación a un promedio de 28,08 de la escala total). Todo esto puede vincularse con lo que propone Fernández (2013), donde el estresor (en este caso la enfermedad) no es el único componente importante sino también la posibilidad de poder manejar o no el estímulo que causa el desequilibrio, con sus consecuentes emociones de impotencia o de sensación de control para hacer frente al estresor, es determinante en el proceso de adaptación o enfermedad.

Por último, puede verse en la figura 11 y tabla de contenido 16 que las variables de estrés y dificultades en la regulación emocional tienen una relación moderada entre ellas, por lo que se sugiere la hipótesis que a medida que una persona presenta mayores dificultades en la regulación emocional, también presenta mayores niveles de estrés. En esta



muestra coincide ser el género masculino el que presenta mayores niveles de estrés y consecuentemente mayores puntajes en la escala de regulación emocional.

Limitaciones y futuras líneas de investigación

Si bien, el muestreo de tipo accidental no permite generalizar los resultados del proyecto a la población en general, se considera que a esto también lo dificultó el tamaño muestral en relación a la cantidad de voluntarios a los cuales se pudo acceder en el instituto.

En cuanto al procedimiento, también el diagnóstico de enfermedad y circunstancia en la que se encontraban los participantes dificultó en ocasiones la toma de datos y prolongó en varias oportunidades el tiempo estimativo que se suponía tendría la aplicación de las escalas y preguntas demográficas que se les realizaron a los voluntarios.

En cuanto al instrumento utilizado en la escala adaptada al español DERS-E, si bien la misma permite realizar un análisis completo de las dificultades en la regulación emocional gracias a la cantidad de ítems dispuestos para medir las 6 subescalas en cuestión, en ocasiones causaba cansancio y distracción en los participantes por lo que se considera la opción de haber utilizado la versión de la escala de 28 ítems de Hervás y Jódar (2008) para una población compleja como la de este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- Baillès, X. T. (2014). *Comprender el estrés*. Barcelona, España: Editorial Amat.
- Barbara L. Andersen, W. B.-K. (2004). Psychological, Behavioral, and Immune Changes After a Psychological Intervention: A Clinical Trial. *Journal of clinical oncology*, 17-22.
- Barret, L.F., & Gross, J.J. (2001). Emotional Intelligence. A process model of emotion representation and regulation. In Mayne, T.J & Bonano, G. (Eds.), *Emotions. Current issues and future directions*. New York, NY: Guilford Press.
- Barrett, L.F, Gross, J.J., Conner, T., & Benvenuto, M. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition & Emotion*, 15, 713-724.
- Ben-Eliyahu, S. (2003). The promotion of tumor metastasis by surgery and stress: Immunological basis and implications for psychoneuroimmunology. *Brain, Behavior, and Immunity*, 27-37.
- Bromberger, J., & Matthews, K. (1996). A longitudinal study of the effects of pessimism, trait anxiety, and life stress on depressive symptoms in middle-aged women. *Psychology and aging*, 11, 207-213.
- Cole, P.M., Michel, M.K., & Teti, L.O. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: a clinical perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 73-100.
- Cole, P., Martin, S., & Dennis, T. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Challenges and directions for child development research. *Child Development*, 75, 317-333.



Cólica, P. R. (2012). Estrés: lo que usted querría preguntar y debe conocer. Córdoba, Argentina: Editorial Brujas.

Eduardo Bologna. (2012). Estadística para psicología y educación. Argentina: Editorial Brujas.

Elad Neeman, S. B.-E. (2013). Surgery and stress promote cancer metastasis: New outlooks on perioperative mediating mechanisms and immune involvement . *Brain, Behavior, and Immunity* , 32–40.

Fabrice Duval, F. G. (2010). Neurobiología del estrés. *REV CHIL NEURO-PSIQUIAT*, 307-318.

Glaser, R. (2005). Stress-associated immune dysregulation and its importance for human health: a personal history of psychoneuroimmunology. *Brain, Behavior, and Immunity*, 3-11.

Gratz, K., y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.

Gratz, K., y Roemer, L. (2008). The Relationship Between Emotion Dysregulation and Deliberate Self-Harm Among Female Undergraduate Students at an Urban Commuter University. *Cognitive Behaviour Therapy*, 37, 14-25.

Guillén, J. M. (2015). Eficacia-efectividad del programa de reducción del estrés basado en la conciencia plena (MBSR): actualización . *Revista Asoc. Esp. Neuropsiq*, 289-307.

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio (2003). Metodología de la Investigación. Tercera edición. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Julio C. Klinger, J. A. (2005). La psiconeuroinmunología en el proceso salud enfermedad. *Colombia Médica*, 120-129.
- Koebel, C. M. (2007). Adaptive immunity maintains occult cancer in an equilibrium state. Nature Publishing Group.
- Lisa M. Thornton, B. L. (2007). Individual trajectories in stress covary with immunity during recovery from cancer diagnosis and treatments. *Brain, Behavior, and Immunity*, 185–194.
- Ljudmila Stojanovich, D. M. (2008). Stress as a trigger of autoimmune disease. *Autoimmunity reviews*, 209-213.
- Manuel S. Ortiz, J. F. (2014). How stress gets under the skin o cómo el estrés psicológico se introduce bajo la piel. *rev Med chile*, 767-774.
- María Isabel Peralta-Ramírez, Humbelina Robles-Ortega, Nuria Navarrete-Navarrete, Juan Jiménez-Alonso. (2009). Aplicación de la terapia de afrontamiento del estrés en dos poblaciones con alto estrés: pacientes crónicos y personas sanas. *Salud Mental*, 251-258.
- Martínez, O. F. (2013). Mis recetas anticáncer. Barcelona, España: Editorial Urano.
- Moscoso, M. S. (2009). De la mente a la célula: impacto del estrés psiconeuroinmunoendocrinología. *LIBERABIT*, 143-152.
- Navas, C., Villegas, H., Hurtado, R., & Zapata, E. (2007). Programa de intervención psicoeducativo para el apoyo del paciente con cáncer . *Revista Venezolana de Oncología*, 84-93.



- Paulina C. Mera, M. O. (2012). La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la Calidad de Vida de Mujeres Con Cáncer de Mama . *Terapia psicológica*, 69-78.
- Thompson, R.A. (1994b). The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25-52.
- Thompson, R.A., & Calkins, S.D. (1996). The double-edged sword: Emotion regulation in high risk children. *Development and Psychopathology*, 8, 163-182.
- Thompson, R.J., Dizen, M., & Berenbaum, H. (2009). The unique relations between emotional awareness and facets of affective instability. *Journal of Research in Personality*, 43, 875-879.
- Webb, T., Miles, P., & Sheeran, E. (2012). Dealing with feeling: a meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. *Psychological Bulletin*, 138, 775-808.

Anexo A.

Consentimiento Informado

La presente investigación es conducida por Lobo Paula, alumna de la Universidad Siglo 21. El objetivo de este trabajo es describir los valores de percepción de estrés, las estrategias cognitivas de regulación emocional y las variables demográficas presentes en la población de estudio. Para la realización de la misma se otorgará al voluntario dos escalas a completar para conocer los niveles de estrés y las estrategias de regulación emocional.

La participación en este trabajo es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera del estricto objetivo educativo. Sus respuestas a las escalas y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Desde ya agradezco su participación.

Habiendo recibido la información necesaria, y saldando todas mis dudas acerca del trabajo que se realizara, acepto a participar voluntariamente del mismo.

Firma del Participante

Nombre de la responsable de la investigación

Firma

Anexo B.

Escala de Estrés Percibido - *Perceived Stress Scale (PSS)* – versión completa 14 ítems.

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**. En cada caso, por favor indique redondeando la opción más cercana a cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4

4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4

10. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

Anexo C.

Escala de dificultades en la regulación emocional (DERS)

Por favor, indique con qué frecuencia las siguientes afirmaciones se le pueden aplicar. Para ello, utilice la escala que se presenta a continuación:

1	2	3	4	5
casi nunca	a veces	casi la mitad del tiempo	la mayor parte del tiempo	casi siempre
(0-10%)	(11-35%)	(36-65%)	(66-90%)	(91-100%)

	1	2	3	4	5
1. Yo entiendo mis sentimientos.					
2. Presto atención a cómo me siento.					
3. Yo experimento mis emociones como sobrecogedoras y fuera de control.					
4- No tengo ni idea de cómo me siento					
5. Me cuesta entender mis sentimientos					
6. Estoy atento/a mis sentimientos.					
7. Sé exactamente cómo me siento.					



8. Me importa lo que estoy sintiendo.					
9. Me siento confuso/a acerca de cómo me siento.					
10. Cuando estoy disgustado/a, yo admito mis emociones.					
11. Cuando estoy molesto/a, me enfado conmigo mismo/a por sentirme así.					
12. Cuando me disgusto, me da vergüenza sentirme así.					
13. Cuando me disgusto, me cuesta hacer mi trabajo.					
14. Cuando me altero, pierdo el control.					
15. Cuando me disgusto, creo que voy a permanecer disgustado/a por mucho tiempo					
16. Cuando me disgusto, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido/a.					
17. Cuando me altero, creo que mis sentimientos son válidos e importantes.					
18. Cuando me enfado, me cuesta centrarme en otras cosas.					
19. Cuando me altero, me siento fuera de control.					
20. Cuando estoy disgustado/a, yo sigo pudiendo acabar mis tareas.					
21. Cuando me altero, me siento avergonzado/a por sentirme así					

22. Cuando me disgusto, sé que puedo encontrar una forma de sentirme mejor eventualmente.					
23. Cuando me altero, siento que soy débil.					
24. Cuando estoy molesto/a, siento que puedo seguir controlando mi conducta.					
25. Cuando me disgusto, me siento culpable por sentirme así.					
26. Cuando me altero, me cuesta concentrarme.					
27. Cuando estoy disgustado/a, me cuesta controlar mis comportamientos.					
28. Cuando me disgusto, creo que no hay nada que pueda hacer para sentirme mejor.					
29. Cuando estoy disgustado/a, me irrito conmigo mismo/a por sentirme así.					
30. Cuando me altero, empiezo a sentirme muy mal acerca de mí mismo/a.					
31. Cuando me disgusto, creo que lo único que puedo hacer es revolcarme en mi disgusto.					
32. Cuando me enfado, pierdo el control sobre mis comportamientos.					
33. Cuando estoy disgustado/a, tengo dificultades para pensar en ninguna otra cosa.					
34. Cuando me disgusto, me tomo el tiempo para darme cuenta de lo que estoy sintiendo de verdad.					



Lobo Paula

Licenciatura en Psicología

Legajo: PSI01733

35. Cuando estoy disgustado/a, me lleva mucho tiempo sentirme mejor.					
36. Cuando me altero, mis emociones parecen abrumadoras.					

Anexo D.

Datos demográficos.

Género.

Edad.

Estado Civil.

¿Con quién vive?

¿Cómo está compuesta su familia?

¿Vino acompañado al instituto?

Situación laboral actual.