

Regulación emocional, autoeficacia, salud y conflicto en parejas de pacientes con cardiopatía o cáncer*

Emotional regulation, self-efficacy, health, and conflict in heart disease or cancer patient's partners

Recibido: 14 julio 2022 | Aceptado: 26 junio 2023

EVELYN AISLYN TORRES QUINTERO^a

Universidad Nacional Autónoma de México, México

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5564-3375>

ROZZANA SÁNCHEZ ARAGÓN

Universidad Nacional Autónoma de México, México

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5952-8972>

RESUMEN

Las enfermedades crónico-degenerativas afectan no solo a quienes las padecen, sino también a sus parejas, quienes suelen involucrarse en la problemática y experimentar emociones cuya regulación resulta fundamental evaluar con miras a su calidad de vida, brindándoles herramientas para enfrentar de mejor manera su situación; no obstante, la investigación en este terreno es pobre, por lo que el objetivo de este análisis fue explorar las posibles diferencias en el uso, frecuencia y autoeficacia en el ejercicio de las estrategias de regulación emocional, salud y motivos de conflicto por sexo, enfermedad de la pareja y escolaridad en 130 parejas de pacientes con cardiopatía y 131 parejas de pacientes con cáncer. Tras realizar algunos análisis de varianza (ANOVA) se encontró que las mujeres reportaron más motivos de conflicto, que las parejas de pacientes con cardiopatía hacían más uso de supresión expresiva y que las de pacientes con cáncer percibieron menor calidad de vida; en contraparte, quienes tenían alta escolaridad reportaron mejor calidad de vida, mientras que los de baja escolaridad indicaron más motivos de conflicto. Estos datos ponen en evidencia el impacto de las cardiopatías y el cáncer, así como su sobrecarga en la regulación emocional, la salud y el conflicto reportados por las parejas de los pacientes.

Palabras clave

regulación emocional; autoeficacia; salud; motivos de conflicto; parejas; cáncer; cardiopatía.

^a Autor de correspondencia. Correo electrónico: aislynquintero@hotmail.com

Para citar este artículo: Torres Quintero, E. A. & Sánchez Aragón, R. (2024). Regulación emocional, autoeficacia, salud y conflicto en parejas de pacientes con cardiopatía o cáncer. *Universitas Psychologica*, 22, 1-15. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy22.reas>

ABSTRACT

Chronic-degenerative diseases affect not only those who suffer from them, but also their partners, who often get involved in the problem and experience emotions whose regulation is essential for their quality of life, providing them with tools to better face their situation. However, research in this area is poor. Therefore, the objective of this research was to explore the possible differences in the use, frequency, and self-efficacy in the exercise of emotional regulation strategies, health, and reasons for conflict by sex, partner illness, and schooling in 130 couples of heart disease patients and 131 partners of cancer patients. After performing

some analysis of variance (ANOVA), it was found that women reported more reasons for conflict, the partners of patients with heart disease made more use of expressive suppression and those of cancer patients perceived lower quality of life; On the other hand, those who had high education reported better quality of life, and those with low education indicated more reasons for conflict. These data highlight the impact of heart disease and cancer as well as their overload on emotional regulation, health, and conflict reported by the patients' partners.

Keywords

emotional regulation; self-efficacy; health; reasons for conflict; partners; cancer; heart disease.

Salud y calidad de vida

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Official Records of the World Health Organization, 1948, p. 100). Por este motivo, la salud está determinada por el correcto funcionamiento del organismo, salud mental y social, provisión de recursos y bienestar subjetivo (Herrero, 2016).

Aunado a este concepto, en la década de los setenta surgió el término Calidad de Vida (CV), el cual, además de considerar el contexto individual, familiar y social, tiene en cuenta el estado físico, psicológico y económico; las interacciones sociales, y la valoración subjetiva que el propio individuo tiene sobre su bienestar (Soto & Failde, 2004; Lopera Vásquez, 2020).

En consecuencia, la enfermedad afecta no solo el estado físico, sino también el psicológico, la economía y el círculo social, máxime cuando se trata de aquellas enfermedades con más posibilidad de conducir a la muerte, como lo son las cardiopatías y el cáncer (Herrero, 2016).

En México, las cardiopatías, por una parte, causan aproximadamente 150 mil muertes al año (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2021). Estos padecimientos tienen como consecuencia un deterioro en la funcionalidad física, psicológica y social del individuo al obstaculizar la oxigenación (Soto Telemaco & Ramos Gil, 2020; Granillo Velasco & Sánchez Aragon., 2020b; Soto & Failde, 2004).

Por otra parte, el cáncer se caracteriza por una multiplicación rápida de células anormales (OMS, 2021), que ocasionó 366 618 decesos en México en la década del 2010 al 2020 (INEGI, 2021). Algunos estudios han encontrado que el cáncer decreta la CV cuando se cuenta con 5 años o más de diagnóstico, 60 años de edad o más, analfabetismo, pobreza, comorbilidades, apoyo negativo, disfuncionalidad familiar, entre otros (Akel et al., 2017; Gallardo Alonso, 2010; Guan et al., 2020).

Estas enfermedades también afectan al círculo social del paciente, porque este atraviesa su proceso de aceptación y adaptación de la enfermedad (Mesa-Gresa et al., 2017). Se ha hallado que las Parejas de Pacientes con Cardiopatía (PPCR) presentan dificultades para dormir, cansancio y preocupación debido a emergencias del paciente, así como afectaciones en su vida social y mayor dolor corporal, específicamente, en mujeres que están dispuestas a sacrificarse por su pareja (Broström et al., 2003; Granillo Velasco et al., 2020).

Por su parte, en Parejas de Pacientes con Cáncer (PPCN) se ha encontrado que estas sufren de desgaste emocional, insomnio, reacciones exageradas a las críticas, resentimiento hacia el paciente, alteración en la atención y la memoria, aislamiento, etc. (Martínez Debs et al., 2019; Oechsle et al., 2019; Hudson et al., 2004).

En la relación de pareja se encuentran soportes sociales y afectivos (Maureira, 2011), lo que la convierte en un vínculo importante en la vida de las personas. Sin embargo, con la enfermedad puede percibirse en el paciente limitaciones para realizar sus actividades cotidianas, lo cual incrementa el estrés y otras emociones que facilitan los conflictos de pareja (López Ibor, 2007; Shoubhi et al., 2006), por lo que se vuelve central el estudio de las estrategias de regulación emocional y su autoeficacia al ejecutarlas.

Regulación emocional: su uso, frecuencia y autoeficacia

Las emociones pueden ser conscientes y es posible regularlas cambiando el significado que se le da a una situación (Gross, 2007). La Regulación Emocional (RE) consiste en emplear distintas estrategias para iniciar, mantener o inhibir la frecuencia, magnitud, forma o duración de las emociones, atención o respuesta conductual a estados emocionales, con el fin de adaptarse social o biológicamente (Eisenberg & Spinrad, 2004). Son dos las estrategias de RE que destacan por ser las más usadas en la vida cotidiana: la Reapreciación Cognoscitiva (RC) y la Supresión Expresiva (SE) (Gross, 2007).

La RC tiene como objetivo una reevaluación cognitiva que hace que las personas sean más analíticas y desapegadas emocionalmente. En contraste, la SE consiste en inhibir u ocultar las respuestas conductuales de las emociones después de experimentar la emoción, lo que le exige un gran esfuerzo a la persona, generando ansiedad, depresión, bajos niveles de autoestima, dificultad en las relaciones interpersonales, entre otros (Sánchez Aragón et al., 2008; John & Gross, 2007; Porro et al., 2012).

Además de las estrategias de RE (acuerdo y frecuencia con su uso), es importante considerar la autoeficacia en su ejecución, es decir, las creencias acerca de las capacidades propias respecto al dominio de su ejecución. Cuando las personas se sienten capaces de controlar sus pensamientos, regulan la emoción con más facilidad y reducen los niveles de ansiedad y comportamiento evitativo (Bandura, 1994).

Se ha observado que existe una asociación entre la RE y la salud: por ejemplo, un uso adecuado de las estrategias de RE promueve un mejor funcionamiento cardiovascular (Núñez Martín & Castillo Gualda, 2019) y decremента el riesgo de desarrollar enfermedades del corazón (Kubzansky et al., 2011).

Asimismo, en pacientes con cáncer, una adecuada RE es un buen predictor para su salud y la calidad de su relación, ya que la pareja se beneficia por la inteligencia emocional de sus miembros (Peinado Portero, 2015).

Por su parte, las PPCR suelen experimentar emociones negativas, como ansiedad, debido a la creencia de que la actividad física puede causar un evento cardiaco (Köhler et al., 2016). En este sentido, Aerts et al. (2019) encontraron que, en pacientes con cáncer y sus cuidadores, el uso de la RC se relacionó con menos preocupación y menos ansiedad después de una cirugía, sin embargo, la SE se asoció con el decremento de memoria.

Asimismo, se ha encontrado que una alta autoeficacia en cuidadores primarios se relaciona con la habilidad de controlar pensamientos y el alivio a la sobrecarga (Cheng et al., 2018), ya que la autoeficacia actúa como un mediador positivo en la regulación emocional y la severidad en la depresión (Barmann, 2015).

En lo referente al sexo, se ha observado que los hombres hacen más uso de la SE y que, al aumentar el uso de la RC, incrementa a su vez el uso de la SE, mientras que las mujeres son más conscientes de sus emociones y tienen más estrategias de regulación emocional en su repertorio (Sánchez Aragón & Méndez Canales, 2011; Goubet & Chryssikou, 2019; Yeh et al., 2017).

De acuerdo con algunos estudios, una escolaridad alta predice mayor uso de estrategias constructivas de RE (Kubansky et al., 2011), lo cual puede deberse a que la educación escolarizada brinda información que favorece el desarrollo de algunas capacidades vinculadas a la RE (Cáceres-Manrique et al., 2015).

Relación de pareja y conflicto

La experiencia de emociones y la necesidad de regularlas parten, entre otras cosas, de los procesos propios de la relación (incluso los derivados de la enfermedad, pero que se mezclan con los procesos normales que se dan en la interacción cotidiana de sus miembros), por lo que a la par pueden surgir incompatibilidades que dan pie al conflicto entre ellos (Rubin et al., 1994). Algunos de los motivos de estas disparidades entre los miembros de la diada pueden ser: intereses, economía, familia política,

educación de los hijos, actividades recreativas, hábitos, tiempo, personalidad, celos, ideología, comunicación, trabajo, religión y sexualidad (Arnaldo Ocadiz, 2001).

En pacientes con cardiopatía, se ha encontrado que una sobreprotección por parte de las esposas (de acuerdo con un estudio en el que se entrevistaron a pacientes hombres y a sus parejas), la sexualidad, los eventos hirientes, las actividades de la pareja, la indiferencia y las adicciones desencadenan conflictos (Thompson et al., 1995; Granero Molina et al., 2002; López González & Veloso Pérez, 2005; Parodi, 2013; Saffari et al., 2017; Jiménez et al., 2000; Granillo Velasco et al. 2020; Bravo-Doddoli & Sánchez Aragón, 2021).

Por su parte, en parejas con cáncer, algunas variables que pueden desencadenar conflictos son la comunicación, las estrategias de afrontamiento, la intrusión y el bienestar emocional (Goldsmith & Miller, 2014; Daena et al., 2014; Acquati & Kayser, 2019).

La RE es importante en la salud de los cuidadores puesto que su CV puede verse afectada, debido a la sobrecarga de ser los principales acompañantes durante el proceso de la enfermedad en adultos (Díaz-Benítez & Rodríguez Martínez, 2014). No obstante, pocos estudios han investigado los efectos de la enfermedad en esta población. Por lo anterior, esta investigación tuvo por objetivo explorar las posibles diferencias en el uso, frecuencia y autoeficacia en el ejercicio de las estrategias de regulación emocional, salud y motivos de conflicto por sexo, escolaridad y enfermedad en las PPCR y las PPCN.

Método

Participantes

Se trabajó con 2 muestras no probabilísticas por cuota de parejas de pacientes de: 1) Cardiopatía: 130 adultos mexicanos (65 hombres y 65 mujeres), cuya edad fue de los 19 a 68 años ($M = 44.02$, $DE = 11.43$); 27.7 % tenían escolaridad de secundaria, 35.4 %, preparatoria,

y 36.25 %, licenciatura. El 71.5 % reportó estar casado, mientras que el 28.5 % vivir en unión libre. El 79.2 % tenía al menos un hijo. El tiempo de vivir juntos fue $M = 17.83$, $DE = 11.51$ años. 2) Cáncer: 131 adultos mexicanos (97 hombres y 34 mujeres), con edades de los 18 a los 70 años ($M = 46.89$, $DE = 10.086$) y cuya escolaridad era de secundaria (21.4 %), preparatoria (35.9 %) y licenciatura (42.7 %). El 69.5 % estaba casado y el 30.5 % vivía en unión libre. El 82.4 % reportó tener al menos un hijo. El tiempo de vivir juntos fue $M = 19.01$, $DE = 10.88$ años.

Tipo de estudio

Esta investigación se considera por su naturaleza comparativa, pues su propósito se orientó a explorar las diferencias que existen respecto a varios aspectos psicológicos (uso, frecuencia y autoeficacia de las estrategias de regulación emocional, salud y motivos de conflicto) por sexo, escolaridad y enfermedad del paciente (cardiopatía o cáncer) en sus parejas.

Instrumentos

Indicadores de Regulación Emocional (Granillo Velasco & Sánchez Aragón, 2020a). Evalúan el uso y frecuencia de las estrategias de RC y SE por medio de 2 reactivos con formato de respuesta tipo Likert, que constan de 2 formas de respuesta: una que evalúa el grado de acuerdo con el uso (1 = Totalmente en desacuerdo a 5 = Totalmente de acuerdo) y otra que evalúa la frecuencia del uso (1 = Nada a 5 = Mucho). Ambos indicadores, de acuerdo con Granillo Velasco y Sánchez Aragón (2020a), obtuvieron validez de contenido otorgada por 10 jueces expertos en la temática, con base en el acuerdo unánime de su pertinencia (aprobación del 100 %).

Escala de Auto-Eficacia percibida en el ejercicio de las Estrategias de Regulación Emocional (Sánchez Aragón et al., 2008). Evalúa la creencia de las personas respecto al dominio que tienen al ejecutar las estrategias de regulación emocional: RC y SE. La sección rasgo, consta de 10 reactivos con formato de respuesta tipo Likert, con 5

opciones de respuesta (1 = Nada capaz a 5 = Muy capaz); dichos ítems se agrupan en dos factores que en el proceso de validación del 2008 explicaron el 57.61 % de la varianza y cuyos coeficientes de confiabilidad Alpha de Cronbach son de 0.84 para SE (p. ej., “Me aferro a no demostrar mi estado emocional”) y 0.84 para RC (p. ej., “Reevalúo la situación y modifiqué mi reacción”).

Encuesta de Salud SF-36 (Sánchez Aragón *et al.*, 2017; Ware & Sherbourne, 1992). Evalúa la CV relacionada con la salud por medio de 42 reactivos con formato de respuesta tipo Likert, de 5 puntos. Por un lado, consta de 2 indicadores que evalúan la salud en general (1 = Mala a 5 = Excelente) y en comparación con la salud que se tuvo el año pasado (1 = Peor que el año pasado a 5 = Mejor que el año pasado); por otro lado, los reactivos restantes se encuentran distribuidos en 5 factores que explicaron el 65.36 % de la varianza y que arrojaron coeficientes de confiabilidad Alpha de Cronbach de moderados a altos (0.76 a 0.95): 1) Función Física ($\alpha = 0.94$), que se refiere a qué tanto el estado de salud actual limita a la persona a realizar actividades como caminar varias manzanas o centenares de metros; 2) Rol Físico ($\alpha = 0.95$), que mide qué tanto la salud actual impide a la persona hacer menos de lo que hubiera querido hacer; 3) Rol Emocional y Función Social ($\alpha = 0.93$), que cuestiona sobre los impedimentos para realizar las actividades cotidianas y sociales debido a algún problema emocional como estar triste, deprimido o nervioso; 4) Dolor Corporal ($\alpha = 0.83$), que evalúa qué tanto se ha sufrido de dolor en alguna parte del cuerpo durante el último mes; y 5) Vitalidad ($\alpha = 0.76$), que cuestiona sobre qué tanto en las últimas 4 semanas la persona se sintió calmada y tranquila.

Escala de Motivos de Conflicto en la Pareja (Arnaldo Ocadiz, 2001). Mide la frecuencia con la que se presentan diversos motivos de conflicto entre la pareja. Consta de 70 ítems en formato de respuesta tipo Likert, de 5 puntos de respuesta (1 = Nunca a 5 = Siempre), agrupados en 13 factores que explicaron el 66.10 % de la varianza y cuyo coeficiente Alpha de Cronbach total fue de 0.86: 1) Educación de

los hijos ($\alpha = 0.91$), consta de 9 reactivos (p.ej., “Forma en que disciplino a mis hijos”); 2) Ideología e Intereses ($\alpha = 0.86$), constituido por 10 reactivos (p.ej., “Diferentes puntos de vista sobre diversos temas”); 3) Actividades de la pareja ($\alpha = 0.82$), formado por 6 reactivos (p. ej., “Prefiere hacer otras cosas que pasar tiempo conmigo”); 4) Actividades propias ($\alpha = 0.84$), conformado por 7 reactivos (p. ej., “El tiempo que le dedico a mis actividades”); 5) Desconfianza ($\alpha = 0.79$), formado por 7 reactivos (p. ej., “Mi pareja me miente”); 6) Familia política ($\alpha = 0.74$), compuesto por 4 reactivos (p. ej., “Influencia de su familia”); 7) Religión ($\alpha = 0.84$), compuesto por 3 reactivos (p. ej., “Creencias religiosas diferentes”); 8) Personalidad ($\alpha = 0.82$), formado por 4 reactivos (p. ej., “Su carácter”); 9) Sexualidad ($\alpha = 0.82$), con 3 reactivos (p. ej., “la frecuencia con la que tenemos relaciones sexuales”); 10) Dinero/Irresponsabilidad ($\alpha = 0.74$), está constituido por 5 reactivos (p. ej., “El modo en que gasto el dinero”); 11) Celos ($\alpha = 0.72$), formado por 4 reactivos (p. ej., “Sale con personas del sexo opuesto”); 12) Adicciones ($\alpha = 0.65$), consta de 3 reactivos (p. ej., “Yo fumo”), y 13) Familia de origen ($\alpha = 0.74$), constituido por 3 reactivos (p. ej., “Influencia de mi familia”).

Procedimiento

La aplicación de los cuestionarios fue realizada en lugares públicos (albergues, hospitales, clínicas), casas y oficinas por estudiantes de psicología calificados, en los cuales pudieran encontrar participantes que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: ser mayor de 18 años, que tuviera una relación de pareja con alguien que estuviera enfermo(a) de alguna cardiopatía o algún tipo de cáncer, que al menos tuvieran 6 meses viviendo juntos y de relación de un año, con escolaridad mínima de secundaria y que accedieran de manera voluntaria, anónima y confidencial a participar en la investigación. A los participantes se les indicó que la investigación se refería a cuestiones personales y sobre sus relaciones de pareja y que sus datos se tratarían

solo con fines científicos. Asimismo, se pusieron a su disposición los resultados personales y se resolvieron dudas durante la aplicación. Se tomaron las consideraciones éticas, en cumplimiento de las reglas establecidas por la Ley de la Salud Mental del Distrito Federal (Jefatura de Gobierno, 2011), la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud (Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión, 2014) y la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013) sobre los principios éticos para la investigación médica con humanos.

Análisis de datos

Para cumplir con el objetivo de la presente investigación, se realizaron varios análisis de varianza (ANOVA) de 2X2 para conocer los efectos principales y de interacción en las variables en estudio, a partir del sexo y la enfermedad del paciente, así como por escolaridad y enfermedad del paciente.

Resultados

Tras realizar los análisis de varianza se encontraron diferencias estadísticamente significativas en algunos factores que operacionalizan a las variables en estudio. Los resultados indican que son los hombres quienes reportaron mayor autoeficacia en la ejecución de la SE y más frecuencia en los conflictos derivados de sus actividades. Por su parte, las mujeres reportaron más problemas en su vida cotidiana y social por el rol emocional y la función social y más conflictos de pareja por religión y por adicciones en comparación con los hombres (Tabla 1).

Tabla 1.
Efectos principales por sexo

Variable	Hombres (N)	Mujeres (N)	F	p
<i>Calidad de vida</i>				
Función física	1.67 (145)	1.60 (88)	F (1/229); 0.017	0.898
Rol físico	1.54 (145)	1.51 (88)	F (1/229); 0.014	0.905
Rol emocional y función social	1.66 (145)	1.91 (88)	F (1/229); 5.442	0.02*
Dolor corporal	2.30 (145)	2.37 (88)	F (1/229); 0.406	0.525
Vitalidad	3.51 (145)	3.39 (88)	F (1/229); 1.01	0.316
<i>Autoeficacia</i>				
RC	3.58 (151)	3.40 (87)	F (1/234); 2.223	0.137
SE	3.34 (151)	3.06 (87)	F (1/234); 5.591	0.019*
<i>Motivos de conflicto</i>				
Hijos	2.12 (156)	2.03 (95)	F (1/247); 0.104	0.747
Indiferencia	2.14 (156)	2.2 (95)	F (1/247); 0.178	0.674
Actividades de pareja	2.18 (155)	2.32 (89)	F (1/240); 1.071	0.32
Actividades propias	2.43 (152)	2.12 (96)	F (1/244); 5.807	0.017*
Desconfianza	2.11 (156)	2.18 (95)	F (1/247); 0.254	0.61
Familia política	2.1 (155)	2.2 (89)	F (1/240); 1.761	0.186
Religión	1.44 (152)	1.69 (96)	F (1/244); 4.953	0.027*
Personalidad	3.05 (156)	3.09 (95)	F (1/247); 0.016	0.898
Sexualidad	2.46 (152)	2.5 (96)	F (1/244); 0.025	0.875
Dinero	2.45 (152)	2.54 (96)	F (1/244); 0.934	0.335
Celos	3.09 (152)	3.22 (96)	F (1/244); 0.797	0.373
Adicciones	1.67 (155)	1.88 (89)	F (1/240); 4.742	0.03*
Familia de origen	1.98 (155)	1.75 (89)	F (1/240); 1.656	0.199

*p < 0.05.

En lo que respecta a los efectos principales por enfermedad de la pareja, se encontró que las PPCN se sentían más limitadas en su función física y reportaron más motivos de conflicto por su familia de origen que las PPCR (Tabla 2).

Tabla 2.
Efectos principales por enfermedad de la pareja

Variable	Cardiopatía (N)	Cáncer (N)	F	p
<i>Calidad de vida</i>				
Función física	1.54 (118)	1.75 (115)	F (1/229); 4.183	0.042*
Rol físico	1.5 (118)	1.56 (115)	F (1/229); 0.312	0.577
Rol emocional y función social	1.75 (118)	1.77 (115)	F (1/229); 0.549	0.459
Dolor corporal	2.32 (118)	2.33 (115)	F (1/229); 0.043	0.837
Vitalidad	3.46 (118)	3.46 (115)	F (1/229); 0.079	0.778
<i>Autoeficacia</i>				
RC	3.41 (119)	3.62 (119)	F (1/234); 3.52	0.062
SE	3.2 (119)	3.27 (119)	F (1/234); 0.002	0.962
<i>Motivos de conflicto</i>				
Hijos	2.0 (125)	2.18 (126)	F (1/247); 0.104	0.227
Indiferencia	2.18 (125)	2.15 (126)	F (1/247); 0.178	0.9
Actividades de pareja	2.26 (125)	2.19 (119)	F (1/240); 0.056	0.302
Actividades propias	2.23 (125)	2.39 (123)	F (1/244); 0.669	0.414
Desconfianza	2.18 (125)	2.1 (126)	F (1/247); 0.254	0.539
Familia política	2.04 (125)	2.23 (119)	F (1/240); 3.49	0.186
Religión	1.55 (125)	1.52 (123)	F (1/244); 0.093	0.761
Personalidad	3.1 (125)	3.01 (126)	F (1/247); 0.016	0.403
Sexualidad	2.49 (125)	2.46 (123)	F (1/244); 0.025	0.837
Dinero	2.45 (125)	2.53 (123)	F (1/244); 0.934	0.359
Celos	3.14 (125)	3.14 (123)	F (1/244); 0.797	0.817
Adicciones	1.74 (125)	1.76 (119)	F (1/240); 0.536	0.465
Familia de origen	1.75 (125)	2.05 (119)	F (1/240); 5.028	0.026*

*p < 0.05.

Los datos también arrojaron que son las mujeres PPCR quienes están más de acuerdo con el uso SE, seguidas de los hombres PPCN y, por último, casi de igual manera, por hombres PPCR y mujeres PPCN (Tabla 3).

Tabla 3.
Efectos de interacción de sexo y enfermedad de la pareja

Variable	Hombres		Mujeres		F	p
	Cáncer (N)	Cardiopatía (N)	Cáncer (N)	Cardiopatía (N)		
<i>Calidad de vida</i>						
Función física	1.73 (86)	1.58 (59)	1.8 (29)	1.5 (59)	F (1/229); 0.517	0.473
Rol físico	1.54 (86)	1.53 (59)	1.6 (29)	1.47 (59)	F (1/229); 0.312	0.577
Rol emocional y función social	1.71 (86)	1.6 (59)	1.93 (29)	1.9 (59)	F (1/229); 0.162	0.688
Dolor corporal	2.32 (86)	2.27 (59)	2.35 (29)	2.38 (59)	F (1/229); 0.141	0.707
Vitalidad	3.5 (86)	3.51 (59)	3.34 (29)	3.41 (59)	F (1/229); 0.064	0.8
<i>Autoeficacia</i>						
RC	3.64 (89)	3.5 (62)	3.56 (30)	3.31 (57)	F (1/234); 0.311	0.578
SE acuerdo	3.25 (27)	3.09 (48)	3.04 (27)	3.6 (48)	F (1/202); 4.435	0.036*
<i>Motivos de conflicto</i>						
Hijos	2.2 (94)	2.01 (62)	2.11 (32)	2.23 (63)	F (1/247); 0.104	0.778
Indiferencia	2.16 (94)	2.12 (62)	2.12 (32)	2.23 (63)	F (1/247); 0.178	0.487
Actividades de pareja	2.19 (92)	2.15 (63)	2.2 (27)	2.37 (62)	F (1/240); 0.570	0.451
Actividades propias	2.45 (90)	2.4 (62)	2.24 (33)	2.05 (63)	F (1/244); 0.34	0.56
Desconfianza	2.11 (94)	2.11 (62)	2.06 (32)	2.25 (63)	F (1/247); 0.254	0.387
Familia política	2.21 (92)	1.92 (63)	2.27 (27)	2.16 (62)	F (1/240); 0.485	0.788
Religión	1.51 (90)	1.33 (62)	1.55 (33)	1.76 (63)	F (1/244); 2.708	0.101
Personalidad	2.98 (94)	3.16 (62)	3.12 (32)	3.07 (63)	F (1/247); 0.016	0.355
Sexualidad	2.5 (90)	2.41 (62)	2.35 (33)	2.57 (63)	F (1/244); 0.043	0.304
Dinero	2.5 (90)	2.39 (62)	2.6 (33)	2.51 (63)	F (1/244); 0.844	0.938
Celos	3.1 (90)	3.08 (62)	3.25 (33)	3.2 (63)	F (1/244); 0.054	0.949
Adicciones	1.72 (92)	1.61 (63)	1.9 (27)	1.88 (62)	F (1/240); 0.147	0.702
Familia de origen	2.1 (92)	1.81 (63)	1.9 (27)	1.68 (62)	F (1/240); 0.065	0.798

*p < 0.05.

Los datos también indican que aquellos que terminaron una licenciatura sintieron menos limitaciones en su función y rol físicos: se sentían con más vitalidad, describían tener una mejor salud general y percibieron más autoeficacia en RC, en comparación con las personas que terminaron sus estudios en la secundaria y preparatoria. Por su parte, las personas que estudiaron hasta la secundaria reportaron tener más motivos de conflicto por dinero, familia política e hijos, en comparación con las personas con educación media superior y superior (Tabla 4).

Tabla 4.
Efectos principales por escolaridad

Variable	Secundaria (N)	Preparatoria (N)	Licenciatura (N)	F	p
<i>Calidad de vida</i>					
Función física	1.85 (59)	1.64 (82)	1.52 (91)	F (2/226); 4.27	0.015*
Rol físico	1.83 (59)	1.56 (82)	1.31 (91)	F (2/231); 12.029	0.000***
Rol emocional y función social	1.8 (59)	1.85 (82)	1.63 (91)	F (2/226); 1.77	0.173
Vitalidad	3.24 (59)	3.29 (82)	3.77 (91)	F (2/232); 9.55	0.000***
Dolor	2.51 (59)	2.3 (82)	2.24 (91)	F (2/226); 1.96	0.143
Salud	3.24 (58)	3.33 (84)	3.71 (95)	F (2/231); 7.626	0.001**
Salud general	3.58 (58)	3.7 (84)	3.99 (95)	F (2/231); 6.489	0.002**
<i>Autoeficacia en estrategias de RE</i>					
RC	3.54 (58)	3.32 (332)	3.67 (3.67)	F (2/236); 5992	0.003**
SE	3.38 (58)	3.26 (84)	3.14 (95)	F (2/231); 1.617	0.201
<i>Motivos de conflicto</i>					
Hijos	2.38 (63)	2.21 (91)	1.77 (96)	F (2/244); 8.66	0.000***
Indiferencia	1.24 (63)	2.31 (91)	2.03 (96)	F (2/244); 2.684	0.07
Actividades de la pareja	2.29 (58)	2.36 (88)	2.95 (97)	F (2/242); 2.785	0.064
Actividades propias	2.47 (57)	2.29 (92)	2.22 (98)	F (2/241); 1.626	0.199
Desconfianza	2.06 (63)	2.17 (91)	2.14 (96)	F (2/244); 0.356	0.7
Familia política	2.36 (58)	2.13 (88)	2 (97)	F (2/237); 3.086	0.048*
Religión	1.47 (57)	1.54 (92)	1.55 (98)	F (2/241); 0.168	0.845
Personalidad	3.08 (63)	3.15 (91)	2.96 (96)	F (2/244); 1.046	0.35
Sexualidad	2.57 (57)	2.57 (92)	2.32 (98)	F (2/241); 1.467	0.233
Dinero	2.63 (57)	2.6 (92)	2.29 (98)	F (2/241); 1.461	0.013*
Celos	2.9 (57)	3.18 (92)	3.24 (98)	F (2/241); 1.789	0.169
Adicciones	1.79 (58)	1.73 (88)	1.74 (97)	F (2/237); 0.111	0.895
Familia de origen	1.87 (58)	1.96 (88)	1.84 (97)	F (2/242); 0.547	0.58

*p < 0.05.

**p < 0.01.

***p < 0.001.

Discusión

El objetivo de esta investigación fue explorar las posibles diferencias en el uso, frecuencia y autoeficacia en el ejercicio de las estrategias de regulación emocional, salud y motivos de conflicto por sexo, escolaridad y enfermedad en las PPCR y PPCN.

En lo referente a los efectos principales por sexo, los resultados arrojaron que los hombres son quienes reportan más autoeficacia en el uso de la SE y más conflictos con su pareja por las actividades propias. Quizá por su entrenamiento durante el proceso de socialización, en el que se favorece la inhibición de su experiencia y expresión emocional, los varones suelen utilizar con más frecuencia SE (Sánchez Aragón & Méndez Canales, 2011). Por su parte, los conflictos por actividades propias pueden ser explicados porque, con la presencia de la enfermedad en la pareja y el cumplimiento de las actividades que tienen, se generen incompatibilidades en los tiempos y atención proporcionada, lo que conlleva a dificultades para encontrar un balance entre el trabajo, las labores encaminadas al apoyo de la

pareja enferma y la familia (Blanchard Fields & Chen, 1997).

Asimismo, los resultados mostraron que son ellas quienes reportan más problemas en cuanto al rol emocional y función social, así como más conflictos por religión y adicciones. Ello quizá se deba a que las mujeres son más proclives a sufrir depresión y ansiedad (Montesó-Curto et al., 2011; Belló et al., 2005; Berenzon Gorn et al., 2005; Sánchez López et al., 2006); además, pueden experimentar los efectos de las diferencias por los roles de género, trabajar o no fuera de casa, apoyo social bajo, estrés, sobrecarga por la enfermedad de la pareja, etc. Con respecto a los motivos de conflicto, a pesar de que casi no existe literatura al respecto, en algunos casos la religión causa tensión en las mujeres debido a que, en general, las confinan a una serie de obligaciones morales que favorecen al dominio masculino (Tarducci, 2001). Además, la transición de una familia tradicional a una contemporánea, en la que la ley apoya a la mujer liberada (Echeverri Ángel, 1998), puede crear tensión en la pareja y dar origen a conflictos. En cuanto al consumo de sustancias, son los hombres los principales consumidores de tabaco y alcohol (Secretaría de Salud, 2017a, 2017b), lo que puede explicar por qué las mujeres reportan más conflictos en este tema.

Cuando se trata de las diferencias causadas por efectos principales de la enfermedad del paciente, se encontró que las PPCN sentían menos problemas en su función física y reportaron más conflictos debido a la familia de origen que las PPCR. Esto puede explicarse a partir de lo señalado en el resultado anterior, es decir que las parejas de estos pacientes sufren de preocupación y sobrecarga de trabajo (Díaz-Benítez & Rodríguez Martínez, 2014), lo que las desgasta y las limita en otras actividades que exigen esfuerzos físicos (Sánchez Aragón et al., 2017). Además, en cuidadores primarios de pacientes con cáncer, se ha encontrado que aquellos sufren de baja autoestima, desgaste emocional, insomnio, desesperanza, resentimiento hacia el paciente, alteración en la atención y la memoria, cansancio y aislamiento (Martínez Debs et al., 2019; Hudson et al., 2004). La sobrecarga que

presentan las PPCN puede ser la explicación de su baja función física, la cual es menor que en PPCR (Granillo Velasco et al., 2020).

Respecto a los conflictos por la familia de origen, esto puede deberse a que esta opine o interfiera en las decisiones de la pareja, que se preocupe por el desgaste físico de quien cuida o que en la organización de los cuidados del o la paciente haya inequidades, entre otros factores que pudieran impactar en la relación de la pareja (Batista da Costa et al., 2015).

Pasando a los efectos de interacción por sexo y enfermedad, los resultados arrojaron que son las mujeres PPCR quienes muestran más acuerdo con el uso de la estrategia de SE, seguidas de los hombres PPCN y, por último, por hombres PPCR y mujeres PPCN. Estos resultados se contradicen con lo hallado por Sánchez Aragón y Méndez Canales (2011), quienes encontraron que son los hombres quienes usan con más frecuencia esta estrategia. Sin embargo, se ha reportado que las mujeres PPCR, que suelen estar dispuestas a sacrificarse por el bienestar de su pareja, se ven afectadas por su enfermedad, lo que podría explicar que prefieran suprimir sus emociones para que su pareja no se preocupe por ellas (Granillo Velasco et al., 2020). Si bien este hallazgo fue significativo, hay que señalar que no hay literatura suficiente con la cual contrastar los resultados encontrados. Sin duda, el papel que juega la pareja del o la paciente es fundamental para la aceptación y enfrentamiento de la enfermedad, lo cual puede comprometerle a ocultar sus emociones.

En lo tocante a los efectos principales por escolaridad, se encontró que aquellos participantes que terminaron una licenciatura describían tener una mejor salud en general, más vitalidad, mejor función y rol físicos y más autoeficacia en la RC, a comparación de las personas que terminaron sus estudios en la secundaria y preparatoria. Estos resultados concuerdan con otros estudios que revelan que la CV aumenta en función de la escolaridad, lo que puede deberse a que un nivel de educativo brinda más oportunidades a las personas para cuidarse más y poder atenderse cuando tienen algún tipo de síntoma (Yasuko et al., 2005;

Dueñas González et al., 2009; Cáceres-Manrique et al., 2018; Soria-Romero & Montoya- Arce, 2017; Pons Delgado et al., 2018). Asimismo, una mayor escolaridad se ha asociado a mejores habilidades emocionales (Ruvalcaba et al., 2012), que pueden favorecer un mayor acceso a personas que pueden brindarles apoyo en momentos de necesidad.

A pesar de la carencia en investigaciones sobre la relación entre la autoeficacia en la RC y el nivel educativo, la relación entre autoeficacia y escolaridad ha sido reportado en otros estudios (Serra Taylor & Irizarry Robles, 2015; Campos & Pérez, 2007), que indica que el nivel educativo provee conocimientos y habilidades que brindan mayor eficacia percibida en diferentes ámbitos de la vida, lo que podría incluir a la autoeficacia en la RC.

Por su parte, las personas que estudiaron hasta la secundaria reportaron tener más motivos de conflicto con su pareja debido a sus hijos, el dinero y la familia política, en comparación con las personas con educación media superior y superior.

Respecto al tema de los hijos, en primer lugar, una baja escolaridad guarda relación con el maltrato físico hacia los hijos (Yachimba 2013), mientras que una mayor educación de los padres está asociada a un estilo parental inductivo, comunicación afectiva hacia los hijos y un mejor desempeño académico de estos (Ruvalcaba et al., 2012; Tapia et al., 2017), por lo que las parejas que estudiaron hasta la secundaria pueden tener menos acuerdo en la forma de educarlos.

En segundo lugar, se ha comprobado que una menor escolaridad se relaciona con un mayor índice de empleo informal, lo que, a su vez, se relaciona con menores ingresos (Ibarrola, 2019; Favila, 2017), por lo que no es de extrañar que las parejas cuya escolaridad llega hasta la secundaria tengan más conflictos por dinero.

Finalmente, la familia política puede tener una gran influencia en la relación de pareja, máxime en el contexto de la enfermedad, ya que las expectativas de cuidado hacia el paciente crecen y esto puede representar una presión para el cuidador, por lo que la familia política puede entrometerse de manera directa o indirecta,

generando conflictos entre sus miembros (Batista da Costa et al., 2015; Carreño & Morales, 2016).

A manera de conclusión, las PPCR y las PPCN suelen sufrir de sobrecarga debido a que frecuentemente asumen el rol de cuidadores primarios, por lo tanto, pueden sufrir desgaste físico, mental y emocional. Sin embargo, son pocos los estudios los que se han dado a la tarea de investigar sobre los efectos de la enfermedad en la salud de la pareja y en la relación.

El presente estudio arrojó que la enfermedad afecta de manera distinta a las parejas de los pacientes de acuerdo a su sexo, a la enfermedad de la pareja y a su escolaridad, siendo que las mujeres de ambos grupos reportaron más motivos de conflicto. las mujeres PPCN sufren más deterioro en su CV que las PPCR hombres, las PPCR mujeres hacen más uso de SE, las personas con educación superior tienen una mejor CV, y las personas que estudiaron hasta la secundaria reportaron más motivos de conflicto. Como limitaciones del presente estudio, se encontró la carencia de literatura sobre las parejas de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas que contribuyeran a la explicación de algunos de los datos obtenidos. Además, los Indicadores de Regulación Emocional no fueron validados expresamente por las muestras de este estudio. Hacia futuro, se podría profundizar más en el efecto de la sobrecarga en las parejas cuidadoras y la manera en la que llevan sus relaciones en diversos aspectos, incluso los efectos de esta en la dinámica familiar (cuando hay hijos y cuando no los hay).

Agradecimientos

Proyecto financiado por la Dirección General de Apoyo al Personal Académico (DGAPA-UNAM) IN 304919 “Factores Protectores y de Riesgo a la Salud en Parejas Sanas y con Enfermedades Crónico-Degenerativas”.

Referencias

Acquati, C., & Kayser, K. (2019). Dyadic coping across the lifespan: A comparison

- between younger and middle-aged couples with breast cancer. *Frontiers in Psychology*, 10(404), 1-18. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00404>
- Aerts, H., Van Vrekhem, T., Stas, L., & Marinazzo, D. (2019). The interplay between emotion regulation, emotional well-being, and cognitive functioning in brain tumor patients and their caregivers: An exploratory study. *Psycho-Oncology*, 28, 2068-2075. <https://doi.org/10.1002/pon.5195>
- Akel, R., El Darsa, H., Anouti, B., Mukherji, D., Temraz, S., Raslan, R., Tfayli, A., & Assi, H. (2017). Anxiety, depression, and quality of life in breast cancer patients in the levant. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 18(10), 2809-2816. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2017.18.10.2809>
- Arnaldo Ocadiz, O. Y. (2001). *Construcción y validación de un instrumento de conflicto para parejas mexicanas* [tesis inédita de licenciatura]. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. En V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). Academic Press (Reprinted in H. Friedman [Ed.], [1998], *Encyclopedia of mental health*. Academic Press).
- Barmann, C. M. (2015). *The roles of self-efficacy and avoidant coping as partial mediators between perceived emotion regulation and depressive symptoms in alzheimer's family caregivers*. Alliant International University.
- Batista da Costa C., Falcke, D. & Pereira Mossman, C. (2015). Marital conflicts in long-term marriages: Motives and feelings. *Psicologia em Estudo*. 20(3), 411-423. <http://10.4025/psicoestud.v20i3.27817>
- Belló, M., Puentes Rosas, E., Medina Mora, M.E. y Lozano, R. (2005). Prevalencia de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47(1), 4-11. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10609302>
- Berenzon Gorn, S., Tiburcio Sainz, M. y Medina Mora Icaza, M. E. (2005). Variables demográficas asociadas con la depresión: diferencias entre hombres y mujeres que habitan en zonas urbanas de bajos ingresos. *Salud Mental*, 28(6), 33-40. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252005000600033#:~:text=Las%20variables%20que%20se%20han,m%C3%A1s%20satisfechas%20con%20su%20vida.
- Blanchard Fields, F. & Chen, Y. (1997). Inter role conflict as a function of life stage, gender-related personality attributes. *Sex Roles*, 37(3-4), 155-174.
- Bravo-Doddoli, A. y Sánchez Aragón, R. (2021). Conflicto relacional y el estrés en el bienestar subjetivo y la satisfacción de parejas con cardiopatía. *Psicología y Salud*, 33(2), 307-321. <https://doi.org/10.25009/py.v31i2.2699>
- Broström. A., Strömberg, A., Dahlström, U., & Fridlund, B. (2003). Congestive heart failure, spouses' support and the couple's sleep situation: a critical incident technique analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 12(2),
- Cáceres-Manrique, F., Parra-Prada, L. y Pico-223-233. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00692.x>
- Espinosa, O. (2018). Calidad de vida relacionada con la salud en población

- general de Bucaramanga, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 20(2), 147-154. h <https://10.15446/rsap.V20n2.43391>
- Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Campos, S. y Pérez, J. C. (2007). Autoeficacia y conflicto decisional frente a la disminución del peso corporal en mujeres. *Revista Chilena de Nutrición*, 34(3) 213-218. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182007000300004&script=sci_arttext
- Carreño, J. y Morales, F. (2016). La familia política como factor de conflictos en la pareja con esterilidad. *Perinatología y reproducción Humana*, 30(2), 82-89. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rprh.2016.06.002>
- Cheng, X., Wu, X. & Wang, Y. (2018). Mothers' emotional expression and discipline and preschoolers' emotional regulation strategies: Gender differences. *Journal of Child and Family Studies*, 27, 3709-3716. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1199-9>
- Daena, J., Goldsmith, A. & Gregory, A. (2014). Conceptualizing How Couples Talk About Cancer. *Health Communication*, 29(1), 51-63. <https://doi.org/10.1080/10410236.2012.717215>
- Díaz-Benítez, E. y Rodríguez Martínez, L. (2014). Comparación de la calidad de vida y sobrecarga entre cuidadores primarios de pacientes cardiopatas en edad pediátrica y adulta. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 22(1), 6-12. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=53303>
- Dueñas González, D., Bayarre, Veá, H., Triana Álvarez, E. y Rodríguez Pérez, V. (2009). Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 25(2), 1-15. <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v25n2/mgi02209.pdf>
- Echeverri Ángel, L. (1998). Transformaciones recientes en la familia colombiana. *Revista de Trabajo Social*, 1, 55-60.
- Eisenberg, N., & Spinrad, T. L. (2004). Effortful control: Relations with emotion regulation, adjustment, and socialization in childhood. En R. F. Baumeister & K. D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation*: (pp. 259–282). The Guilford Press.
- Favila, A. (2017). La relación entre escolaridad, empleo informal e ingresos propios en las entidades federativas mexicanas. *Revista de Economía, Política y Sociedad*, 13(44), 119-142. <http://www.equilibrioekonomico.uadec.mx/descargas/Rev2017/Rev17Sem2Final.pdf#page=7>
- Gallardo Alonso, E. (2010). Calidad de vida y percepción de la relación de pareja en mujeres con cáncer de mama [tesis inédita de maestría]. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Goldsmith, D. & Miller, G. (2014). Conceptualizing how couples talk about cancer. *Health Communication*, 29(1), pp. 51-63. <https://doi.org/10.1080/10410236.2012.717215>
- Goubet, K., & Chrysiou, E. (2019). Emotion regulation flexibility: Gender differences in context sensitivity and repertoire. *Frontiers in Psychology*, 10, 935. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00935>
- Granero Molina J., Muñoz Ronda F, Fernández Sola C., Martínez Pérez C., Lao Barón F., & Martínez Egea J. (2002). Mitos, creencias y temores en la cardiopatía isquémica. *Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico*, 2(2), 36-50.
- Granillo Velasco, A. D., & Sánchez Aragón, R. (2020a). Influencia de las Estrategias de Regulación Emocional y su Auto-Eficacia en el Bienestar Subjetivo. *Salud & Sociedad: Latin American Journal on Health & Social Psychology*. En proceso de evaluación.
- Granillo Velasco, A., & Sánchez Aragón, R. (2020b). El papel de la resiliencia, el optimismo y la auto-eficacia en la

- empatía hacia pacientes con cardiopatía. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 23(4):1713-1740. <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2020/epi204r.pdf>
- Granillo Velasco, A., Sánchez Aragón, R., & Gómez Briseño, G. (2020). Eventos hirientes, amor compasivo y calidad de vida en parejas con cardiopatía. *PSICUMEX*, 10(2), 45-70. <https://10.36793/psicumex.v%vi%i.350>
- Gross, J. (2007). *Handbook of emotion regulation*. The Guilford Press
- Guan T., Santacroce S. J., Chen D. G., & Song, L. (2020). Illness uncertainty, coping, and quality of life among patients with prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 29, 1019–1025. <https://doi.org/10.1002/pon.5372>
- Herrero, S. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Ene*, 10(2). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006
- Hudson, J. I., Arnold, L. M., Keck, P. E., Auchenbach, M. B., & Pope, H. G. (2004). Family study of fibromyalgia and affective spectrum disorder. *Biological Psychiatry*, 56(11), 884–891. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.08.009>
- Ibarrola, M. (2019). Incremento de la escolaridad: ¿transformación de las relaciones con el trabajo? Estadísticas al respecto en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México. Visión panorámica. *Revista Latinoamericana de Educación Comparada: RELEC*, 9(14), 68-87. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6799113>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2021). Estadísticas a propósito del Día Mundial Contra el Cáncer. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/cancer2021_Nal.pdf
- Jefatura de Gobierno. (2011). Decreto por el que se expide la Ley de Salud Mental del Distrito Federal. Gaceta Oficial del Distrito Federal, 1039, 3-18. <http://cgservicios.df.gob.mx/prontuario/vigente/r410203.htm>
- Jiménez, P., Arribas, B., Encinas, A., Navarro, F., y San José, L. (2000). Sexualidad y cardiopatía isquémica. *Enfermería en Cardiología: Revista Científica e Informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*, 19, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2330816>
- John, O. P., & Gross, J. J. (2007). Individual Differences in Emotion Regulation. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 351–372). The Guilford Press.
- Köhler, A., Nilsson, S., Jaarsma, T., & Tingström, P. (2016). Health beliefs about lifestyle habits differ between patients and spouses 1 year after a cardiac event- a qualitative analysis based on the Health Belief Model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31, 332-341. <https://doi.org/10.1111/scs.12351>
- Kubzansky, L., Park, N., Peterson, C., Vokonas, P., & Sparrow, D. (2011). Healthy Psychological Functioning and Incident Coronary Heart Disease: The Importance of Self-regulation. *Archives Of General Psychiatry*, 68(4), 400-408. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.23>
- Lopera Vásquez, J. (2020). Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(2), 693-702. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.16382017>
- López González, Y. & Veloso Pérez, E. (2005). Particularidades del desempeño sexual en pacientes con cardiopatía isquémica. *Duazary*, 2(1), 11-18. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156336004>
- ____López Ibor, M. (2007). ____Ansiedad y depresión, reacciones ____emocionales frente a la enfermedad. *Anales de Medicina Interna*, 24(5), 209-211. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000500001

- Martínez Debs, L., Lorenzo Ruiz, A., & Llantá Abreu, M. D. C. (2019). Carga del cuidador en cuidadores informales primarios de pacientes con cáncer de cabeza y cuello. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 18(1), 126-137. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2019000100126&script=sci_arttext
- Maureira, F. (2011). Los cuatro componentes de la relación de pareja. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(1), 321-332.
- Mesa-Gresa, P., Ramos-Campos, M. y Redolat, R. (2017). Cuidado de pacientes oncológicos: una revisión sobre el impacto de la situación de estrés crónico y su relación con la personalidad del cuidador y otras variables moduladoras. *Psicooncología*, 14(1), 93-106. <http://dx.doi.org/10.5209/P SIC.55814>
- Montesó-Curto, P., Ferré-Grau, C., Lleixà-Fortuño, M., Albacar Riobóo, N. y Espuny-Vidal, C. (2011). Factores psicológicos que influyen en el desarrollo de la depresión en las mujeres. *Anuario Hojas de Warmi*, 16, 1-22. <https://revistas.um.es/hojasdewarmi/article/view/156831>
- Núñez Martín, M. y Castillo Gualda, R. (2019). El papel de la inteligencia emocional en la enfermedad cardiovascular. *Gaceta Sanitaria*, 13(1), 377-380. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.04.008>
- Oechsle, K., Ullrich, A., Marx, G., Benze, G., Heine, J., Dickel, L., Zhang, Y., Wowretzko, F., Wendt, K., Nauck, F., Bokemeyer, C. & Bergelt, C. (2019). Psychological burden in family caregivers at patients with advanced cancer at initiation of specialist inpatient palliative care. *BMC Palliative Care*, 102, 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0469-7>
- Official Records of the World Health Organization, n.º 2. (1948). Summary report on proceedings Minutes and final acts of the international health conference [conferencia]. International Health Conference, U.S.A, Nueva York. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official_record2_eng.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Cáncer. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Parodi, A. (2013). Cardiopatías y sexualidad. *Tendencia en Medicina*, (8), 78-80. http://tendenciasenmedicina.com/imagenes/imagenes08p/art_11.pdf
- Peinado Portero, A. (2015). Inteligencia emocional y optimismo en pacientes con cáncer y sus parejas: relación con la calidad de vida de la persona enferma, calidad de relación, nivel de sobrecarga en la pareja y diferencias de género [tesis inédita de doctorado]. Universidad de Murcia, España.
- Pons Delgado, S., Delgado Labrada, V., Oliva Magaña, M., Tamayo Solís, Y. y González Gacel, F. (2018). Apreciación de la calidad de vida en el adulto mayor. *MULTIMED*, 22(1), 39-50. <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/777>
- Porro, M. Andrés, M. y 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.
- Rubin, J., Pruitt, D., & Kim, S. (1994). *Social conflict: Escalation, stalemate, and settlement* (2.º ed.). McGraw-Hill.
- Ruvalcaba Romero, N., Gallegos Guajardo, J., Robles Aguirre, f., Morales Sánchez, A. y González Gallego, N. (2012). Inteligencia emocional en la mejora de los estilos educativos de padres con hijos en edad escolar. *Salud & Sociedad*, 3(3), 283-291. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439742470004>
- Saffari, M., Lin, C., Broström, A., Mårtensson, J., Malm, D., Burri, A., Fridlund B., & Pakpour, A. (2017). Investigating sexual problems, psychological distress, and quality of life in female patients with Takotsubo cardiomyopathy: A prospective case-control study. *European Journal of*

- Cardiovascular Nursing, 16(7), 614–622, <https://doi.org/10.1177/1474515117702028>
- Sánchez Aragón, R., Díaz Loving, R. y López Becerra, C. (2008). Medición de la autoeficacia en el uso de estrategias de regulación emocional. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* 11(4), pp. 15-27. <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol11num4/Vol10No4Art2.pdf>
- Sánchez Aragón, R., García Meraz, M. y Martínez Trujillo, B. (2017). Encuesta de Salud SF-36: validación en tres contextos culturales de México. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 3(45), 5-16. <https://doi.org/10.21865/RIDEP45.3.01>
- Sánchez Aragón, R. y Méndez Canales, R. (2011). Elementos mediadores de la felicidad y bienestar subjetivo de hombres y mujeres. *Revista Costarricense de Psicología*, 30(45-46), 51-76. <https://www.redalyc.org/pdf/4767/476748709003.pdf>
- Sánchez López, M., Aparicio García, M. y Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercibida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, 18(3), 584-590.
- Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, & Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas. (2017a). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (Encodat). Reporte de alcohol. https://encuestas.insp.mx/ena/encodat2017/reporte_encodat_alcohol_2016_2017.pdf
- Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, & Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas. (2017b). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (Encodat). Reporte de tabaco. https://encuestas.insp.mx/ena/encodat2017/reporte_encodat_tabaco_2016_2017.pdf
- Serra Taylor, J., & Irizarry Robles, C. (2015). Factores protectores de la depresión en una muestra de adultos mayores en Puerto Rico: autoeficacia, escolaridad y otras variables socio-demográficas. *Acta Colombiana de Psicología*, 18(1), 125-134. <http://www.dx.doi.org/10.14718/ACP.2015.18.1.12>
- Shoubhi, H., Fortin, M., & Hudon, C. (2006). Perceived conflict in the couple and chronic illness management: preliminary analyses from the Quebec Health Survey. *BMC Fam. Pract.* 7(59). <https://doi:10.1186/1471-2296-7-59>
- Soria Romero, Z., & Montoya Arce, B. (2017). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Papeles de Población*, 23(93), 59-93. <https://doi.org/10.22185/24487147.2017.93.022>
- Soto, M., & Failde I. (2004). La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11(8), 505-514. <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v11n8/revision2.pdf>
- Soto Telemaco, M. E., & Ramos Gil, Á. A. (2020). Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de cardiopatía reumática, luego de ser sometidos a tratamiento quirúrgico en la Asociación Instituto Dominicano de Cardiología: Hospital Escuela Dr. Héctor Mateo (AIDC), en el período 2018-2019 [disertación doctoral]. Santo Domingo: Universidad Iberoamericana (UNIBE).
- Tapia, J., Morales, F y Blum Grimberg, B. (2017). Interacción entre los estilos de crianza parentales, la configuración familiar y el trastorno disocial con el condicionamiento escolar debido a comportamiento problemático en alumnos de secundaria. *Psiquis* 26(2), 57-66. <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=110505>
- Tarducci, M. (2001). Estudios feministas de religión: una mirada muy parcial. *Cardenos Pagu*, 16, 97-114.
- Thompson, D. R., Ersser, S. J., & Webster, R. A. (1995). The experiences of patients and their partners 1 month after a heart attack. *Journal of Advanced Nursing*, 22(4), 707–714. <https://doi:10.1046/j.1365-2648.1995.22040707.x>

- Ware, J., & Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 30(6), 473–483.
- Yachimba, B. (2013). La escolaridad de los padres de familia y su incidencia en el maltrato físico de las niñas/os del sexto grado paralelo “a” de educación general básica de la escuela fiscal agosto Nicolás Martínez del cantón Píllaro provincia de Tungurahua [tesis inédita de Licenciatura]. Universidad Técnica de Ambato, Ecuador.
- Yasuko, A., Romano, S., García, N. y Félix, M. (2005). Indicadores objetivos y subjetivos de la calidad de vida. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10(1), 93-102. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29210106>
- Yeh, K., Bedford, O., Wu, C., Wang, S. y Yen, N. (2017). Suppression benefits boys in Taiwan: The relation between gender, emotional regulation strategy, and mental health. *Frontiers in Psychology*, 8(135), 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00135>

Notas

- * Artículo de investigación.