


Diferencias entre pacientes oncológicos y no oncológicos en doble presencia, inseguridad y necesidad de esconder emociones

Carmen López Camacho. Universidad de Granada

Recepción: 27.04.2018 | Aceptado: 28.05.2018

Correspondencia a través de **ORCID**: Carmen López Camacho  0000-0002-7025-8643

Citar: Lopez Camacho, C. (2018). Diferencias entre pacientes oncológicos y no oncológicos en doble presencia, inseguridad y necesidad de esconder emociones. *ReiDoCrea*, 7, 110-123.

Resumen: El cáncer es una de las principales causas de mortalidad en el mundo. El hecho de ser diagnosticado de una enfermedad oncológica genera ansiedad, inseguridad y estrés postraumático; no sólo en la persona que lo sufre, sino también en las personas de su entorno. El objetivo de este estudio es comprobar si las personas que han superado un proceso oncológico puntúan más alto en inseguridad, doble presencia y necesidad de esconder sus emociones en su lugar de trabajo que las personas que no se han enfrentado al cáncer. **Método:** Se utilizó una muestra de 202 trabajadores de la UGR de entre 23 y 69 años (M=41:SD=12,312), se asignaron a diferentes grupos en función de si habían vivido una enfermedad oncológica o no y se les midió la inseguridad, doble presencia y necesidad de esconder emociones haciendo uso del ISTAS 21. **Resultados:** Aparecen diferencias estadísticamente significativas en las tres dimensiones en función de si los participantes han luchado contra el cáncer o no. **Conclusiones:** Los ex-pacientes oncológicos puntúan más alto en inseguridad, doble presencia y necesidad de esconder emociones de cara al público en sus puestos de trabajo; por lo que resultaría de gran ayuda abordar el estrés al que se enfrentan tras su reincorporación.

Palabras clave: Psicooncología | Inseguridad

Differences between oncological and non-oncological patients in double presence, insecurity and need to hide emotions

Extended Abstract: Cancer is one of the main causes of mortality in the world. In addition, this disease affects all levels; therefore, it must be approached from a multidisciplinary perspective. There are several factors of both vulnerability and protection with respect to developing psychological problems in patients with cancer. Among the factors of vulnerability are poor social support and poor coping skills; Protective factors include psychological flexibility and subjective well-being. The fact of being diagnosed with an oncological disease generates anxiety, insecurity and post-traumatic stress, not only in the person who suffers from it, but also in the people around him/her. 40% of cancers affect people who are in the productive period of their lives, so it is vital to facilitate their return to work. Psychosocial risk factors are those work conditions that affect the health of workers by causing stress. The objective of this study is to confirm if people who have recovered from an oncological process score higher in insecurity, double presence and the need to hide their emotions in their place of work than people who have not faced cancer. **Method:** A sample of 202 employees of the University of Granada between 23 and 69 years of age was used (M = 41: SD = 12.312). They were assigned to different groups based on their life experience: Group 1: People who have not had cancer or have any family member or friend who has or had cancer; Group 2: People who have not had cancer but have a family member or friend who has or had cancer and Group 3: People who have recovered from cancer. The insecurity, the double presence and the need to hide emotions of all the participants were measured using the ISTAS 21 questionnaire. **Results:** Firstly, the homogeneity tests are carried out, concluding that the groups are equal in the proportion of males and females, but they are unequal in terms of age and seniority in the workplace of the components. For this reason, we attempt to cleanse the data of these two covariates in cases where it is possible. Patients who have recovered from cancer score higher in all dimensions, followed by people who have not gone through cancer but have a family member or friend in that situation, with people who have not had cancer and have no one around them in that situation last. **Conclusions:** Oncological patients score higher in insecurity, double presence and need to hide emotions in front of people in their workplace, so it would be very helpful to address the stress they face after their reincorporation in order to make this a satisfactory experience for them.

Keywords: Psycho-oncology | Insecurity

Introducción

El cáncer es una enfermedad que causa gran impacto en la vida de quienes son diagnosticados (Muñoz et al., 2016). Según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM, 2017) en España en el año 2015 se estimó una incidencia de 247.771 casos, siendo los principales colorrectal, próstata, pulmón y mama. La oncológica es una de las enfermedades más temidas e incluso de las que peor pronóstico tienen. Las connotaciones que las personas atribuyen al cáncer influyen en el bienestar emocional de los diagnosticados de dicha patología (Aguirre-Camacho y Moreno-Jiménez, 2017).

Tener cáncer va frecuentemente asociado a un gran deterioro, tanto físico como funcional, causado por la enfermedad y por los tratamientos que esta requiere (Muñoz et al., 2016). Una enfermedad oncológica tiene repercusiones en todos los niveles, por lo que su abordaje debe ser multidisciplinario (Meza, Espíndola, Mota, Rodríguez y Díaz, 2005). La psicooncología se encarga de las dimensiones psicológicas, sociales y conductuales del cáncer, abordándolas desde dos perspectivas, una psicobiológica y otra psicosocial (Barroilhet, Forjaz, & Garrido, 2005).

La forma en que se afronta la experiencia vinculada al cáncer depende de la situación personal y social en la que se encuentra inmerso el paciente, los tratamientos posibles, creencias respecto a la enfermedad y tipo de cáncer. La experiencia del cáncer es muy estresante ya que el paciente se tiene que enfrentar al sufrimiento, deterioro y muerte; más que un acontecimiento estresante aislado implica sufrir series de acontecimientos estresantes interconectados (Barroilhet, Forjaz, & Garrido, 2005). Además, es un proceso continuo de cambios que exigen múltiples estrategias de afrontamiento y adaptación (Olmo y Cobois, 1999). El impacto de esta enfermedad puede desembocar en situaciones de estrés causadas por el abandono de las actividades sociales, familiares y ocupaciones; de posibles problemas económicos y también del sufrimiento que puede causar a seres queridos (Aguirre-Camacho y Moreno-Jiménez, 2017).

El malestar psicológico puede tener un impacto negativo severo en pacientes con cáncer (Akechi et al., 2004). Un 32% de las personas diagnosticadas desarrollan problemas psicológicos. Entre los factores de vulnerabilidad de depresión en estos pacientes cabe destacar las pobres habilidades para abordar la situación, escaso apoyo social y preocupación ansiosa. En los últimos tiempos, la numerosa información sobre la influencia de los factores psicológicos y psicosociales en el paciente oncológico ha conseguido que se conciencie a la población acerca de su prevención, detección y tratamiento; así como a contar con intervenciones psicosociales como parte del tratamiento; ya que estas dotan al paciente de un elemento de autocontrol (Meza, Espíndola, Mota, Rodríguez y Díaz, 2005). Una adecuada adaptación psicosocial al cáncer requiere del uso de mecanismos continuos de adaptación y corrección, para lo cual es imprescindible una asistencia desde el enfoque psicosocial (Barroilhet, Forjaz & Garrido, 2005). Numerosos estudios demuestran que la terapia grupal en pacientes con cáncer tiene efectos psicosociales positivos, incluyendo mejoras en el estado de ánimo, el ajuste y el dolor; parece que los pacientes que reciben psicoterapia sobreviven más tiempo (Spiegel, Kraemer, Bloom, & Gottheil, 1989).

La amplia atención brindada al cáncer en los medios de comunicación ha aumentado el nivel de conciencia sobre los aspectos relacionados con la enfermedad. Es necesario motivar a la población a que cuiden su salud e incrementen su actividad física con el objetivo de disminuir la probabilidad de sufrirlo en el futuro (Bernat,

Hullmann, & Sparks, 2017). Sin embargo, a veces la información ofrecida se encuentra distorsionada y enfocada a las consecuencias negativas. Recibir un diagnóstico de cáncer puede resultar una experiencia altamente angustiada y el diagnóstico puede activar narrativas adquiridas tras los años de exposición a historias catastróficas y sesgadas sobre el cáncer. La presencia de tales narrativas podría derivar en inflexibilidad psicológica, la cual constituye una forma de vulnerabilidad, implicada en la etiología y mantenimiento de trastornos mentales como la ansiedad, depresión y el estrés post-traumático (Aguirre-Camacho y Moreno-Jiménez, 2017).

Parece que la flexibilidad psicológica, que consiste en la capacidad de contactar deliberadamente con el presente y con los pensamientos y sentimientos que contiene, sin necesidad de evitación, y dependiendo de la situación, cambiar o persistir en el comportamiento orientado a alcanzar fines valiosos; está relacionada con el bienestar psicológico en pacientes con cáncer (Aguirre-Camacho y Moreno-Jiménez, 2017). El bienestar subjetivo, definido como el grado en que una persona juzga de un modo general su vida en términos positivos también correlaciona con variables asociadas a salud (García, 2002).

Algunos pacientes con cáncer experimentan altos niveles de malestar, ansiedad o estrés postraumático, sin embargo, algunas investigaciones sugieren que en otro porcentaje de estos se producen cambios positivos en muchos aspectos de su vida tras vivir la enfermedad, a este fenómeno se le conoce como crecimiento post-traumático (Vázquez y Castilla, 2007). En algunos pacientes, mientras están viviendo la enfermedad no se aprecian signos de angustia, sufrimiento o fragilidad psíquica y es tras su finalización cuando se empiezan a detectar alteraciones emocionales intensas. Esto se puede explicar porque durante la enfermedad tienen la sensación de control por ellos mismo y por parte de los médicos. Esta sensación de protección se pierde al volver a la normalidad, ya que una vez concluidos los procesos de tratamiento deberá enfrentarse a las repercusiones psíquicas y sociales de la enfermedad y a la experiencia de pérdida del soporte que suponía el contacto regular con el médico y el ambiente hospitalario tras la enfermedad. Se pierde la sensación de control y se acumulan una serie de miedos y una constante preocupación a la recaída (Andrés, 2005).

El cáncer genera inseguridad, ansiedad y tristeza; pero esto depende del tipo de afección, gravedad, personalidad del paciente, reacción ante la patología, entorno, factores sociales y culturales (Pérez, 2005). Una enfermedad que pone en peligro la vida de quien la sufre como es el cáncer, es capaz de desencadenar el trastorno de estrés postraumático (TEPT). La reexposición a señales asociadas al tratamiento oncológico provoca fuertes respuestas aversivas, pesadillas e intentos de evitar recuerdos tanto del diagnóstico como del tratamiento de la enfermedad (Smith, Redd, Peyser & Vogl, 1999). Sin embargo, no fue hasta la aparición del DSM-IV cuando se recoge al cáncer como un estresor capaz de inducir TEPT. Los efectos de los eventos traumáticos en el DSM también se amplían para incluir a otras personas no afectadas directamente por el cáncer pero que sí lo han presenciado. Así, se reconoce que el cáncer puede constituir una experiencia traumática para las personas significativas que comparten el proceso de enfermedad con el afectado (Ochoa, Castejón, Sumalla y Blanco, 2013). Rodríguez et al. (2011) afirman que de un 0 a un 32% de los supervivientes de cáncer pueden experimentar un TEPT.

En cuanto a la vida laboral, el trabajo es un aspecto que ha recibido poca atención en las enfermedades neoplásicas en general, quizás debido a la tendencia de ver el diagnóstico de un tumor maligno como el final de la vida productiva (Molina et al., 2008). El 40% de los cánceres afectan a edades por debajo de los 65 años, es decir, a

una población que está en pleno período productivo (García, 2017). Es necesario facilitar la reincorporación al trabajo, sobre todo en los casos que han precisado de largas bajas, ya que la incorporación al trabajo supone volver a un lugar donde se hace visible el nivel de cambio experimentado y la exposición a los riesgos presentes en el trabajo y a las condiciones de este, así como a la plena disponibilidad y responsabilidad en cuanto al desempeño del trabajo. Algunas de las dificultades más frecuentes a la que los trabajadores se enfrentan cuando se incorporan son preguntarse si podrá realizar el trabajo que venía efectuando y abandonar una situación de “protección” en la que el paciente se veía asistido para pasar a la exigencia de su completa autonomía personal (López-Guillén y Vicente, 2017).

Si tenemos en cuenta que el empleo es una fuente de valoración personal, resulta fácil considerar que el poder incorporarse al trabajo supone, para el superviviente, un parámetro importante, ya que implica una estabilidad económica, una normalización de su vida, y además una oportunidad para verificarse a sí mismo, permitiéndole ganar confianza, y alcanzar una óptima calidad de vida. La tasa media de reinserción laboral en la mayoría de los estudios oscila entre el 30 y el 92%, con una media del 62%.

A pesar de la importancia del trabajo en estas personas, este proceso no está exento de complicaciones, de hecho, un 90% de los pacientes que vuelven al trabajo sienten alguna forma de discriminación. Estas actuaciones se traducen en los despidos, en no contratar, en traslados indeseables, en negación de beneficios, negación de ascensos y hostilidades en el lugar de trabajo. Esto genera gran ansiedad en el enfermo. Muchos de los problemas laborales que acontecen, son debidos a que supervisores y compañeros dudan de las habilidades de rendimiento de los supervivientes. Los principales problemas que pueden sufrir los pacientes oncológicos al reincorporarse a la vida laboral son astenia, dificultad de concentración y análisis, dificultades sociales, dificultad para el ascenso o discriminación de jefes y compañeros. La bibliografía recoge que cerca del 90% de los pacientes sufrirán discriminación de jefes o compañeros, causado por las dudas que presentan acerca de la eficacia del superviviente de cáncer para llevar a cabo su trabajo o por incapacidad de los compañeros para estar a la altura de la situación padecida por el superviviente de cáncer (García, 2017).

Los factores de riesgo psicosociales constituyen aquellas condiciones del trabajo que afectan a la salud de los trabajadores a través de mecanismos psicológicos y fisiológicos a los que llamamos estrés. Los efectos de la organización del trabajo se manifiestan a través de mecanismos emocionales (ansiedad, depresión, etc), cognitivos (restricción de la percepción, de la concentración, de la creatividad, etc), conductuales (abuso de alcohol, violencia, drogas, etc) y fisiológicos (reacciones neuroendocrinas). En conclusión, el estrés en el trabajo está formado por una serie de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos nocivos del contenido, organización o entorno del trabajo. Consiste en altos niveles de excitación y de angustia, con la frecuente sensación de no poder hacer frente a la situación. El estrés afecta a todas las condiciones de la salud física y mental, siendo los trastornos más susceptibles aquellos que afectan al sistema cardiovascular, respiratorio, inmunitario, endocrinológico y la salud mental (Moncada, Llorens, Kristenser y Vega, 2005).

Objetivos

El objetivo del presente estudio es estudiar en el profesorado y personal de la Universidad de Granada si existen diferencias en el contexto laboral entre pacientes oncológicos, pacientes no oncológicos y sujetos con familiares oncológicos de primer

grado en tres de las dimensiones medidas por el ISTAS 21, en este caso en doble presencia, inseguridad y exigencias de esconder emociones; partiendo de la hipótesis de que pacientes oncológicos o trabajadores con familiares de primer grado o amigos que estén pasando o hayan pasado por un proceso oncológico tendrán más inseguridades y necesitarán esconder más sus emociones de cara al público; así como que el fenómeno de la doble presencia se sigue dando en mujeres que han pasado por cáncer.

La exigencia de esconder emociones es la necesidad de mantener una apariencia imparcial independientemente del comportamiento de los clientes, relación con superiores o compañeros (Moncada, Llorens, Navarro, & Kristensen, 2005).

La doble presencia se define como la exigencia simultánea del ámbito laboral y doméstico-familiar. La madre asume un rol productivo además del rol de cuidadora. Esto supone que, en ocasiones, la relación entre la dimensión laboral y familiar pueden superponerse, llevando a una interferencia de roles ya que las mujeres interactúan de forma paralela entre las actividades laborales con las actividades familiares, lo que puede desembocar en el conflicto trabajo-familia (Otálora, 2007). Este conflicto se da cuando aparece una dificultad entre dos roles que son asumidos por una misma persona, esta dificultad procede de la presión que proviene de uno de los roles y que impide el desempeño satisfactorio del otro; es decir, se hace incompatible el uno con el otro. El rol laboral y el familiar implican para las mujeres dedicación y responsabilidad, teniendo que invertir tiempo y energía en ambos; por ello sufren consecuencias que aparecen reflejadas en su salud tanto física como psicológicamente (Ramírez y Testa, 2012).

Por último, la inseguridad es la preocupación en relación a la estabilidad del empleo, de encontrar otro trabajo similar en caso de perder el actual y preocupación por el futuro acerca de su puesto de trabajo (Moncada, Llorens, Navarro, & Kristensen, 2005).

Métodos

Participantes

La muestra usada para realizar el estudio ha estado compuesta por 202 personas trabajadoras de la Universidad de Granada, de los cuales un 62,9% son mujeres y un 37,1% hombres. La edad de los participantes se encuentra entre 23 y 69 años (M = 41 años, S.D = 12,312); y la antigüedad en el puesto de trabajo que ocupan actualmente oscila entre algunos meses y un máximo de 44 años (M = 12 años, S.D = 11,897). Los 202 participantes fueron agrupados en tres grupos que se describen a continuación:

1. El primero formado por trabajadores que no han pasado por una enfermedad oncológica ni tienen ningún familiar de primer grado ni amigo íntimo que haya padecido o esté padeciendo la misma. Este grupo representa el 41,1% del total de la muestra, 46 mujeres (55,42%) y 37 hombres (44,58%). En cuanto a la media de edad de los participantes de este grupo es de 37,25 años, S.D = 12,158. En el caso de la antigüedad en el puesto hay una media de 10 años, S.D = 11,674.

2. El segundo agrupa a personas que no han padecido cáncer, pero a diferencia del primero, si tienen algún familiar de primer grado o amigo íntimo que ha padecido o está sufriendo actualmente dicha patología. Este grupo engloba al 46,5% de la muestra total, 62 mujeres (65,96%) y 32 hombres (34,04%). La media de edad es de 43 años, S.D = 12,359 y la media de la antigüedad es de 13 años, S.D = 12,297.
3. En el último grupo se recogen aquellos trabajadores que si han padecido en algún momento de su vida una enfermedad oncológica (independientemente de que tengan o no amigos o familiares que también la hayan sufrido). Este grupo representa el 12,4% de nuestra muestra, dividida en 19 mujeres (76%) y 6 hombres (24%); con una media de edad de 46 años, S.D = 8,772 y en el caso de la antigüedad en el puesto la media es 17 años, S.D = 9,238.

Instrumento

Para evaluar las puntuaciones en inseguridad, doble presencia y necesidad de esconder emociones hacemos uso del ISTAS 21, un método válido y fiable para la evaluación de riesgos laborales. Se trata de un instrumento internacional creado en Dinamarca con el objetivo de investigar, evaluar y prevenir los riesgos psicosociales. Consiste en un cuestionario individual y anónimo aplicable a cualquier tipo de trabajo, ocupación o actividad económica. Se encarga de medir aquellas características de la organización del trabajo para las que hay evidencia científica suficiente de que pueden perjudicar la salud (Moncada, Llorens, Navarro, & Kristensen, 2005). Dicho instrumento se encuentra activo a día de hoy en el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo (INSHT) y fue validado por Moncada, Llorens, Navarro y Kristensen en el año 2005. Mide 21 dimensiones, de las cuales en este cuasiexperimento sólo se abarcarán las tres comentadas anteriormente.

En cuanto a la fiabilidad de la herramienta, los resultados obtenidos han sido los que se muestran en las siguientes tablas:

	Alfa de Cronbach
Necesidad de esconder emociones	,795
Inseguridad	,819
Doble presencia	,772

	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
EM1	,609	,756
EM2	,572	,760
EM3	,490	,777
EM4	,531	,768
EM5	,691	,729
EM6	,464	,791

	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
IN1	,533	,831
IN2	,697	,749
IN3	,705	,745
IN4	,654	,766

Tabla 4. Análisis estadístico de los ítems que constituyen la dimensión Doble Presencia		
	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
DP1	,587	,716
DP2	,551	,741
DP3	,607	,700
DP4	,578	,717

Procedimiento

La construcción del instrumento se llevó a cabo mediante una adaptación del ya nombrado ISTAS 21, en el que se incluyeron las dimensiones objeto de estudio de nuestro trabajo y algunas variables de interés sociodemográfico (género, edad, puesto de trabajo y antigüedad en dicho puesto). Dichas dimensiones se incluyeron en un formulario conjunto de Google drive (este estudio forma parte de una investigación más amplia donde se estudian otras variables, por lo que en el formulario se hacía referencia a otras de las dimensiones objeto de estudio). Para facilitar su difusión, el formulario se envió a través de la plataforma de correo de la UGR a gran parte del profesorado y personal de la Universidad de Granada.

Las instrucciones que recibieron los participantes fueron las siguientes:

ESTUDIO SOBRE FACTORES PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO

Dos estudiantes del Trabajo Fin de Grado de Psicología están realizando un estudio sobre algunos factores de origen psicosocial que pueden afectar a trabajadores/as en general y específicamente a personas que han sufrido una enfermedad oncológica. Por favor, agradecería tu colaboración completando un cuestionario online al que puedes acceder a través del siguiente link: <https://goo.gl/forms/DSrayuf2escdiP9u1>

A medida que los sujetos iban contestando, sus respuestas quedaban recogidas en una base de datos en formato Excel.

Diseño

Diseño unifactorial entregrupos, univariado en el caso de la necesidad de esconder emociones y la doble presencia; y covariado en el caso de la inseguridad; de corte cuasiexperimental.

Nuestra variable independiente es el hecho de haber sufrido o no una enfermedad oncológica, los tres niveles que tiene son: no haber sufrido cáncer ni tener un familiar o amigo que lo haya sufrido, no haber sufrido cáncer pero si tener un familiar o amigo que lo haya sufrido y haber superado un cáncer.

Las variables dependientes que medimos son tres: necesidad de esconder emociones, inseguridad y doble presencia.

Las variables extrañas que han intentado controlarse con la edad y la antigüedad en el puesto de trabajo de los participantes que componen cada grupo.

Análisis de datos

El primer paso consistió en llevar a cabo las pruebas de homogeneidad de los grupos. Una vez realizadas estas, recurrimos a la prueba ANOVA de un factor para las variables necesidad de esconder emociones y la doble presencia; se realizó una comparación de medias y se calculó el tamaño del efecto a partir de eta-cuadrado (η^2). En el caso de la inseguridad llevamos a cabo un ANCOVA en el que se incluyen como covariables la antigüedad en el puesto de trabajo y la edad de los sujetos que componen los grupos.

Resultados

En primer lugar, hacemos las pruebas de homogeneidad, con el objetivo de comprobar si los grupos son muy heterogéneos entre sí; es decir, saber si existen diferencias estadísticamente significativas entre los 3 grupos en las variables sociodemográficas que anteriormente hemos registrado.

En el caso del género, hacemos uso de la prueba chi-cuadrado (X^2); la cual nos reporta que no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al género en los distintos grupos. En todos los grupos hay más mujeres que hombres, sin embargo, esto se mantiene constante en los tres grupos.

Tabla 5. Se muestra el sexo de los sujetos que componen cada grupo

		Mujer	Hombre	Total
GRUPOS	No cáncer y no familiar	46	37	83
	No cáncer y si familiar	62	32	94
	Cáncer	19	6	25
TOTAL		127	75	202

Tabla 6. Prueba de Chi-cuadrado para el sexo

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,203 ^a	2	,122

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menos que 5. El recuento mínimo esperado es 9,28.

Para la edad y la antigüedad de los trabajadores hacemos uso de la prueba ANOVA y obtenemos que sí que existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a edad y antigüedad en los tres grupos; $p = ,001$ y $p = ,016$ respectivamente.

En resumen, la proporción de hombres-mujeres está equiparada en los grupos. En cambio, en cuanto a la edad y la antigüedad en el puesto de trabajo, los grupos no son homogéneos. Por esta razón y con el objetivo de controlar las posibles variables que estén afectando los resultados, decidimos incluirlas como covariables y llevar a cabo un ANCOVA. Para llevar a cabo el mismo es requisito indispensable que cumplan el supuesto de linealidad. Dicho supuesto refiere que debe existir correlación entre la covariable y la variable dependiente que estamos midiendo. En nuestro caso, esto se traduce en que la edad y la antigüedad en el puesto de trabajo deben estar afectando a la necesidad de esconder emociones, la inseguridad y la doble presencia. Realizamos la correlación, y observamos que este supuesto de linealidad sólo se cumple para la dimensión inseguridad. Por tanto, realizaremos un ANOVA de un factor en el caso de la necesidad de esconder emociones y de la doble presencia (por no cumplirse en estas el supuesto de linealidad), y un ANCOVA en el caso de la inseguridad.

Tabla 7. Comprobación del supuesto de linealidad para cada variable dependiente mediante la correlación de Pearson

		EDAD	ANTIGÜEDAD
ESCONDER EMOCIONES	Correlación de Pearson	,026	,002
	Sig. (bilateral)	,717	,978
	N	202	202
INSEGURIDAD	Correlación de Pearson	-2,44**	-2,31**
	Sig. (bilateral)	,000	,001
	N	202	202
DOBLE PRESENCIA	Correlación de Pearson	,011	,045
	Sig. (bilateral)	,889	,567
	N	165	165

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Procedemos ahora a enunciar los resultados obtenidos para cada una de las variables dependientes medidas, efectuando en cada caso el análisis estadístico necesario. Según la prueba de Levene, no se viola el supuesto de homocedasticidad en ninguno de los casos; asumimos por tanto la igualdad de varianzas.

Necesidad de esconder emociones. En el caso de esta dimensión, ni la antigüedad ni la edad cumplen el supuesto de linealidad; por tanto, no pueden incluirse como covariables. Recurrimos a la prueba ANOVA de un factor.

Existe un efecto estadísticamente significativo del hecho de haber sufrido una enfermedad oncológica, no haberla sufrido o no haberla sufrido pero si tener un familiar de primer grado o amigo cercano que la esté sufriendo en la necesidad de esconder nuestras emociones de cara al público en nuestro puesto de trabajo, $F_{(2,199)} = 10,464$, $p = ,001$, $\eta^2_p = ,095$.

Las comparaciones múltiples indican que existen diferencias estadísticamente significativas en necesidad de esconder emociones entre los grupos de personas que han pasado cáncer y personas que ni han sufrido cáncer ni tienen ningún familiar o amigo que lo haya sufrido o lo esté sufriendo $t_{(199)} = 4,41$, $p = ,001$; entre los grupos de personas que han sufrido el cáncer con respecto al grupo de persona que no han sufrido cáncer pero si tienen algún familiar o amigo con dicha patología $t_{(199)} = 2,63$, $p = ,028$; y entre los grupos que no han tenido cáncer ninguno de los participantes pero en un caso si tienen a alguien de su entorno cercano que lo haya sufrido y en el otro caso no tienen a nadie con dicha patología $t_{(199)} = 2,77$, $p = ,020$.

Tabla 8. Comparaciones múltiples del efecto significativo en Necesidad de Esconder Emociones

(I) GRUPOS	(J) GRUPOS	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig. ^b
No cáncer y no familiar	No cáncer y si familiar	-1,3625*	,49825	,020
	Cáncer	-3,3157*	,75469	,000
No cáncer y si familiar	No cáncer y no familiar	1,3625*	,49825	,020
	Cáncer	-1,9532*	,74440	,028
Cáncer	No cáncer y no familiar	3,3157*	,75469	,000
	No cáncer y si familiar	1,9532*	,74440	,028

Se basa en las medias observadas.

El término de error es la media cuadrática(Error) = 10,943.

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel ,05.

b. Ajuste para varias comparaciones: Bonferroni.

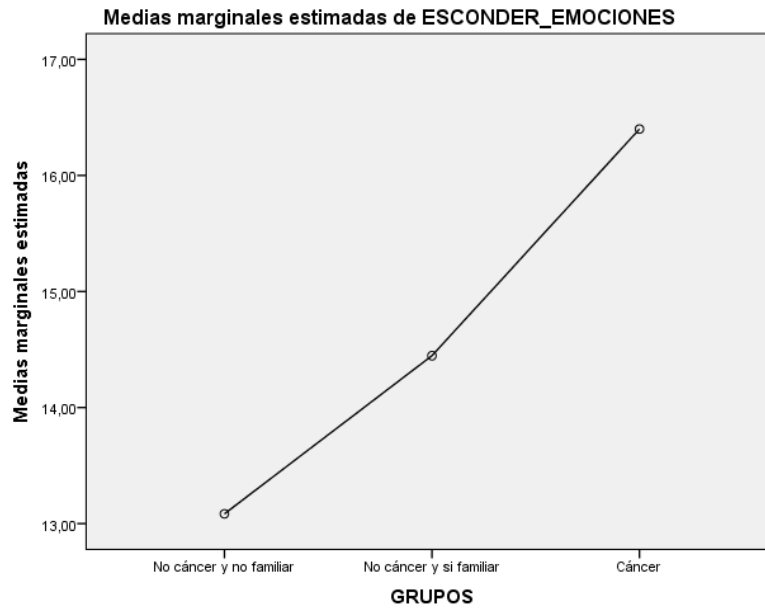


Gráfico 1. Media de cada grupo en Necesidad de Esconder Emociones

Inseguridad. Tanto la edad como la antigüedad estaban correlacionadas con la inseguridad, por tanto, se realiza un ANCOVA incluyéndolas como covariables.

Una vez limpiados los datos de estas dos covariables observamos que existe un efecto estadísticamente significativo del hecho de haber sufrido una enfermedad oncológica, no haberla sufrido (ni tener ningún familiar o amigo que la está sufriendo o la haya sufrido) o no haberla sufrido pero si tener un familiar de primer grado o amigo cercano que la esté sufriendo en inseguridad, $F_{(2,197)} = 26,667$, $p = ,001$, $\eta^2_p = ,213$.

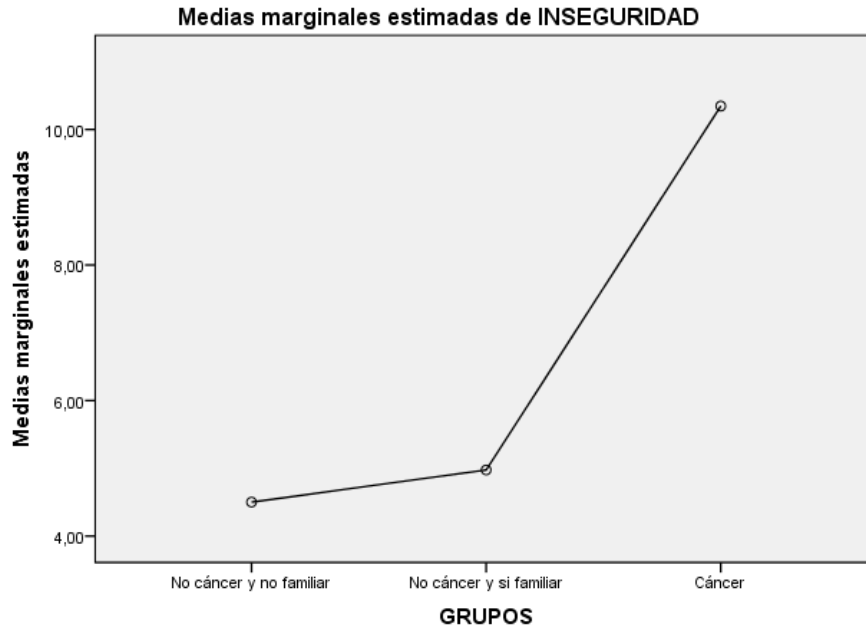
Las comparaciones múltiples indican que existen diferencias estadísticamente significativas en inseguridad entre los grupos de personas que han sufrido cáncer y personas que no han sufrido cáncer ni tienen a algún familiar o amigo en dicha situación $t_{(197)} = 7,03$, $p = ,001$; entre los grupos de personas que han sobrevivido a un cáncer y personas que no han pasado por cáncer pero si tienen a alguien de su entorno cercano que está luchando o ha luchado contra él $t_{(197)} = 6,7$, $p = ,001$. Por otro lado, los datos muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de personas que no han pasado por un cáncer con independencia de haber tenido o no algún familiar o amigo en esa situación.

(I) GRUPOS	(J) GRUPOS	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig. ^b
No cáncer y no familiar	No cáncer y si familiar	-,475	,553	1,000
	Cáncer	-5,844*	,832	,000
No cáncer y si familiar	No cáncer y no familiar	,475	,553	1,000
	Cáncer	-5,369*	,803	,000
Cáncer	No cáncer y no familiar	5,844*	,832	,000
	No cáncer y si familiar	5,369*	,803	,000

Se basa en medias marginales estimadas

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel ,05.

b. Ajuste para varias comparaciones: Bonferroni.



Las covariables que aparecen en el modelo se evalúan en los valores siguientes: EDAD = 41,16, ANTIGÜEDAD = 12,74

Gráfico 2. Media de cada grupo en Inseguridad

Doble presencia. En cuanto a la doble presencia, procedemos a realizar un ANOVA de un factor porque no se cumple el supuesto de linealidad para ninguna de las covariables. Existe un efecto estadísticamente significativo del hecho de haber sufrido una enfermedad oncológica, no haberla sufrido o no haberla sufrido pero si tener un familiar de primer grado o amigo cercano que la esté sufriendo en doble presencia, $F_{(2,162)} = 4,360$, $p = ,014$ $\eta^2_p = ,051$.

Las comparaciones múltiples indican que existen diferencias estadísticamente significativas en doble presencia entre los grupos de personas que han superado el cáncer y personas que ni han sufrido cáncer ni tienen o han tenido a nadie en dicha situación $t_{(162)} = 2,96$, $p = ,011$. Por otro lado, los datos muestran que las diferencias no son estadísticamente significativas entre el grupo de supervivientes de cáncer con respecto al grupo de personas que no han pasado por cáncer pero lo están experimentando a través de algún familiar o amigo que está o ha estado en esa situación; ni tampoco existen diferencias significativas entre los grupos que no han pasado por cáncer pero uno de ellos cuenta con la experiencia de alguien de su entorno cercano y el otro no.

Tabla 10. Comparaciones múltiples del efecto significativo en Doble Presencia

(I) GRUPOS	(J) GRUPOS	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig. ^b
No cáncer y no familiar	No cáncer y si familiar	-,6789	,56195	,686
	Cáncer	-2,3798*	,80692	,011
No cáncer y si familiar	No cáncer y no familiar	,6789	,56195	,686
	Cáncer	-1,7009	,79860	,104
Cáncer	No cáncer y no familiar	2,3798*	,80692	,011
	No cáncer y si familiar	1,7009	,79860	,104

Se basa en las medias observadas. | El término de error es la media cuadrática(Error) = 11,191.

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel ,05. | b. Ajuste para varias comparaciones: Bonferroni.

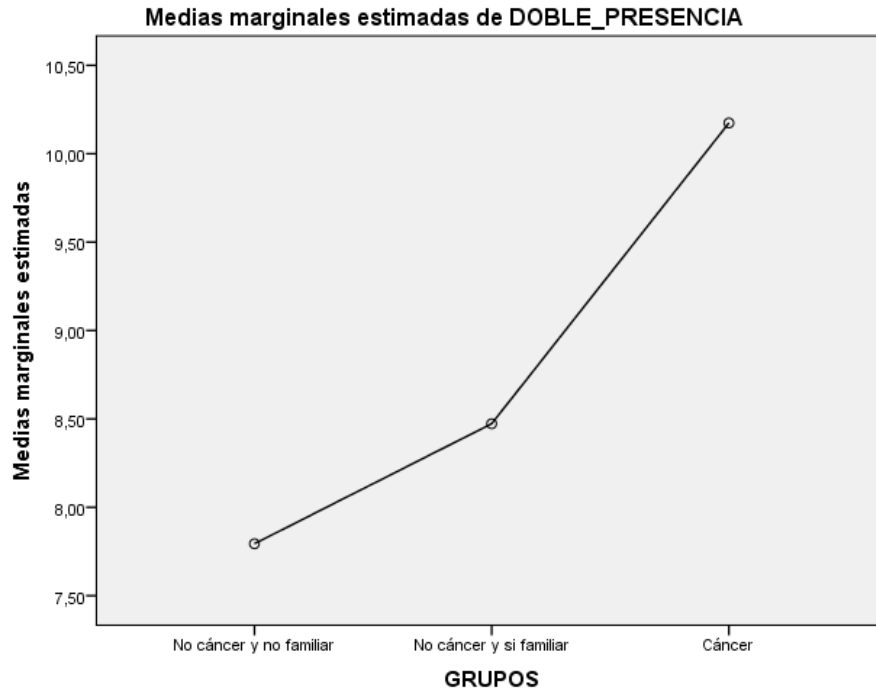


Gráfico 3. Media de cada grupo en Doble Presencia

Discusión

Una vez llegados a este punto, podemos decir que los datos obtenidos son congruentes con la hipótesis que nos planteábamos al principio, ya que en todas las dimensiones medidas las personas que han luchado contra el cáncer puntúan más alto.

En el caso de la necesidad de esconder emociones, parece que hay una relación más o menos clara entre haber sufrido una enfermedad oncológica y sentir una necesidad mayor de esconder sus emociones de cara al público. El hecho de que personas que aún no habiendo pasado por una enfermedad oncológica se vean en la necesidad de esconder sus emociones en sus puestos de trabajo debido a que alguien de su entorno lo está sufriendo sólo reafirma lo que ya comentábamos en la introducción, el diagnóstico de una enfermedad tan temida como es el cáncer no sólo afecta a la persona diagnosticada; sino también a todos sus familiares y gente de su entorno. Este hecho podría quedar explicado por la capacidad de empatía y el temor a la pérdida que las personas tienen acerca del paciente diagnosticado.

Con respecto a la inseguridad en los respectivos puesto de trabajo, la alta puntuación de los ex-pacientes oncológicos se debe al alto grado de exigencias en su trabajo después del periodo de vulnerabilidad al que han tenido que enfrentarse; además de la responsabilidad que tienen que asumir y de la evaluación por parte de compañeros y superiores a la que se encuentran expuestos.

Resulta llamativo el caso de la doble presencia. A la luz de los datos, podemos decir que parece que este fenómeno se da en mayor medida en pacientes que han sufrido cáncer y pacientes sin esta patología pero con algún familiar con cáncer. Esto podrían explicarse por el hecho de que el grupo con mayor puntuación en doble presencia está

constituido en su mayoría por mujeres (76% mujeres frente a un 24% de hombres). Si esto fuese así, podríamos decir que la desigualdad en el ámbito doméstico, así como el conflicto trabajo-familia se sigue dando aun cuando la mujer se encuentra en recuperación de un proceso oncológico. Es decir, es bastante probable que aun habiendo superado un cáncer y con las respectivas connotaciones y limitaciones que esto supone; en la gran mayoría de los casos es la mujer la que se sigue manteniendo al cargo de las tareas del hogar. En cuanto al grupo donde se incluyen los participantes que no han pasado por cáncer pero si lo está sufriendo alguien de un entorno inmediato, la elevada puntuación en doble presencia podría explicarse por el hecho de que debido a la situación de vulnerabilidad en la que es posible que se encuentre la persona que está pasando por un proceso oncológico ellos se vean en mayor medida implicados en las tareas del hogar con el objetivo de no sobrecargar al enfermo.

En conclusión, parece que las personas que han pasado por alguna enfermedad oncológica puntúan más alto en inseguridad, doble presencia y necesidad de esconder emociones. Por lo tanto, sería importante y beneficioso que la Universidad de Granada, por contar en su plantilla con incorporaciones y reincorporaciones de personas que han superado un proceso oncológico, tomase medidas destinadas a reducir el estrés postraumático; con el objetivo de asegurarles una exitosa reincorporación a su vida laboral. Partimos de la premisa de que, los trabajadores en general sufren estrés; y los participantes que han sufrido un proceso oncológico al puntuar más alto en inseguridad y necesidad de esconder emociones percibirán un estrés más elevado que influirá en el desempeño de su trabajo o incluso en una posible recaída.

Para terminar, también resulta importante ser conscientes de las limitaciones que presenta este estudio. Por un lado, el reducido número de participantes; sobre todo en el grupo compuesto por personas que han sufrido una enfermedad oncológica en primera persona, por lo que resultaría de gran ayuda que se realizasen estudios posteriores con una muestra superior. También sería de vital importancia llevar a cabo un control más exhaustivo de las variables extrañas que no han podido controlarse y que han podido contaminar los datos, comprobar si los datos son replicables en otros contextos y tener en cuenta que la potencia probatoria de causalidad en el caso de un cuasiexperimento es limitada. De cara a realizar un análisis más amplio sobre este tema también sería de gran ayuda realizar una propuesta de intervención con el objetivo de paliar los efectos del estrés en estos trabajadores.

Referencias

- Aguirre-Camacho, A. y Moreno-Jiménez, B. (2017). La relevancia de la flexibilidad psicológica en el contexto del cáncer: una revisión de la literatura. *Psicooncología*, 14,11-22.
- Akechi, T., Okuyama, T., Sugawara, Y., Nakano, T., Shima, Y., & Uchitomi, Y. (2004). Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *Journal of Clinical Oncology*, 22(10), 1957-1965.
- Andrés, C. (2005). Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Oncología (Barcelona)*, 28(3), 51-57.
- Barroilhet, S., Forjaz, M.J. y Garrido, E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas españolas de psiquiatría*, 33(6), 390-397.
- Bernat, J.K., Hullmann, S.E., & Sparks, G.G. (2017). Communicating breast cancer risk information to young adult women: A pilot study. *Journal of psychosocial oncology*, 35(3), 249-259.
- García, D. (2017). *Evaluación de la situación física, psicosocial y laboral de los pacientes largos supervivientes de cáncer* (Tesis Doctoral). Universidad de Salamanca.
- García, M.A. (2002). El bienestar subjetivo subjective Well-Being. *Escritos de psicología*, 6, 18-39.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2005). NTP 703: El método COPSOQ (ISTAS 21, PSQCAT21) de evaluación de riesgos psicosociales. (Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/6yyLjKtKE>)

- López-Guillén, A. y Vicente, J. (2017). Retorno al trabajo tras cáncer de mama. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 63(246), 51-67.
- Meza, M.P., Espindola, J.G., Mota, C., Rodríguez, M.L. y Diaz, E.C. (2005). Factores que inciden en la adaptación a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama. *Psicología Iberoamericana*, 13(1), 43-47.
- Molina, R., Feliu, J., San-José, B., López, J.L., Martín, J.I., Martínez-Amores, B., Navarro, F., Álvarez-Mon, M. y González, M. (2008). La reinserción laboral en los pacientes con cáncer colorrectal. *Psicooncología*, 5(1), 83-92.
- Moncada, S., Llorens, C., Navarro, A. y Kristensen, T.S. (2005). ISTAS21: Versión en lengua castellana del cuestionario psicosocial de Copenhague (COPSOQ). *Arch Prev Riesgos Labor*, 8(1), 18-29.
- Muñoz, J., Rush, C., Flashner, B., Cibrian, G., Martinez, S., Campos, C., Torres, M., Cepeda, O., Kuo, C., Kaltman, S., Jandorf, L., & Graves, K. (2017). "The song inside": "La canción por dentro" - Individual and dyadic impact of breast cancer for caregivers of Latina survivors. *Psycho Oncology*, 26(10), 1700-1703.
- Ochoa, C., Castejón, V., Sumalla, E.C. y Blanco, I. (2013). Crecimiento Post-traumático en supervivientes de cáncer y sus otros significativos: ¿Crecimiento vicario o secundario?. *Terapia psicológica*, 31(1), 81-92.
- Olmo Gascón, M.R., & Cobois Arteaga, F.D.L. (1999). Recursos para el afrontamiento emocional en el paciente oncológico. *Revista de Enfermería*, 10, 12-16.
- Otálora, G. (2007). La relación existente entre el conflicto trabajo-familia y el estrés individual en dos organizaciones colombianas. *Cuadernos de Administración*, 20(34), 139-160.
- Pérez, C. (2005). Evaluación psicológica del paciente con cáncer en la APS. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21, 1-2.
- Ramírez, A.Á. y Testa, J.R.G. (2012). El conflicto trabajo-familia: riesgo psicosocial para la salud laboral de los trabajadores. *Revista Páginas*, 92, 47-64.
- Rodríguez, B., Priede, A., Maeso, A., Arranz, H. y Palao, A. (2011). Cambios psicológicos e intervenciones basadas en mindfulness para los supervivientes de cáncer. *Revista de Psicooncología*, 8 (1), 7-20.
- Smith, M.Y., Redd, W.H., Peyser, C., & Vogl, D. (1999). Post-traumatic stress disorder in cancer: a review. *Psycho Oncology*, 8(6), 521-537.
- Sociedad Española de Oncología Médica. (2017). Las cifras del cáncer en España. (Archived bWebCite® at <http://www.webcitation.org/6yWuco3hZ>)
- Spiegel, D., Kraemer, H., Bloom, J., & Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet*, 334(8668), 888-891.
- Vázquez, C. y Castilla, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2/3), 385-404.