

REVISTA DE PSICOLOGÍA

Vol. 28 (2), 2010, ISSN 0254-9247
Lima, Perú

María del Carmen Aguilar Rivera

María Aranguren

María Elena Brenlla

Angela Uchoa Branco

Alejandro Castro Solano

Tomás Caycho

Melissa Knapp

Manolete S. Moscoso

Martín Nader

Magaly Nóbrega Mayorga

Ernesto Pollitt

Pierina Traverso Koroleff

Alessandra Oliveira Machado Vieira

DEPARTAMENTO
DE PSICOLOGÍA



FONDO
EDITORIAL

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

Pontificia Universidad Católica del Perú
Departamento de Psicología

REVISTA DE PSICOLOGÍA

ISSN 0254-9247

Vol. 28 (2), 2010

Editora Emérita: Cecilia Thorne

Editora: Sheyla Blumen

Comité Ejecutivo: Roberto Criado, Santiago Cueto, Marcia de la Flor, Roberto Lerner, Matilde Ráez, María Ragúz

Comité Editorial: Reynaldo Alarcón (*Universidad Ricardo Palma, Perú*), Victoria Arévalo (*Pontificia Universidad Católica del Perú*), Robert Bechtel (*University of Arizona, EE.UU.*), Germán Berríos (*University of Cambridge, Reino Unido*), Mary Louise Claux (*Pontificia Universidad Católica del Perú*), Jozef Corveleyn (*Katholieke Universiteit Leuven, Bélgica*), Susana Frisancho (*Pontificia Universidad Católica del Perú*), Fernando Jiménez Gómez (*Universidad de Salamanca, España*), Ramón León (*Universidad Ricardo Palma, Perú*), María Regina Maluf (*Universidade de São Paulo, Brasil*), Patricia Martínez (*Pontificia Universidad Católica del Perú*), Aníbal Meza (*Universidad Peruana Cayetano Heredia*), Franz Mönks (*Radboud Universiteit Nijmegen, Holanda*), Luis A. Oblitas (*Universidad Nacional Autónoma de México*), Alfonso Orantes (*Universidad Central de Venezuela*), Juana Pinzás (*Pontificia Universidad Católica del Perú*), Ernesto Pollitt (*University of California, Davis, EE.UU.*), María del Pilar Sánchez-López (*Universidad Complutense de Madrid, España*), Malva Villalón (*Pontificia Universidad Católica de Chile*), Orlando Villegas (*Wayne State University, EE.UU.*)

Asistente de Edición: Paula Moreyra

© Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú, 2010

Av. Universitaria 1801, Lima 32 - Perú

Teléfono: (511) 626-2650, Fax: (511) 626-2913

feditor@pucp.edu.pe

www.pucp.edu.pe/publicaciones

Diseño de cubierta y diagramación de interiores: Fondo Editorial PUCP

ISSN 0254-9247

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 95-0869

Primera edición: diciembre 2010

Tiraje: 150 ejemplares

La necesidad de evaluar distrés emocional en psico-oncología: ciencia o ficción?¹

Manoleté S. Moscoso² y Melissa Knapp³

University of South Florida, EE. UU.

El propósito de este estudio es avanzar en la construcción del Inventario de Distrés Emocional (IDE) como un instrumento de *screening*, fácilmente accesible, administrable, y psicométricamente válido y confiable, en la medición del distrés emocional en pacientes con cáncer. Se llevó a cabo un análisis factorial mediante componentes principales y método de rotación promax en una muestra de 238 pacientes con cáncer que iniciaron sus tratamientos con radioterapia y/o quimioterapia en el *Hospital Morton Plant* en la ciudad de Clearwater, Florida, EE. UU. Los resultados obtenidos nos indican que el IDE presenta una estructura factorial consistente con el marco conceptual en el cual se basó la construcción del instrumento, como también un elevado nivel de consistencia interna y validez convergente. Palabras clave: cáncer, distrés emocional, ansiedad, ira, desesperanza, depresión.

The need to assess emotional distress in psycho-oncology: Science or fiction?

The purpose of this study is to evaluate the factor structure of the Emotional Distress Inventory (EDI) in a sample of 238 cancer patients. The conceptual framework that guided the development of the EDI, factor structure, internal consistency, and convergent validity are reported. Emotional distress items were developed and administered to cancer patients who initiated chemotherapy and/or radiation treatments at Morton Plant Hospital Cancer Center in Clearwater, Florida, USA. Item responses were examined by factor analyses of principal components with promax rotations. The EDI presents three subscales that assess anxiety/depression, hopelessness, and anger expression as components of emotional distress. We also discuss the important implications of these subscales, particularly the inclusion of anger expression and hopelessness in the assessment of emotional distress in cancer patients. Keywords: Cancer, emotional distress, anxiety, anger, hopelessness, depression.

¹ Este estudio es parte del proyecto sobre *Mindfulness Based Cognitive Therapy* en pacientes con cáncer de mama, financiado por *The Susan G. Komen Breast Cancer Foundation*, número de premio BCTRO201400.

² University of South Florida, Schools of Medicine, Public Health & Nursing. Estudios doctorales en *University of California*, Los Angeles y estudios post-doctorales en University of South Florida, EE. UU. Contacto: 1978 Roseate Lane, FL 33957, EE. UU.; mmoscoso@health.usf.edu

³ Magister en Salud Pública y Enfermería, University of Florida, Gainesville, EE. UU. Contacto: 2420 Winding Creek Circle, Clearwater, FL 33761, EE. UU; gatorocn@yahoo.com

La última reunión internacional de noviembre del 2009 denominada *Breast Cancer in the Developing World*, organizada por *Harvard Global Equity Initiative* de la Universidad de Harvard, dejó claramente establecido que para enfrentar los retos que la enfermedad del cáncer presenta en los países en vías de desarrollo, es necesario reconocer su significativo nivel de incidencia y prevalencia dentro de la población laboralmente activa. Ello requiere integrar, no solamente una detección temprana, tratamiento, y aspectos de sobrevivencia, sino también tomar en consideración intervenciones que reduzcan el impacto emocional sobre las pacientes y sus familias.

Enfrentar la enfermedad del cáncer en los países en vías de desarrollo, particularmente el cáncer de mama, constituye una oportunidad para la aplicación de nuevos modelos de intervención médica, psicológica y de prevención, con el propósito de promover un conocimiento adecuado en relación a esta enfermedad, eliminar prejuicios relacionados con la región y cultura, y proteger los derechos y la salud de las mujeres. No deja de sorprender el hecho que en México, por ejemplo, el cáncer de mama es la segunda causa de muerte entre mujeres relativamente jóvenes cuyas edades oscilan entre 30 y 54 años (Porter, 2008).

Si bien es cierto que los programas de prevención del cáncer y su detección temprana son vitales en el control de la enfermedad, el reconocimiento del distrés emocional en pacientes con cáncer viene siendo una gran prioridad dentro de los programas de psico-oncología en los países desarrollados (Bleiker, Pouwer, van der Ploeg, Leer & Ader, 2000; Enskar & von Essen, 2007; Larsson, Haglund & von Essen, 2009; Olivares Crespo, Sanz Cortes & Roa Alvarado, 2004; Sirgo, Diaz Ovejero, Cano-Vindel & Pérez Manga, 2001). A pesar de este gran esfuerzo, aproximadamente el 50% de todas las personas diagnosticadas con cáncer en EE. UU. experimentan niveles significativamente elevados de distrés emocional, y la mayoría de sus síntomas no son

reconocidos y/o tratados por el personal profesional del centro hospitalario (Jacobsen & Ransom, 2007).

Debido a la ausencia de datos y estadísticas sobre la prevalencia del distrés emocional en pacientes con cáncer en los países en vías de desarrollo, es posible pensar que dichas cifras puedan ser superiores al 50% reportado en EE. UU. Uno de los principales obstáculos para obtener información adecuada en relación a la incidencia del distrés emocional es la falta de servicios de psico-oncología en la gran mayoría de instituciones hospitalarias. Sin lugar a dudas, la creación e implementación de los servicios de psico-oncología dentro de estas instituciones en países del tercer mundo debe tener un carácter prioritario.

La guía de práctica clínica del *U.S. National Comprehensive Cancer Network* (NCCN, 1999) define distrés en pacientes con cáncer como “una experiencia emocional desagradable de naturaleza psicológica, social, y espiritual, que interfiere con la habilidad de afrontar de manera efectiva con el diagnóstico de cáncer y sus diversas formas de tratamiento” (p. 113). El NCCN así mismo refiere que este distrés emocional varía desde “sentimientos normales de tristeza, vulnerabilidad, y temor a problemas que puedan generar un grado de discapacidad, tales como depresión, ansiedad, pánico, aislamiento social y una crisis espiritual de gran magnitud” (NCCN, 1999, p. 113). En la actualidad se tiene evidencia científica que indica que los pacientes con cáncer experimentan niveles significativamente altos de distrés emocional en el momento del diagnóstico inicial, de la recurrencia del tumor y durante el estado terminal de la enfermedad (Cella, Mahon & Donovan, 1999; Frojd, Larsson, Lampic & von Essen, 2007; Juan et al., 2003; Neipp, López-Roig, Terol & Pastor Mira, 2008; Zabora, 1998).

Estudios acerca de la prevalencia del distrés emocional en pacientes con cáncer en EE. UU. indican que entre el 29% y el 47% de pacientes que reciben el diagnóstico de cáncer experimentan niveles elevados de distrés emocional (Massie & Holland, 1990). La incidencia de niveles significativamente altos de ansiedad, en comparación a los de la población normal, se presenta en el 85% de pacientes nuevos con diagnóstico de cáncer. Aún más, la incidencia de depresión en pacientes

con cáncer varía entre el 20% y el 25% en EE. UU. (Breitbart, 1995) y entre 72% y 89% en Suecia (Frojd et al., 2007) con un aumento del 77% en los pacientes con un estado avanzado de cáncer (Ford, Lewis & Fallowfield, 1995; Pirl & Roth, 1999).

El distrés emocional es considerado un constructo muy importante en el campo de la salud en general, y del cáncer en particular, representando un tema central de investigación y estudio (Zabora, Brintzenhofeszoc, Curbow, Hooker & Piantadosi, 2001). A pesar de que este cuadro clínico no es comparable con una depresión mayor u otras anomalías psiquiátricas severas, personas que sufren reacciones de distrés emocional requieren de mucha ayuda psicológica e intervenciones psicosociales en el campo de la medicina y de la psicología clínica de la salud (Andersen et al., 2008; Cano-Vindel, Sirgo & Pérez-Manga, 1994; Hewitt, Herdman & Holland, 2004; Sosa, Capafons & Caballeira, 1999). El diagnóstico de cáncer y los efectos secundarios de los diferentes tratamientos para esta enfermedad son ejemplos convincentes de estresores capaces de provocar niveles elevados de distrés emocional (Sebastian, Mateos & Prado, 2000).

En el contexto de nuestra investigación, definimos el distrés emocional como “un estado marcado por sentimientos subjetivos, que varían en intensidad desde tristeza, inseguridad, confusión, y preocupación, hasta la experiencia de síntomas mucho más severos como por ejemplo ansiedad, depresión, expresión de la cólera/ira, aislamiento social, y pérdida de esperanza”. Nuestro marco conceptual acerca del concepto de distrés emocional en pacientes con cáncer incluye la ansiedad, expresión de la cólera/ira, pérdida de esperanza, y un significativo grado de síntomas depresivos de carácter multidimensional (factores independientes, pero altamente correlacionados), que deben de ser claramente distinguidos del diagnóstico de depresión mayor (Moscoso, McCreary, Goldenfarb, Knapp & Reheiser, 2000).

Estudios realizados por Dohrenwend, Shrout, Egri y Mendelsohn (1980) acerca del concepto de distrés emocional confirman la presencia de factores multidimensionales, altamente correlacionados y con una significativa cantidad de información proveniente de una dimensión

mayor. En apoyo a la observación científica de que una dimensión mayor contribuye considerablemente al concepto de distrés emocional, un buen número de estudios empíricos reconocen la importancia de tomar en consideración a la ansiedad y depresión como dos componentes mutuamente inclusos del constructo de distrés emocional (Coyne, 1994; Gottschalk & Hoigaard-Martin, 1986). En este mismo sentido, Cassileth, Lusk, Hutter, Strouse y Brown (1984) sugieren que los síntomas de ansiedad y depresión representan simplemente “dos rótulos” aparentemente diferentes pero significativamente correlacionados, para un concepto más amplio y de carácter general, refiriéndose al concepto de distrés emocional.

En la labor científica es importante reconocer que la claridad conceptual es esencial para el progreso empírico. Por lo tanto, en el propósito de desarrollar una prueba de medición válida y confiable, necesitamos distinguir *distrés emocional*, conceptual y empíricamente, de todos aquellos factores con los cuales este constructo está relacionado de manera indirecta. Por ejemplo, la distinción entre *distrés somático* y *síntomas somáticos* tiene una importancia crítica. El distrés somático es entendido en la literatura científica como una preocupación por síntomas físicos (Gillespie, Kirk, Heath, Martin & Hickie, 1999; Somerfield, Stefanek, Smith & Padberg, 1999). Así mismo, es importante anotar que algunos síntomas somáticos tales como pérdida de apetito, dificultad para conciliar el sueño, pérdida de peso y falta de energía no están necesariamente relacionados con el concepto de distrés emocional. Aún más, en el caso de pacientes con diagnóstico de cáncer, estos síntomas somáticos están directamente relacionados con los efectos secundarios de los tratamientos del cáncer. Consecuentemente, en el proceso de elaboración de este instrumento psicométrico decidimos no incluir ítems que representen síntomas somáticos con el propósito de no comprometer la validez y confiabilidad del constructo de distrés emocional en pacientes con cáncer (Moscoso, McCreary, Goldenfarb, Knapp & Rohr, 1999).

La evaluación clínica del distrés emocional como parte del proceso de evaluación psicosocial nos ofrece la oportunidad de identificar

pacientes con un elevado riesgo de experimentar alteraciones emocionales antes de ser informados de su diagnóstico de cáncer (Rodgers, Martin, Morse, Kendell & Verrill, 2005). Evaluaciones de distrés emocional posteriores al diagnóstico de cáncer, cirugía, o inicio de tratamientos de quimioterapia o radioterapia podrían ofrecer evidencia clínica muy valiosa de la necesidad de intervención psicológica para el tratamiento de dicha sintomatología psicológica (Andersen et al., 2007). A pesar de conocer el impacto negativo del distrés emocional en pacientes con cáncer, particularmente en relación a la calidad de vida de estos pacientes, la evaluación de rutina de estas alteraciones emocionales tan frecuentes en este tipo de pacientes no ha sido consistente en los diferentes centros de atención a pacientes con cáncer en EE. UU. (Ibbotson, Maguire, Selby, Priestman & Wallace, 1994; Jacobsen & Ransom, 2007). Es muy posible que lo mismo ocurra también en Latinoamérica. En este sentido, necesitamos datos que aclaren este panorama.

La medición estandarizada del distrés emocional en pacientes con cáncer presenta muchas dificultades en los centros de atención especializados. Una encuesta realizada en institutos de cáncer en EE. UU. reportó que el personal profesional de estos centros depende mayormente de entrevistas breves no estructuradas para la evaluación de este tipo de problemas psicológicos y emocionales (Jacobsen & Ransom, 2007). Desafortunadamente, el esfuerzo metodológico y sistemático por mejorar las formas actuales de evaluación del distrés emocional ha sido mínimo. Los programas, centros e institutos que ofrecen servicios a pacientes con cáncer, no solamente en EE. UU. y Europa, sino también en Latinoamérica, podrían claramente beneficiarse de una forma de evaluación tipo *screening* y de fácil aplicación, estandarizada, y psicométricamente válida con el propósito de identificar desde un inicio a los pacientes que experimentan cuadros clínicos de distrés emocional.

La evaluación del distrés emocional en pacientes con cáncer requiere un marco teórico y conceptual coherente, que incluya síntomas de ansiedad y depresión, como también síntomas de cólera/ira, temor y desesperanza (Moscoso et al., 1999; Spielberger & Reheiser,

2009). En el campo de la psicología clínica, la cólera/ira ha sido parcialmente ignorada en base a la creencia de que esta emoción es normal y es considerada como una respuesta emocional lógica a estresores que se presentan en la vida diaria, siendo esto típicamente más evidente dentro del contexto transcultural (Moscoso & Spielberger, 1999). Definiciones más precisas de estos conceptos son parte de los requerimientos para el desarrollo de nuevos instrumentos de medición psicométricos a ser usados en pacientes con el diagnóstico de cáncer. Estas definiciones deben distinguir la afectividad negativa de los aspectos somáticos de la ansiedad y depresión, así como también reconocer conceptual y empíricamente las diferencias entre la experiencia, la expresión y el control de la cólera (Spielberger, Moscoso & Brunner, 2005).

El propósito de este artículo es reportar la validez concurrente y consistencia interna, así como también la estructura factorial de un instrumento de medición del distrés emocional en pacientes con diagnóstico de cáncer. El Inventario de Distrés Emocional (IDE) fue diseñado con la intención de ofrecer un instrumento tipo *screening*, psicométricamente válido y confiable en el campo de la psico-oncología, y que permita identificar a pacientes con un elevado riesgo de experimentar distrés emocional durante el proceso de diagnóstico de cáncer y la adherencia a las diferentes formas de tratamiento para esta enfermedad.

El IDE tiene la propiedad de evaluar las diferentes dimensiones de ansiedad, depresión, expresión de la cólera/ira, y desesperanza en pacientes con cáncer. Este instrumento psicométrico compuesto por 15 ítems es sensible a la naturaleza multidimensional del concepto de distrés emocional, y toma en consideración la medición de un *índice global de distrés emocional* en base a dicha multidimensionalidad de este constructo. Esta forma de conceptualización parece ser la más apropiada en virtud de la actual evidencia científica disponible, de que el concepto de distrés emocional mantiene una jerarquía multidimensional, con la mayor parte de información proveniente de un factor mayor (Dohrenwend et al., 1980; Gottschalk & Hoigaard-Martin, 1986).

Metodología

Participantes

Para satisfacer el modelo de promedios sujetos/variables (STV), basado en el número de variables que nuestro instrumento contiene, se determinó que en nuestra investigación era necesario el tamaño de una muestra de por lo menos 150 participantes (Bryant & Yarnold, 1995; Gorsuch, 1988). El EDI fue administrado a 238 pacientes con diagnóstico de cáncer, de los cuales 162 corresponden al sexo femenino (68%) y 76 al sexo masculino (32%). Dichos pacientes fueron evaluados cuando se encontraban al inicio de sus tratamientos de quimioterapia y/o radioterapia en los servicios de consulta externa del *Morton Plant Hospital Cancer Center* en Florida, EE. UU.

El rango de edades de los participantes fluctúa entre los 18 y 68 años (*Mdn* = 48). Los criterios de inclusión para aceptar a un paciente en nuestro estudio exigía: a) una edad mínima de 18 años, b) no presentar historia documentada de diagnóstico, tratamiento psiquiátrico y/o adicción a drogas, y c) estar de acuerdo en proveer la documentación referente al consentimiento de información. Se consideró al diagnóstico de enfermedades psiquiátricas y dependencia a drogas como factores de confabulación y confusión en la evaluación del distrés emocional en pacientes con cáncer, por lo tanto consideramos esta situación como un criterio de exclusión para salvaguardar la validez de nuestro estudio. Por esta razón, 13 pacientes (5%) que presentaban una historia psiquiátrica, fueron eliminados de nuestro estudio.

58 pacientes (24%) de nuestra muestra eran de origen hispano. La muestra consistió de 32 pacientes (13%) diagnosticados con cáncer al pulmón, 96 pacientes (40%) con diagnóstico de cáncer de mama, 84 pacientes (35%) con cáncer de próstata, 19 pacientes (8%) con cáncer al colon y 7 pacientes (3%) con diagnóstico de cáncer a los ovarios. La mayoría de participantes eran personas diagnosticadas con cáncer en los 30 días previos a la fecha de evaluación, por lo tanto, eran pacientes nuevos. Es importante indicar que una excepción a este caso fueron 17

pacientes (7%) con diagnóstico de cáncer al pulmón, quienes experimentaban al momento de la evaluación un proceso de recurrencia del tumor maligno y se encontraban al inicio de un nuevo tratamiento de quimioterapia y/o radioterapia. El 100% de los pacientes en nuestra muestra tenía como mínimo estudios secundarios, y en muchos casos tenían estudios universitarios.

Instrumentos

Los participantes que cumplieron los requisitos de inclusión respondieron a una batería de tres instrumentos psicométricos ofrecidos en la siguiente secuencia: a) el Inventario de Distrés Emocional (IDE), b) el *Brief Symptom Inventory* (BSI), y c) el *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS).

El Inventario de Distrés Emocional (IDE) es una prueba psicométrica de *screening* que consta de 15 ítems, diseñada para medir la presencia y severidad del distrés emocional en su forma multidimensional, como un desorden del estado de afectividad y definido como sentimientos subjetivos que varían en intensidad desde un estado de tristeza, incertidumbre, confusión y preocupación hasta la expresión de síntomas más severos como ansiedad, depresión, cólera/ira, aislamiento social y desesperanza. Este instrumento psicométrico discrimina cuidadosamente los efectos confabulatorios y de confusión de síntomas somáticos como, por ejemplo, pérdida de peso, insomnio, fatiga, náuseas y pérdida de apetito, comúnmente asociados con las diferentes formas de tratamiento del cáncer.

El IDE mide tres dimensiones distintas del distrés emocional: ansiedad/depresión, desesperanza y expresión de cólera/ira (Moscoso et al., 1999). Adicionalmente, este instrumento ofrece soporte en la toma de decisiones clínicas y de tratamiento de trastornos emocionales al momento del diagnóstico de cáncer y durante el proceso de tratamiento y rehabilitación de esta enfermedad. La forma de respuesta de cada ítem del IDE implica que cada paciente reporte “en qué medida ha experimentado cada síntoma relacionado con el distrés emocional

durante el último mes, incluyendo el día de hoy”, indicando su respuesta en una escala de 4 puntos: 0-en ningún momento, 1-a veces, 2-frecuentemente, 3-en todo momento.

Como indicamos anteriormente, durante la construcción del IDE no se tomó en consideración ítems que describen síntomas somáticos comúnmente asociados con los efectos secundarios de los tratamientos del cáncer. El paso inicial incluyó la elaboración de un buen número de ítems en base a la validez de contenido del constructo distrés emocional, tomando en consideración la complejidad del significado y el grado de entendimiento y dificultad para entender cada ítem. Este proceso de construcción de ítems se realizó en base a consideraciones empíricas para medir las dimensiones implicadas de distrés emocional: ansiedad, depresión, desesperanza y expresión de cólera/ira.

Se elaboró conceptualmente un grupo inicial de 20 ítems con el propósito de medir las diferentes dimensiones del constructo distrés emocional. En algunos casos fueron adaptados y/o modificados ligeramente de ítems ya existentes en otras pruebas de medición de afectividad negativa. Este grupo preliminar de 20 ítems fue presentado a un grupo de jueces/expertos conformado por profesionales de la salud que conforman el equipo de trabajo del *Morton Plant Hospital Cancer Center*, como parte del plan piloto para evaluar la validez de contenido del instrumento en base al grado de dificultad para entender cada ítem, y su significado. Cinco (25%) de los veinte ítems inicialmente redactados fueron eliminados en base a las evaluaciones y comentarios de los jueces del plan piloto, en la mayoría de los casos debido al grado de dificultad para entender el ítem y/o redundancia (Moscoso et al., 1999).

Con el propósito de realizar el análisis de la confiabilidad y estabilidad de la prueba se llevó a cabo una segunda fase del estudio con una muestra de 122 pacientes diagnosticados con cáncer (Moscoso et al., 2000). En este estudio se hicieron pruebas de correlación test-retest con un intervalo temporal de 4 semanas. Los valores encontrados indican que el IDE es una prueba confiable, con una correlación Pearson test-retest de 0,72 en la escala de ansiedad y de 0,79 en la escala de depresión. Los valores en la escala de la expresión de la cólera/ira son de

0,68 y en la escala de desesperanza de 0,64. En contraste, los coeficientes de estabilidad para las escalas de ansiedad (0,34), depresión (0,46), expresión de cólera/ira (0,59) y desesperanza (0,58) son relativamente bajos como se esperaba, debido a la propia naturaleza de estos estados emocionales que resultan cambiantes a lo largo del tiempo transcurrido.

El *Brief Symptom Inventory* (BSI) fue elaborado con el propósito de evaluar ansiedad, depresión y somatización en pacientes con problemas de salud. Este instrumento de medición consta de 18 ítems y proviene de un instrumento psicométrico más extenso denominado *Brief Symptom Inventory*-Forma Extendida (BSI-53) (Derogatis, 1993). El coeficiente de estabilidad del BSI es 0,90, lo cual indica que el BSI es un instrumento psicométrico confiable.

El *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) es un instrumento psicométrico compuesto por 14 ítems y tiene como propósito medir el nivel de severidad de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados (Zigmond & Snaith, 1983). Este instrumento fue diseñado específicamente para su utilización con pacientes afectados por problemas médicos y postrados en un centro hospitalario. La variedad de respuestas y el uso de ítems caracterizados por afectividad positiva y negativa en este instrumento de medición es de gran preocupación al momento de validar los puntajes de las escalas de ansiedad y depresión. Estas diferencias han sido observadas como un problema de confiabilidad por Spielberger y asociados (Spielberger, Reheiser, Owen & Sydeman, 2003). Este instrumento reporta correlaciones que varían entre 0,41 y 0,76 para los ítems de ansiedad, y correlaciones entre 0,30 y 0,60 para la sub-escala de depresión, todas significativas al nivel de $p < 0,01$ (Zigmond & Snaith, 1983).

Procedimiento

Todos los pacientes diagnosticados con cáncer en el *Morton Plant Hospital Cancer Center* en los últimos 30 días previos al inicio de nuestra investigación fueron informados e invitados a participar en nuestro estudio por una de nuestras asistentes de investigación. Se obtuvo el consentimiento de información escrito de cada uno de los pacientes

que satisficían los requerimientos de inclusión. La forma del consentimiento estipulaba claramente que la participación en el estudio era absolutamente voluntaria y que toda la información ofrecida por el paciente era de naturaleza estrictamente confidencial.

El paquete de investigación, consistente de la hoja de datos demográficos y los tres instrumentos psicométricos mencionados, fue administrado en el transcurso de admisión a los tratamientos de quimioterapia en el *Powell Cancer Pavilion* y/o admisión al tratamiento de radioterapia en el *Lykes Center for Radiation Therapy*, ambos centros de consulta externa pertenecientes al *Morton Plant Hospital Cancer Center* en Florida, EE. UU. La asistente de investigación verificó que cada paciente incluido en el estudio completara la hoja de datos demográficos y todas las pruebas psicométricas involucradas en el estudio. Las instrucciones a los pacientes fueron presentadas de manera estandarizada, en forma verbal y escrita en el idioma inglés.

El estudio fue aprobado por la comisión de evaluación de estudios de investigación y protección de pacientes participantes en estudios de investigación científica del hospital (*Morton Plant Health Care Institutional Review Board*).

Resultados

Las medias, las desviaciones estándar, los coeficientes alpha de Cronbach y la correlación ítem-puntuación total del IDE y de las escalas de ansiedad, depresión, expresión de cólera/ira y desesperanza, así como de los 15 ítems individualmente, están reportados en la Tabla 1. El coeficiente alpha de Cronbach para el instrumento total del IDE es de ,91, lo cual es significativamente elevado, como también los coeficientes alpha para sus cuatro escalas. Estas varían entre ,72 a ,83, indicándonos un elevado grado de consistencia interna. La correlación ítem-puntuación total de cada ítem varía entre ,39 y ,83, ofreciendo una mayor evidencia del buen grado de consistencia interna para cada una de las cuatro escalas que componen el instrumento.

Tabla 1

Medias, desviaciones estándar y correlaciones de coeficientes alpha/item puntuación total de pacientes con cáncer en el IDE y sus respectivas escalas de ansiedad, depresión, desesperanza y cólera/lira

Inventario D.E.	M	Media	DE	Alpha/ I.R.
IDE (Inventario Distres Emocional)	238	26,91	8,36	,91
IDE: Ansiedad	238	7,61	2,87	,83
I feel strained (2)	238	2,03	,89	,83
I feel nervous (5)	238	2,03	,89	,65
I feel confused and restless (6)	238	1,83	,89	,71
I feel overwhelmed by “simple difficulties” (7)	237	1,71	,87	,61
EDI: Depresión	238	7,86	2,93	,80
I worry that my condition will get worse (8)	238	2,08	,92	,62
I feel sad (14)	238	1,97	,94	,75
I am not enjoying the things I usually do for fun (9)	238	1,95	1,03	,57
EDI: Desesperanza	238	5,16	1,89	,72
I feel distant from my friends (3)	7	1,47	,83	,56
I am losing hope in the fight against my illness (10)	238	1,27	,62	,54
I feel like a failure (15)	238	1,27	,64	,47
I am losing faith in my medical treatment (12)	238	1,17	,47	,39
EDI: Cólera	238	6,29	2,25	,78
I get easily irritated (1)	238	1,88	,80	,53
I am angrier than I am willing to admit (4)	237	1,54	,79	,66
I feel angry (13)	238	1,49	,65	,62
I “boil inside”, but I try not to show it (11)	237	1,38	,66	,47

Los números en paréntesis se refieren a los números de ítems en el instrumento.

El análisis de validez concurrente o convergente fue realizado en base a los coeficientes de correlación Pearson con el propósito de evaluar la relación entre el IDE y sus escalas de ansiedad, depresión, expresión de cólera/ira y desesperanza, así como también para observar la relación con las diferentes subescalas del *Hospital Anxiety and Depression Scale* y del *Brief Symptom Inventory*. Las correlaciones entre las subescalas de estos instrumentos psicométricos son reportadas en la Tabla 2. De acuerdo a lo esperado, cada uno de los instrumentos y sus escalas tienen correlaciones elevadas ($p < ,001$). Las correlaciones más elevadas se presentan entre las escalas de ansiedad y depresión de cada uno de los tres instrumentos. La escala de somatización del BSI presenta las más bajas correlaciones en relación al IDE y al HADS debido a la ausencia de ítems que midan síntomas somáticos en estas últimas dos pruebas psicométricas.

Las respuestas de los 15 ítems que conforman el IDE fueron sujetas a un análisis de componentes principales con rotaciones promax. En la asignación de los ítems a los factores se tuvieron en cuenta las cargas factoriales iguales o mayores a ,35. La muestra de nuestro estudio fue adecuada para realizar este análisis factorial, como lo indican las medidas de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) $> ,60$ y la prueba de esfericidad de Barlett ($p < ,001$). En la Tabla 3 se reportan todos los datos correspondientes a la saturación factorial de cada uno de los 15 ítems ordenados en cada factor.

El análisis presenta 3 factores que explican el 79,4% del total de la varianza. Específicamente, el primer factor agrupa 7 ítems que corresponden a características de ansiedad y depresión explicando el 56% de la varianza. El segundo factor compuesto por 4 ítems que reflejan desesperanza explica el 12,1% de la varianza. Finalmente, un tercer factor compuesto por 4 ítems que denotan claramente la expresión de la cólera/ira explica el 11,3% de la varianza total. Las elevadas correlaciones inter-factoriales, ,45 o mayores, son una manifestación de nuestra decisión de utilizar la solución de rotaciones promax.

Tabla 2
Análisis de coeficientes de correlación Pearson en pacientes con cáncer (n = 238) del IDE y sus escalas de ansiedad, depresión, desesperanza y cólera/ira; así como coeficientes de correlación Pearson del HADS y del BSI y todas sus sub-escalas

	IDE	ANX	DEP	HOP	ANG	HADS-A	HADS-D	BSI	BSI-S	BSI-A	BSI-D
IDE	0,90	0,83	0,76	0,79	0,81	0,72	0,80	0,53	0,77	0,75	
ANX	0,90		0,66	0,59	0,64	0,77	0,66	0,78	0,54	0,77	0,67
DEP	0,83	0,66		0,55	0,47	0,67	0,64	0,7	0,42	0,65	0,69
HOP	0,76	0,59	0,55		0,51	0,56	0,61	0,63	0,41	0,55	0,65
ANG	0,79	0,64	0,47	0,51		0,62	0,48	0,52	0,37	0,51	0,46
HADS-A	0,81	0,77	0,67	0,56	0,62		0,63	0,75	0,45	0,77	0,67
HADS-D	0,72	0,66	0,64	0,61	0,48	0,63		0,76	0,59	0,63	0,73
BSI	0,80	0,78	0,7	0,63	0,52	0,75	0,76		0,75	0,91	0,91
BSI-S	0,53	0,54	0,42	0,41	0,37	0,45	0,59	0,75		0,51	0,54
BSI-A	0,77	0,77	0,65	0,55	0,51	0,77	0,63	0,91	0,51		0,77
BSI-D	0,75	0,67	0,69	0,65	0,46	0,67	0,73	0,91	0,54	0,77	

Todas las correlaciones son significativas al $p < ,001$.

Tabla 3

Análisis factorial del IDE en pacientes con cáncer

<i>Inventario</i>	<i>Factor 1</i>	<i>Factor 2</i>	<i>Factor 3</i>
<i>Distres Emocional</i>	<i>Ans/Dep</i>	<i>Desesp</i>	<i>Cólera/ira</i>
IDE: Ansiedad			
I feel strained (2)	,71		
I feel nervous (5)	,62		
I feel confused and restless (6)	,58		
I feel overwhelmed by “simple difficulties” (7)	,68		
IDE: Depresión			
I worry that my condition will get worse (8)	,37	,31	
I feel sad (14)	,71		
I am not enjoying the things I usually do for fun (9)	,61		
IDE: Desesperanza			
I feel distant from my friends (3)		,40	
I am losing hope in the fight against my illness (10)		,63	,49
I feel like a failure (15)		,63	
I am losing faith in my medical treatment (12)			
IDE: Cólera/Ira			
I get easily irritated (1)	,35		,41
I am angrier than I am willing to admit (4)			,72
I feel angry (13)			,48
I “boil inside”, but I try not to show it (11)			,66
	Eigenvalue	6,30	,75
			,62

Correlaciones Interfactor Factor 1 - Factor 2 = ,59

Factor 1 - Factor 3 = ,57

Factor 2 - Factor 3 = ,45

Los números en paréntesis se refieren a los números de los ítems en el instrumento.

Discusión

El propósito más importante de esta investigación fue ampliar y avanzar en la construcción del IDE como un instrumento de *screening* fácilmente administrable y psicométricamente válido y confiable en la medición del distrés emocional en pacientes con cáncer. La gran motivación en nuestros esfuerzos durante la última década de trabajo científico con este instrumento es poner a disposición de la comunidad científica y profesionales en el área de la psico-oncología, una prueba psicométrica de fácil acceso para identificar pacientes con cáncer que sufren de un significativo nivel de distrés emocional mientras experimentan el difícil proceso de recibir el diagnóstico, y están expuestos a cirugía, quimioterapia y/o radioterapia con el propósito de rehabilitación del cáncer.

El marco conceptual que nos permitió desarrollar el IDE se basa en un claro entendimiento de que el constructo de distrés emocional mantiene un grado significativo de multidimensionalidad, es decir, factores independientes y discretos pero altamente correlacionados (Moscoso & Rehaier, en prensa). Las elevadas correlaciones encontradas entre el IDE y sus escalas de ansiedad, depresión, desesperanza y expresión de cólera/ira, y las escalas de ansiedad y depresión del HADS y del BSI eran de esperar, lo cual nos indica un alto nivel de validez concurrente. Las bajas correlaciones entre las escalas del IDE y la escala de somatización del BSI tampoco nos sorprenden en absoluto, debiéndose ello a que las escalas del IDE no incluyen ítems relacionados con síntomas somáticos. Finalmente, las correlaciones elevadas entre las escalas de expresión de la cólera/ira y desesperanza del IDE con las escalas del HADS y del BSI nos ofrecen mayor evidencia y soporte a la inclusión de dichas dimensiones en la evaluación del distrés emocional en pacientes con cáncer. La consistencia interna del IDE, representada por un coeficiente alpha de Cronbach de ,91, es impresionante para un instrumento de tan solo 15 ítems.

Los análisis realizados confirman la estructura factorial y la validez de constructo del IDE, identificando tres dimensiones del concepto de distrés emocional, que corresponden directamente con el marco con-

ceptual en el cual se basa este instrumento. Al examinar la estructura factorial del IDE, encontramos que una solución de tres factores representa la mejor, la más simple y la más significativa información de las dimensiones del concepto de distrés emocional. En medición psicológica, se considera que una solución factorial tiene una buena estructura simple cuando cada ítem es asignado a un factor único sin ningún tipo de ambigüedad (Nunnally, 1978).

El primer factor está representado por 7 ítems que reflejan síntomas de ansiedad y depresión, los cuales tienen cargas factoriales que varían entre 0,37 y 0,71. A pesar de que la ansiedad y depresión son tradicionalmente percibidas como cuadros clínicos independientes y conceptualmente distintos, en la práctica clínica e investigación científica esta diferenciación no es tan obvia como se piensa. El esfuerzo por presentar a la ansiedad y la depresión como dos cuadros clínicos discretos e independientes y diferenciar sus características en instrumentos psicométricos ha resultado muy difícil de probar, como lo muestran un significativo número de estudios psicométricos (Clark & Watson, 1991; Haaga, McDermut & Ahrens, 1993). Esta dificultad ha sido demostrada, aún de manera más obvia, en pruebas de medición psicológica que no toman en consideración ítems que reflejen síntomas somáticos de la ansiedad y depresión.

El factor 2 de nuestro análisis está constituido por 4 ítems con cargas factoriales robustas, los cuales varían entre 0,40 y 0,63. El contenido de los ítems de este factor representan síntomas relacionados con pérdida de esperanza, aislamiento social, pérdida de fe y sentimientos de fracaso. La naturaleza pesimista de los ítems que componen el factor 2 parece indicar que el síndrome de *desesperanza* presenta componentes de afectividad negativa así como también cognitiva, y expresan un sentimiento de *tirar la toalla* en relación a las experiencias que estos pacientes están actualmente viviendo. La aparición de este factor como una dimensión independiente no es sorpresa, en virtud de que la experiencia de este tipo de síntomas severos de pérdida de fe, en combinación con un aislamiento social, son reportados por pacientes que fueron informados de la recurrencia de tumores malignos en otros

órganos o sistemas, o que en su defecto, son informados que su condición médica es terminal.

El tercer factor está compuesto por 4 ítems que representan la expresión de cólera/ira y cuyas cargas factoriales varían entre 0,41 y 0,72. Esta característica unidimensional representada por un factor de naturaleza bipolar, como lo indican los 4 ítems que reflejan la supresión y expresión de cólera/ira, está claramente delineada por la robustez de las cargas factoriales de dicha dimensión. Ello tampoco es sorpresa para nosotros en virtud de análisis factoriales previos realizados con muestras de estudiantes latinoamericanos, en los cuales encontramos factores semejantes (Moscoso & Spielberger, 1999; Spielberger, 1988).

Los resultados del análisis factorial claramente nos indican que el IDE es un instrumento psicométrico que presenta una descripción válida y confiable de la experiencia de distrés emocional en pacientes con diagnóstico de cáncer. La estructura factorial de la prueba confirma psicométricamente las propiedades estructurales asumidas en nuestros planteamientos hipotéticos, y ofrece soporte empírico a nuestra conceptualización del distrés emocional como un constructo multidimensional. Sin lugar a dudas, estos resultados nos motivan a continuar examinando la naturaleza de su estructura, incluyendo futuros esfuerzos con el propósito de replicar estos mismos resultados en grupos de pacientes más heterogéneos, así como también con pacientes con otros tipos de diagnóstico.

En conclusión, este estudio enfatiza la necesidad de disponer de un instrumento psicométrico tipo *screening* con el propósito de evaluar los niveles de ansiedad, depresión, desesperanza y la expresión de cólera/ira, como componentes del distrés emocional que los pacientes con cáncer experimentan durante el proceso de diagnóstico y tratamientos a los que están expuestos. Los resultados reportados en el presente estudio muestran una robusta evidencia empírica de consistencia interna, validez de constructo y validez concurrente del IDE. De igual manera, los resultados del análisis factorial son estimulantes, sugiriendo que el IDE provee información significativa acerca de los diferentes aspectos multidimensionales del distrés emocional en pacientes con cáncer. A pesar de la bondad

de estos datos empíricos, es muy importante tomar dichos resultados con cautela. Nuestro estudio presenta limitaciones relacionadas con las características específicas de nuestra muestra. Más estudios en relación al IDE son necesarios con el propósito de proveer mayor información en otro tipo de enfermedades y con muestras más amplias.

Referencias

- Andersen, B. L., Farrar, W. B., Golden-Kreutz, D., Emery, C. F., Glaser, R., Crespin, T. et al. (2007). Distress reduction from a psychological intervention contributes to improved health for cancer patients. *Brain, Behavior, and Immunity*, 21, 953-961.
- Andersen, B. L., Yang, H. C., Farrar, W. B., Golden-Kreutz, D. M., Emery, C. F., Thornton, L. M. et al. (2008). Psychological intervention improves survival for breast cancer patients: A randomized clinical trial. *Cancer*, 113, 3450-3458.
- Bleiker, E. M., Pouwer, F., van der Ploeg, H. M., Leer, J. W. & Ader, H. J. (2000). Psychological distress two years after diagnosis of breast cancer: Frequency and prediction. *Patient Educ Couns*, 40, 209-217.
- Breitbart, W. (1995). Identifying patients at risk for and treatment of major psychiatric complications of cancer. *Supportive Cancer Care*, 3, 45-60.
- Bryant, B. F. & Yarnold, P. R. (1995). Principal-components analysis and exploratory and confirmatory factor analysis. En L. G. Grimm & P. R. Yarnold (Eds.), *Reading and understanding multivariate statistics* (pp. 99-136). Washington, DC: American Psychological Association.
- Cano-Vindel, A., Sirgo, A. & Pérez-Manga, G. (1994). Cáncer y estilo represivo de afrontamiento. *Ansiedad y Estrés*, 0, 101-112.
- Cassileth, B. R., Lusk, E. J., Hutter, R., Strouse, T. B. & Brown, L. I. (1984). Concordance of depression and anxiety in patients with cancer. *Psychological Reports*, 54, 588-590.

- Cella, D., Mahon, S. & Donovan, M. (1990). Psychosocial adjustment to recurrent cancer. *Oncology Nursing Forum*, 17, 47-52.
- Clark, L. A. & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.
- Coyne, J. C. (1994). Self-reported distress: Analog or ersatz depression? *Psychological Bulletin*, 116, 29-45.
- Derogatis, L. R. (1993). *The Brief Symptom Inventory: Administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Dohrenwend, B. P., Shrout, P. E., Egri, G. & Mendelsohn, F. S. (1980). Nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology: Measures for use in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1229-1236.
- Enskar, K. & von Essen, L. (2007). Prevalence of aspects of distress, coping, support and care among adolescents and young adults undergoing and being off cancer treatment. *European Journal of Oncology Nursing*, 11, 400-408.
- Ford, S., Lewis, S. & Fallowfield, L. (1995). Psychological morbidity in newly referred cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 193-202.
- Frojd, C., Larsson, G., Lampic, C. & von Essen, L. (2007). Health related quality of life and psychosocial function among patients with carcinoid tumours. A longitudinal, prospective, and comparative study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5, 18.
- Gillespie, N., Kirk, K. M., Heath, A. C., Martin, N. G. & Hickie, I. (1999). Somatic distress as a distinct psychological dimension. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 451-458.
- Gorsuch, R. L. (1988). Exploratory factor analysis. En J. R. Nesselroade & R. B. Cattell (Eds.), *Handbook of multivariate experimental psychology* (2da. ed., pp. 231-258). Nueva York: Plenum Press.
- Gottschalk, L. A. & Hoigaard-Martin, J. (1986). The emotional impact of mastectomy. *Psychiatry Research*, 17, 153-167.

- Haaga, D. A., McDermut, W. & Ahrens, A. H. (1993). Discriminant validity of the inventory to diagnose depression. *Journal of Personality Assessment*, 60, 285-289.
- Hewitt, M., Herdman, R. & Holland, J. C. (2004). *Meeting psychosocial needs of women with breast cancer*. Washington, DC: National Academies Press.
- Jacobsen, P. B. & Ransom, S. (2007). Implementation of NCCN distress management guidelines by member institutions. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 5, 99-103.
- Ibbotson, T., Maguire, P., Selby, P., Priestman, T. & Wallace, L. (1994). Screening for anxiety and depression in cancer patients: The effects of disease and treatment. *European Journal of Cancer*, 30A, 37-40.
- Juan, E., Blasco, T., Font, A., Doval, E., Sanz, A., Maroto, P. et al. (2003). Percepción de control y supervivencia en pacientes con cáncer de pulmón avanzado sometidos a tratamiento paliativo. *Ansiedad y Estrés*, 9, 1-5.
- Larsson, G., Haglund, K. & von Essen, L. (2003). Distress, quality of life and strategies to 'keep a good mood' in patients with carcinoma tumours: Patient and staff perceptions. *European Journal of Cancer*, 12, 46-57.
- Massie, M. J. & Holland, J. C. (1990). Depression and the cancer patient. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75, 12-17.
- Moscoso, M. S., McCreary, D., Goldenfarb, P., Knapp, M. & Rohr, J. (1999). Construction of an inventory to measure emotional distress in cancer patients. *Psycho-Oncology*, 8, S53.
- Moscoso, M. S., McCreary, D., Goldenfarb, P., Knapp, M. & Reheiser, E. C. (2000). A brief screening inventory to measure emotional distress in cancer patients. *Psycho-Oncology*, 9, S4.
- Moscoso, M. S. & Reheiser, E. C. (en prensa). Construct validity of the Emotional Distress Inventory in patients with cancer. *Ansiedad y Estres*.
- Moscoso, M. S. & Spielberger, C. D. (1999). Measuring the experience, expression and control of anger in Latin America: The

- Spanish multi-cultural State-Trait Anger Expression Inventory. *Interamerican Journal of Psychology*, 33, 29-48.
- National Comprehensive Cancer Network Proceedings. (1999). NCCN practice guidelines for the management of psychological distress. *Oncology*, 13, 113-147.
- Neipp, M. C., Lopez-Roig, S., Teroi, M. C. & Pastor-Mira, M. A. (2008). Afrontamiento y adaptación de pacientes con cáncer de mama en la etapa de seguimiento. *Ansiedad y Estrés*, 14, 115-126.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2da. ed.). Nueva York: McGraw-Hill.
- Olivares Crespo, M. E., Sanz Cortes, A. & Roa Alvaro, A. (2004). Trastorno de estrés postraumático asociado a cáncer: revisión teórica. *Ansiedad y Estrés*, 10, 43-61.
- Pirl, W. F. & Roth, A. J. (1999). Diagnosis and treatment of depression in cancer patients. *Oncology*, 13, 1293-1302.
- Porter, P. (2008). Westernizing women's risk? Breast cancer in lower income countries. *New England Journal of Medicine*, 358, 213-216.
- Rodgers, J., Martin, C., Morse, R., Kendell, K. & Verrill, M. (2005). An investigation into the psychometric properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with breast cancer. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3, 41-53.
- Sebastian, J., Mateos, N. & Prado, C. (2000). Eventos vitales estresantes como factores de vulnerabilidad en el cáncer de mama. *Ansiedad y Estrés*, 6, 21-38.
- Sirgo, A., Diaz Ovejero, M. B., Cano-Vindel, A. & Pérez Manga, G. (2001). Ansiedad, ira y depresión en mujeres con cáncer de mama. *Ansiedad y Estrés*, 7, 259-271.
- Somerfield, M. R., Stefanek, M. E., Smith, T. J. & Padberg, J. J. (1999). A systems model for adaptation to somatic distress among cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 8, 334-343.
- Sosa, C. D., Capafons, J. I. & Carballeira, M. (1999). Afrontamiento, ajuste psicológico y cáncer de mama. *Ansiedad y Estrés*, 5, 47-60.

- Spielberger, C. D. (1988). *Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Spielberger, C. D., Moscoso, M. S. & Brunner, T. M. (2005). Cross-cultural assessment of emotional states and personality traits. En R. K. Hambleton, P. F. Merenda & C. D. Spielberger (Eds.), *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment* (pp. 343-367). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Spielberger, C. D. & Reheiser, E. C. (2009). Assessment of emotions: Anxiety, anger, depression, and curiosity. *Applied Psychology: Health and Wellness*, 1, 32.
- Spielberger, C. D., Reheiser, E. C., Owen, A. E. & Sydeman, S. J. (2003). Measuring psychological vital signs of anxiety, anger, depression, and curiosity in treatment planning and outcome assessment. En M. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment, planning and outcomes assessment* (3ra. ed., pp. 421-447). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Zabora, J. R. (1998). Screening procedures for psychosocial distress. En J. C. Holland (Ed.), *Psycho-oncology* (pp. 653-661). Nueva York: Oxford University Press.
- Zabora, J. R., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C. & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, 10, 19-28.
- Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 6, 361-370.

Recibido: 19 de febrero de 2010

Aceptado: 24 de junio de 2010

SE TERMINÓ DE IMPRIMIR
EN LOS TALLERES DE
EDITORIAL CORDILLERA S.A.C.
AV. GRAU 1430 - BARRANCO
SE UTILIZARON CARACTERES
ADOBE GARAMOND PRO EN 11 PUNTOS
PARA EL CUERPO DEL TEXTO
DICIEMBRE 2010 LIMA – PERÚ

Estilos y estrategias de aprendizaje en jóvenes ingresantes a la universidad

María del Carmen Aguilar Rivera

Teorías implícitas del liderazgo, LMX y bienestar laboral: generalización de un modelo teórico

Martín Nader y Alejandro Castro Solano

Promoviendo vínculos saludables entre madres adolescentes y sus bebés: una experiencia de intervención

Pierina Traverso Koroleff y Magaly Nóblega Mayorga

La necesidad de evaluar distrés emocional en psico-oncología: ciencia o ficción?

Manolete S. Moscoso y Melissa Knapp

Adaptación argentina de la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K10)

María Elena Brenlla y María Aranguren

Iguales, pero diferentes: creencias sociales en la canalización cultural del desarrollo de gemelos

Alessandra Oliveira Machado Vieira y Angela Uchoa Branco

Desarrollo motor como indicador del desarrollo infantil durante los primeros dos años de vida

Ernesto Pollitt y Tomás Caycho

