

# EL ESTRÉS CRÓNICO Y LA MEDICIÓN PSICOMÉTRICA DEL DISTRÉS EMOCIONAL PERCIBIDO EN MEDICINA Y PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA SALUD

## CHRONIC STRESS AND THE MEASUREMENT OF PERCEIVED EMOTIONAL DISTRESS IN MEDICINE & HEALTH PSYCHOLOGY

Manolete S. Moscoso\*  
University of South Florida, Estados Unidos.

Recibido: 27 de Setiembre de 2010

Aceptado: 07 de Febrero de 2011

### RESUMEN

El propósito central de este artículo es presentar el Inventario de Distrés Emocional Percibido (IDEP) e indicar su utilidad en el área de la psicología clínica de la salud. Se presenta un marco conceptual coherente y multidimensional acerca del *distrés emocional percibido*. Los resultados del análisis factorial de componentes principales con rotaciones promax claramente indican que el IDEP es un instrumento psicométrico que presenta una descripción válida y confiable del distrés emocional percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer. Dichas observaciones sugieren que el IDEP provee información significativa acerca de los diferentes factores multidimensionales del distrés emocional percibido. Nuestra intención es que este reporte empírico estimule la investigación psicométrica en Latinoamérica con la intención de replicar los resultados observados en el presente estudio de investigación.

**Palabras Clave:** Estrés crónico, distrés emocional percibido, ansiedad, depresión, ira, cáncer.

### ABSTRACT

The central purpose of this study is to describe the Perceived Emotional Distress Inventory (PEDI) and point out its usefulness in the field of health psychology. The conceptual framework that guided the development of the PEDI, factor structure, internal consistency, and construct validity are reported. Item responses were examined by Factor Analyses of Principal Components with promax rotations. The PEDI presents three subscales that assesses Anxiety/Depression, Hopelessness, and Anger Expression as components of perceived emotional distress in cancer patients. We also discuss the important implications of replicating these results in the different regions of Latin America.

**Key words:** Chronic Stress, Perceived Emotional Distress, Anxiety, Anger, Depression, Cancer

Estudios recientes en psiconeuroinmunología demuestran la necesidad de evaluar los modelos conceptuales y de medición psicométrica tradicionales acerca del estrés. El estrés es una condición inevitable de la existencia humana y un factor determinante en el desarrollo de enfermedades físicas y mentales. En primer lugar, es necesario dejar establecido que el modelo cognitivo del estrés tiene un correlato eminentemente fisiológico en el lóbulo frontal del cerebro, por lo que es necesario reconocer que la experiencia del estrés se inicia en el cerebro, afecta al cerebro y al resto de los sistemas que conforman nuestro organismo. En este sentido, podemos

afirmar que el cerebro es el órgano central de la respuesta fisiológica, emocional, y comportamental del estrés. La *percepción* del individuo como elemento cognitivo elaborado en el lóbulo frontal del cerebro, determina ciertamente lo que es «estresante» causando estados de distrés emocional.

En segundo lugar, estudios realizados en neuroendocrinología demuestran que cuando la respuesta del estrés se transforma en un proceso crónico, esta respuesta facilita el inicio de un estado de distrés emocional en el que se observa un conjunto de síntomas psicológicos

\* mmoscoso@health.usf.edu

caracterizados por ansiedad, depresión e ira. Este estado de estrés crónico y distrés emocional «percibido», produce un impacto negativo en el sistema nervioso autónomo activando cambios bioquímicos y un desbalance hormonal que repercute en los sistemas endocrino e inmune, y en última instancia, en la salud del individuo. En la actualidad está científicamente establecido que este impacto negativo propicia el desarrollo de un significativo número de enfermedades de carácter sistémico entre las cuales debemos mencionar al cáncer.

Las pautas de práctica clínica del National Comprehensive Cancer Network de los Estados Unidos de Norteamérica (NCCN, 1999) define el distrés emocional como «una experiencia desagradable de naturaleza psicológica, social, y espiritual que interfiere con la habilidad de afrontar de manera efectiva con la enfermedad del cáncer y sus diversas formas de tratamiento» (p.113). Actualmente existe evidencia científica demostrando que los pacientes con cáncer *perciben* niveles significativamente altos de distrés emocional en el momento del diagnóstico, durante el periodo de tratamientos, y en la fase terminal de la enfermedad (Breitbart, 1995; Cella, Mahon & Donovan, 1999; Frojd, Larsson, Lampic & von Essen, 2007; Juan, et al., 2003; Massie & Holland, 1990; Neipp, Lopez-Roig, Terol & Pastor Mira, 2008; Zabora, 1998).

El distrés emocional percibido es entendido como un cuadro clínico muy importante en el campo del estrés crónico 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 severa u otras enfermedades psiquiátricas, personas que sufren reacciones de distrés emocional requieren de ayuda psicológica en el campo de la psicología clínica de la salud (Andersen et al., 2008; Cano-Vindel, Sirgo & Perez-Manga, 1994; Hewitt, Herdman y Holland, 2004; Sosa, Capafons & Caballeira, 1999). El diagnóstico de cáncer y los efectos nocivos de sus tratamientos son situaciones determinantes de estrés crónico para el paciente, los cuales provocan niveles elevados de distrés emocional (Sebastian, Mateos & Prado, 2000).

Dentro del contexto teórico de nuestro trabajo de investigación, definimos el distrés emocional como «un estado marcado por sentimientos que varían en intensidad desde tristeza, inseguridad, confusión, y preocupación, hasta la experiencia de síntomas mucho más severos como

por ejemplo la ansiedad, depresión, expresión de la ira, aislamiento social, y pérdida de esperanza». En nuestro marco teórico acerca del concepto de distrés emocional percibido en pacientes con cáncer, se incluye la ansiedad, expresión de la ira, pérdida de esperanza, y un significativo grado de síntomas depresivos que deben de ser claramente distinguidos del diagnóstico de una depresión severa (Moscoso, McCreary, Goldenfarb, Knapp & Reheiser, 2000).

Estudios realizados por Cassileth, Lusk, Hutter, Strouse & Brown (1984) sugieren que los síntomas de ansiedad y depresión representan simplemente «dos rótulos aparentemente diferentes» con un nivel elevado de correlación. Es importante reconocer que la claridad conceptual es esencial para el progreso científico. Por lo tanto, en el deseo de desarrollar una prueba de medición válida y confiable, es necesario distinguir *distrés emocional percibido*, 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 la pérdida de apetito, insomnio, pérdida de peso, y falta de energía no están necesariamente relacionados con el concepto de distrés emocional percibido. 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, durante el proceso de elaboración de este instrumento psicométrico, decidimos no incluir ítems que representen «síntomas somáticos» para no comprometer la validez y confiabilidad del concepto de distrés emocional percibido en pacientes con cáncer (Moscoso, McCreary, Goldenfarb, Knapp & Rohr, 1999).

A pesar de reconocer el impacto negativo del distrés emocional percibido en pacientes con cáncer, la evaluación sistemática de estas alteraciones emocionales con este tipo de pacientes no es uniforme en los diferentes centros de atención a pacientes con cáncer en USA (Jacobsen & Ransom, 2007), y es muy posible que lo mismo ocurra también en Latinoamérica, donde no encontramos datos

\* mmoscoso@health.usf.edu

estadísticos que expliquen este panorama. La medición del distrés emocional percibido en pacientes con cáncer presenta muchas inconsistencias en los centros especializados del cáncer. Una encuesta realizada en institutos de cáncer en Estados Unidos de Norteamérica reportó que el personal profesional en algunos servicios utilizan mayormente entrevistas breves no estructuradas para la evaluación de este tipo de problemas psicológicos y emocionales (Jacobsen & Ransom, 2007).

Lamentablemente, el esfuerzo metodológico por mejorar las formas actuales de evaluación del distrés emocional percibido ha sido mínimo en Europa, Australia y particularmente en Latinoamérica. Los programas, centros e institutos que ofrecen servicios a pacientes con cáncer, no solamente en USA y Europa, sino también en Latinoamérica, podrían claramente beneficiarse utilizando una forma estructurada de evaluación, de fácil aplicación, y psicométricamente válida con el propósito de poder identificar a los pacientes que experimentan cuadros clínicos de distrés emocional percibido debido al diagnóstico de cáncer y sus tratamientos.

La evaluación del distrés emocional percibido en pacientes con cáncer requiere un marco teórico y conceptual coherente, el cual incluya síntomas de ansiedad, depresión, como también síntomas de ira, temor, y desesperanza (Moscoso et al., 1999; Spielberger & Reheiser, 2009). En el campo de la psicología clínica de la salud, la ira ha sido parcialmente ignorada debido a la creencia de que esta emoción es natural, siendo considerada como una respuesta emocional lógica a estresores que se presentan en la vida diaria (Moscoso & Spielberger, 1999). Una definición adecuada del concepto de distrés emocional percibido es vital como parte de las condiciones para la elaboración de nuevos instrumentos de medición psicométricos a ser utilizados en pacientes con diagnóstico de cáncer. Esta definición debe 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, expresión y control de la ira (Spielberger, Moscoso & Brunner, 2005).

El propósito principal de este artículo es presentar un instrumento psicométrico válido y confiable que facilite la evaluación estructurada del distrés emocional percibido en el área de la psicología clínica de la salud. Así mismo,

resaltar la necesidad de evaluación de este cuadro clínico en el campo de la psicología clínica de la salud y en medicina.

### ***Construcción y Desarrollo del Inventario de Distrés Emocional Percibido (IDEP)***

El Inventario de Distrés Emocional Percibido, en su forma actual, es el resultado de nuestros esfuerzos de investigación psicométrica en la Universidad de South Florida durante la última década. La prueba fue desarrollada con la intención de ofrecer un instrumento psicométricamente válido y confiable en el campo de la psicología clínica de la salud, particularmente cáncer, que permita identificar a pacientes con un elevado nivel de distrés emocional percibido durante el proceso de diagnóstico y sus diferentes formas de tratamiento.

El IDEP tiene la propiedad de evaluar las diferentes dimensiones de la ansiedad, depresión, expresión de la ira, y desesperanza en pacientes con problemas de salud en general, y cáncer en particular. Este instrumento psicométrico es sensible a la naturaleza multidimensional del concepto de distrés emocional percibido y considera la medición de un *índice global de distrés emocional percibido* en base a la multidimensionalidad de este concepto. Esta forma de conceptualización parece ser la más apropiada en virtud a la evidencia científica factorial de que el concepto de distrés emocional percibido mantiene una jerarquía multidimensional, con la mayor parte de información proveniente de un factor principal (Dohrenwend et al., 1980; Gottschalk & Hoigaard-Martin, 1986).

El IDEP consta de 15 ítems y fue elaborado con el propósito de medir la presencia y severidad del distrés emocional percibido como un trastorno de afectividad. Este concepto es 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 la ansiedad, depresión, ira, aislamiento social y desesperanza». Este instrumento psicométrico elimina cuidadosamente los «síntomas somáticos» como por ejemplo, la pérdida de peso, insomnio, fatiga, náuseas, y pérdida de apetito, comúnmente asociados con las diferentes formas de tratamiento del cáncer.

El inventario mide tres dimensiones distintas del distrés emocional percibido: ansiedad/ depresión, desesperanza,

\* mmoscoso@health.usf.edu

y la expresión de la ira (Moscoso et al., 1999). Así mismo, 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 de esta enfermedad. La forma de respuesta a cada ítem del IDEP requiere 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 3 puntos: (0) Nunca; (1) A veces; (2) Frecuentemente; (3) Siempre.

Durante la primera fase de desarrollo del IDEP se incluyó la elaboración de un buen número de ítems en base a la validez de contenido del concepto de distrés emocional percibido, teniendo en consideración el grado de entendimiento y dificultad para responder a cada ítem. No se consideraron ítems que describen síntomas somáticos comúnmente asociados con los efectos secundarios de los tratamientos del cáncer. En este sentido, se elaboró un grupo inicial de 20 ítems con el propósito de medir las diferentes dimensiones del constructo distrés emocional percibido. En algunos casos, se adaptaron ítems ya existentes en otras pruebas de medición.

Este inventario preliminar de 20 ítems fue presentado a un grupo de jueces conformado por profesionales de la salud del Morton Plant Hospital, Cáncer Center, como parte del plan piloto para evaluar la validez de contenido del instrumento en base al grado de dificultad para entender y responder cada ítem. Del grupo de ítems elaborados inicialmente, 5(25%) fueron eliminados en base a las evaluaciones y comentarios de los jueces al grado de dificultad para entender el ítem y/o redundancia. El marco teórico que nos permitió elaborar el IDEP durante la primera fase de nuestro estudio, está sustentado en un claro entendimiento de que el concepto de distrés emocional percibido presenta un grado significativo de multidimensionalidad; es decir, factores independientes pero altamente correlacionados. Los resultados de esta primera fase fueron reportados en el *Journal de Psycho-Oncology en USA* (Moscoso et al., 1999).

La segunda fase del desarrollo del IDEP se llevó a cabo en una muestra de 122 pacientes con diagnóstico de cáncer. En dicha fase, el propósito fue realizar el análisis de confiabilidad y estabilidad del inventario. Se hicieron

pruebas de correlación test-retest con un intervalo temporal de cuatro semanas y los valores encontrados indicaron que el IDEP es una prueba confiable, con una correlación Pearson test-retest de 0.72 en la escala de ansiedad, y 0.79 en la escala de depresión. Los valores en la escala de la expresión de la ira son de 0.68, y 0.64 en la escala de desesperanza. En contraste, los coeficientes de estabilidad para las escalas de ansiedad (0.34), depresión (0.46), expresión de la ira (0.59), y desesperanza (0.58) son relativamente bajos, tal como esperábamos, debido a la propia naturaleza de estos estados emocionales que resultan cambiantes a lo largo del tiempo transcurrido. Los resultados de esta segunda fase fueron también publicados en el *Journal de Psycho-Oncology en USA* (Moscoso et al., 2000).

Durante la tercera fase de construcción del inventario, se realizó la validez concurrente o convergente en base a los coeficientes de correlación Pearson. El propósito fue evaluar la relación entre el Inventario de Distrés Emocional Percibido y sus sub-escalas de ansiedad, depresión, expresión de la ira, y desesperanza. Los resultados indicaron que el IDEP y sus sub-escalas tienen correlaciones elevadas ( $p < .001$ ). Las correlaciones más altas se presentan entre las sub-escalas de ansiedad y depresión. Los análisis en esta tercera fase incluyen también la estructura factorial y la validez de constructo del IDEP. Las 3 dimensiones del concepto de distrés emocional percibido observadas en este largo proceso de más de una década de investigación, coinciden con el marco teórico y conceptual en el cual se basa este instrumento.

El resultado de este primer análisis factorial de componentes principales presenta 3 factores que explican el 79.40 % del total de la varianza. El primer factor incluye 7 ítems que corresponden a características de ansiedad y depresión explicando el 56% de la varianza. Estos ítems tienen cargas factoriales que varían entre 0.37 y 0.71. El segundo factor compuesto por 4 ítems que refleja desesperanza, explicando el 12.10% de la varianza con cargas factoriales altas, las cuales varían entre 0.40 y 0.63. Un tercer factor compuesto por 4 ítems denota claramente la expresión de la ira y explica el 11.30% de la varianza total. Las cargas factoriales de estos ítems varían entre 0.41 y 0.72. El reporte completo de esta tercera fase fue publicado en la *Revista de Estrés y Ansiedad en Europa* (Moscoso & Reheiser, 2010).

\* mmoscoso@health.usf.edu

El presente artículo reporta los resultados encontrados durante la cuarta fase del desarrollo del Inventario de Distrés Emocional Percibido. El objetivo en esta fase fue verificar la estructura factorial del IDEP y presentar la validez de constructo en una muestra mucho más amplia. Así mismo, continuar con la descripción del marco conceptual acerca del *distrés emocional percibido*.

## Método

### Participantes

El IDEP fue administrado a 481 pacientes con diagnóstico de cáncer, de los cuales 312 corresponden al sexo femenino (65%) y 169 al sexo masculino (35%). Los pacientes fueron evaluados en los servicios de consulta externa del St. Joseph's Cáncer Institute in Tampa, Florida, USA. Con el propósito de satisfacer el modelo de promedios *sujetos/variables* (STV) basado en el número de variables que nuestro instrumento contiene, se determinó la necesidad de incluir por lo menos 150 participantes en nuestra muestra (Bryant & Yarnold, 1995; Gorsuch, 1988).

El rango de edades de los participantes fluctúa entre los 22 y 79 años (mediana= 46). Los criterios de inclusión para aceptar a un paciente en nuestro estudio exigía que dichas personas tuvieran: (1) la edad mínima de 18 años de edad; (2) no presentar historia documentada de diagnóstico, tratamiento psiquiátrico y/o adicción a drogas; y (3) estar de acuerdo en proveer el consentimiento de información. 96 pacientes (20%) de nuestra muestra eran de origen hispano. Así mismo, la muestra incluyó 76 pacientes (16%) diagnosticados con cáncer al pulmón, 178 pacientes (37%) con diagnóstico de cáncer a la mama, 156 pacientes (32%) con cáncer de próstata, 41 pacientes (9%) con cáncer al colon, y finalmente 30 pacientes (6%) con diagnóstico de cáncer de ovarios. El 100% de los pacientes de la muestra tenían educación secundaria completa como mínimo.

### Instrumento

Los participantes que cumplieron con los requisitos de inclusión en esta cuarta fase de nuestro estudio respondieron a la totalidad de ítems del Inventario de Distrés Emocional Percibido (IDEP) en su forma actual.

### Procedimiento

Los pacientes diagnosticados con cáncer en el St. Joseph's Hospital Cáncer Institute fueron informados e invitados a participar en nuestro estudio por intermedio de avisos en todos los servicios médicos del hospital. Se suscribió el consentimiento de información escrito con cada uno de los participantes que cumplieran los requerimientos de inclusión. El consentimiento de información estipula claramente que la participación en el estudio es absolutamente voluntaria, y que toda la información ofrecida por el paciente era de naturaleza estrictamente confidencial.

El material de investigación consistió en la hoja de datos demográficos y el IDEP. Estos fueron administrados en el transcurso de tratamiento de radioterapia en el instituto de cáncer del St Joseph's Hospital en la ciudad de Tampa, Florida. Nuestra asistente de investigación verificó que cada participante incluido en el estudio completara la hoja de datos demográficos y el IDEP. Las instrucciones a los pacientes fueron presentadas 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 (St Joseph's Hospital Institucional Review Board). El estudio fue íntegramente financiado por la Fundación Susan G. Komen, como parte del financiamiento al proyecto sobre Reducción de Estrés basado en la Terapia Cognitiva Centrada en Mindfulness.

### Resultados

Las medias, desviaciones estándar y coeficientes alpha de Cronbach del Inventario de Distrés Percibido y de sus sub-escalas de ansiedad, depresión, expresión de la ira y desesperanza son presentadas en la tabla 1. El coeficiente alpha de Cronbach para el instrumento total del IDEP es de .92, lo cual es significativamente elevado, como también los coeficientes alpha para sus cuatro sub-escalas. Dichos coeficientes varían entre .79 y .88, indicando un grado elevado de consistencia interna. La consistencia interna del IDEP, representada por un coeficiente alpha de cronbach (.92) es impresionante para un instrumento de tan solo 15 ítems.

\* mmoscoso@health.usf.edu

**Tabla 1**

*Medias, desviaciones estandar y correlaciones de coeficientes alpha en el Inventario de Distrés Emocional Percibido (IDEP), y sus respectivas Escalas de ansiedad, depresión, desesperanza e ira.*

<b>Inventario D.E.</b>	<b>Media</b>	<b>Dev STD</b>	<b>Alpha</b>
IDEP	28.62	9.24	.92
Ansiedad	8.12	2.42	.86
Depresión	7.94	3.02	.88
Desesperanza	6.24	2.01	.79
Ira	7.14	2.56	.81

Al examinar la estructura factorial del IDEP encontramos que la solución de 3 factores representa la mejor, la más simple, y la más significativa información de las dimensiones del concepto de distrés emocional percibido. En el campo de la medición psicológica típicamente se acepta 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). Las elevadas correlaciones inter-factoriales justifican nuestra decisión de utilizar la solución de rotaciones promax.

Las respuestas de los 15 ítems que conforman el IDEP fueron analizados por el método de Componentes Principales con rotaciones promax. La asignación de los ítems a los diferentes factores se realizó tomando en cuenta las cargas factoriales iguales o mayores a .40. La muestra de nuestro estudio fue adecuada para realizar este análisis factorial, así 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 2 se reportan todos los datos correspondientes a la saturación factorial de cada uno de los 15 ítems ordenados en cada factor.

El factor 1 está conformado por siete ítems que representan síntomas de ansiedad y depresión. Las cargas factoriales en este factor varían de .48 a .79. El esfuerzo por presentar a la ansiedad y la depresión como dos cuadros clínicos independientes y diferenciar sus características en la elaboración de instrumentos psicométricos ha resultado muy difícil de probar (Clark & Watson, 1991; Haaga, McDermut & Ahrens, 1993). Esta dificultad ha sido demostrada, aun de manera más clara, en pruebas de medición

psicológica que no consideran ítems que reflejen "síntomas somáticos" relacionados con la ansiedad y depresión como es el caso del IDEP (Moscoso & Reheiser, 2010).

El factor 2 está claramente representado por cuatro ítems que expresan síntomas y un estado de desesperanza. Las cargas factoriales en este factor varían entre .56 y .74. El contenido de los ítems en este segundo factor representan síntomas relacionados con la pérdida de esperanza, aislamiento social, pérdida de fe, y sentimientos de fracaso. La naturaleza pesimista de los ítems que componen el factor 2 nos indica que el síndrome de desesperanza presenta componentes de afectividad negativa así como también cognitiva y expresan un sentimiento de "pérdida de fe" en relación a las experiencias que estos pacientes actualmente viven.

El factor 3 del IDEP contiene también cuatro ítems que manifiestan la expresión y supresión de la ira. Las cargas factoriales en este tercer factor varían entre .45 y .79. Estas observaciones no sorprende en virtud de análisis factoriales previos realizados con muestras de estudiantes en los cuales encontramos cargas factoriales semejantes (Moscoso & Spielberger, 1999; Spielberger, 1988; Spielberger, Reheiser, Owen & Sydeman, 2003).

## **Discusión y Conclusiones**

El propósito principal de nuestro estudio fue avanzar en la construcción del IDEP como un instrumento fácilmente administrable y psicométricamente válido y confiable en la medición del distrés emocional percibido en pacientes con cáncer. Nuestro esfuerzo metodológico está orientado a poner a disposición del área de la psicología clínica de la salud, una prueba psicométrica de fácil acceso para evaluar pacientes que presentan síntomas de distrés emocional causado por el diagnóstico de cáncer y estar expuestos a cirugía, quimioterapia y/o radioterapia.

Los resultados del análisis factorial claramente nos indican que el IDEP es un instrumento psicométrico que presenta una descripción válida y confiable del distrés emocional percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer. De igual manera, estos resultados sugieren que el IDEP provee información significativa acerca de los diferentes aspectos multidimensionales del distrés emocional percibido en pacientes con cáncer, confirmando los resultados de estudios realizados con anterioridad.

\* mmoscoso@health.usf.edu

**Tabla 2**  
*Análisis Factorial del Inventario de Distrés Emocional Percibido (IDEP).*

<b>Inventario Distrés Emocional Percibido</b>	<b>Factor 1 Ans/Dep</b>	<b>Factor 2 Desesp</b>	<b>Factor 3 Ira</b>
IDEP: Ansiedad			
Me siento tenso (2)	.76		
Me siento nervioso (5)	.74		
Me siento confuso e inquieto (6)	.61		
Me siento agobiado por las dificultades simples (7)	.73		
IDEP: Depresión			
Me preocupa que mi salud empeore (8)	.48		
Me siento triste (14)	.79		
No estoy gozando de las cosas que usualmente hago para divertirme (9)	.68		
IDEP: Desesperanza			
Me siento distante de mis amigos (3)		.56	
Estoy perdiendo la fe en la lucha contra mi enfermedad (10)		.72	
Siento que soy un fracaso (15)		.74	
Estoy perdiendo la fe en mi tratamiento médico (12)		.66	
IDEP: Cólera/Ira			
Me fastidio fácilmente (1)			.45
Me siento mas enojado de lo que estoy dispuesto a admitir (4)			.79
Me siento molesto (13)			.47
«Estoy que reviento por dentro», pero trato de no mostrarlo (11)			.62
<b>Eigenvalue</b>	<b>7.54</b>	<b>1.57</b>	<b>2.34</b>

Correlaciones Interfactor  
Factor 1 - Factor 2 = .64  
Factor 1 - Factor 3 = .58  
Factor 2 - Factor 3 = .54

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

Los resultados observados demuestran evidencia empírica acerca de la validez de constructo y la consistencia interna del IDEP. A pesar de la bondad de estos resultados, es muy importante tomar dichas observaciones con cautela. Los resultados observados presentan limitaciones relacionadas con las características específicas de la muestra.

Sin lugar a dudas, estos resultados nos motivan a continuar examinando las propiedades psicométricas del IDEP. Es necesario un mayor esfuerzo con el propósito de replicar estos mismos resultados en pacientes con otros tipos de diagnóstico y en culturas diferentes. En este sentido, nos encontramos en el inicio de una quinta fase en nuestros estudios a la cual denominamos la fase

transcultural. Hemos dado inicio a la adaptación de los 15 ítems del IDEP al idioma castellano con la intención de validar nuestro instrumento en la cultura Latinoamericana. La tabla 2 muestra los ítems del IDEP en castellano. Es nuestro deseo que este reporte en el idioma castellano sirva de estímulo a investigadores Latinoamericanos para replicar los resultados reportados en nuestros estudios de investigación.

### 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.

\* mmoscoso@health.usf.edu

- 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.
- 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. In 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). Cancer 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.
- 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.
- 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. In J.R. Nesselrode & R.B. Cattell (Eds.), *Handbook of Multivariate Experimental Psychology* (2nd. ed., pp.231-258). New York, NY: Plenum Press.
- Gottschalk, L.A. & Hoigaard-Martin, J. (1986). The emotional impact of mastectomy. *Psychiatry Research*, *17*, 153-167.
- Haaga, D.A.F., McDermet, 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: The National Academies Press.
- 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.
- 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. (2010). Construct validity of the Emotional Distress Inventory in patients with cancer. *Ansiedad y Estres*, *16*, 1, 83-94.
- 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., Terol, 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* (2nd ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- 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.
- 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.

\* mmoscoso@health.usf.edu

- Spielberger, C.D., Moscoso, M.S. & Brunner, T.M. (2005). Cross-cultural assessment of emotional states and personality traits. In R.K.Hambleton, P.F. Merenda, & C.D. Spielberger (Eds), *Adapting Educational and Psychological Tests for Cross-Cultural Assessment* (pp 343-367). Mahwah, New Jersey: 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. In M. Maruish (Ed.). *The Use of Psychological Testing for Treatment, Planning and Outcomes Assessment* (3rd ed., pp. 421-447). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Assoc.
- Zabora, J.R. (1998). Screening procedures for psychosocial distress. In J.C. Holland (Ed.). *Psycho-Oncology*, (pp.653-661). New York, NY: 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.

---

El presente estudio es parte del proyecto sobre Mindfulness Based Cognitive Therapy en pacientes con Cáncer, financiado por The Susan G. Komen Breast Cancer Foundation to.

\*Manolete S. Moscoso, Ph.D., Principal Investigator, Grant Number BCTRO201400

Correspondence concerning this article should be address to:

Manolete S. Moscoso, Ph. D.

University of South Florida/Health

Schools of Medicine, Public Health & Nursing